

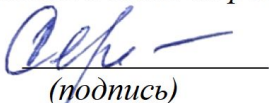
Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Корневский Николай Алексеевич
Должность: Заведующий кафедрой
Дата подписания: 21.12.2025 23:46:38
Уникальный программный ключ:
fa96fcb250c863d5c30a0336097d4c6e99ca25a5

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Юго-Западный государственный университет

УТВЕРЖДАЮ:
Заведующий кафедрой

биомедицинской инженерии
(наименование кафедры полностью)

 С.П. Серегин
(подпись)

«27» июня 2025г.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для текущего контроля успеваемости
и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине

НЕВРОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, РЕФЛЕКСОДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ
(НАИМЕНОВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ)

30.05.03 Медицинская кибернетика
(код и наименование ОПОП ВО)

Профиль «Медицинские информационные системы»
наименование направленности (профиля, специализации)

Курск – 2025

1 ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

9 семестр (Неврология)

1.1 ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 1. «Общая неврология»

1. Введение в неврологию: предмет, история неврологии, связь с другими науками. Вклад кафедры в неврологическую науку.
2. Принципы строения и функции нервной системы.
3. Клинические и дополнительные методы исследования нервной системы (нейровизуализация, люмбальная пункция). Топический диагноз в неврологии. Этика и деонтология в неврологии.
4. Чувствительность: строение проводящих путей, основные синдромы поражения.
5. Боль, ее классификация, концепция боли как нейродегенеративного процесса, современные возможности купирования болевого синдрома.
6. Произвольные движения и их расстройства.
7. Корково-мышечный путь: строение, симптомы поражения на разных уровнях.
8. Центральные и периферические парезы и параличи, характеристика, причины и дифференциальный диагноз.
9. Экстрапирамидная система: функции, строение, медиаторы, синдромы поражения: паркинсонизм, мышечные дистонии, гиперкинезы.
10. Мозжечок: функции, строение, методы исследования, синдром мозжечковой атаксии.
11. Синдромы поражения черепных нервов и ствола мозга.
12. Вегетативная нервная система, синдром вегетативной астении: причины, виды, клиника межпароксизмального периода и вегетативных кризов: панические атаки. Неотложная помощь, лечение и профилактика.
13. Головные боли: мигрень, головная боль напряжения.
14. Неврогенные нарушения функций тазовых органов.
15. Оболочки мозга, цереброспинальная жидкость, желудочки мозга. Менингеальный и гипертензионный синдром. Гидроцефалия.
16. Высшие психические функции и их расстройства. Условия формирования, морфологический субстрат,
17. Интеллект, мышление, память, гнозис, праксия, речь. Когнитивные нарушения, синдром деменции.
18. Функциональная асимметрия полушарий головного мозга. Синдромы поражения отдельных долей головного мозга.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 2. «Частная неврология»

1. Нарушения мозгового кровообращения (НМК), их социально-медицинские аспекты. Классификация. Роль Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом. Организация лечения, роль Региональных сосудистых центров.
2. Острые НМК: классификация, причины, факторы риска. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
3. Синдром инсульта: виды и причины, этиопатогенез.
4. Ишемический инсульт: патогенетические типы (классификация), биохимический каскад, концепция ишемической полутени, терапевтического окна, периоды.
5. Геморрагический инсульт: виды, этиопатогенез.
6. Особенности НМК в детском возрасте.

7. Методы диагностики, базисной и дифференцированной терапии и ухода при инсульте с позиций доказательной медицины.
8. Современные возможности первичной и вторичной профилактики инсульта. Реабилитация после инсульта.
9. Хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия): этиопатогенез, клиника, стадии. Сосудистая деменция. Возрастные (геронтологические) аспекты. Возможности лечения и профилактики.
10. Хирургические методы в лечении и профилактике НМК.
11. Заболевания периферической нервной системы. Неврогенные заболевания периферической нервной системы. Травматические и туннельные невропатии. Невропатия лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, их лечение (принципы доказательной медицины). Алкогольная полиневропатия, диабетическая полиневропатия.
12. Острый воспалительный инфекционно-аллергический полирадикулоневрит Гийена-Барре.
13. Вертеброгенные заболевания и другие скелетно-мышечные расстройства. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. Классификация, клиника, диагностика, лечение (принципы доказательной медицины).
14. Демиелинизирующие заболевания: рассеянный склероз (иммунопатогенез, критерии диагноза, дополнительные методы в диагностике, особенности течения. Купирование и профилактика обострений). Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Препараты, изменяющие течение рассеянного склероза. Организация лечения (кабинеты для больных рассеянным склерозом).
15. Инфекционные заболевания нервной системы. Менингиты, энцефалиты. Менингеальный синдром
16. Пароксизмальные расстройства сознания: эпилепсия и эпизиндромы, синкопальные состояния.
17. Миастения, миастенические синдромы. Нервно-мышечные заболевания – прогрессирующие мышечные дистрофии
18. Дегенеративные заболевания нервной системы: боковой амиотрофический склероз, болезнь Альцгеймера, мультисистемная атрофия, прогрессирующий надъяденый паралич.

Шкала оценивания: 5-балльная.

4 балла (или оценка «отлично») выставляется обучающемуся, если он принимает активное участие в беседе по большинству обсуждаемых вопросов (в том числе самых сложных); демонстрирует сформированную способность к диалогическому мышлению, проявляет уважение и интерес к иным мнениям; владеет глубокими (в том числе дополнительными) знаниями по существу обсуждаемых вопросов, ораторскими способностями и правилами ведения полемики; строит логичные, аргументированные, точные и лаконичные высказывания, сопровождаемые яркими примерами; легко и заинтересованно откликается на неожиданные ракурсы беседы; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

3 балла (или оценка «хорошо») выставляется обучающемуся, если он принимает участие в обсуждении не менее 50% дискуссионных вопросов; проявляет уважение и интерес к иным мнениям, доказательно и корректно защищает свое мнение; владеет хорошими знаниями вопросов, в обсуждении которых принимает участие; умеет не столько вести полемику, сколько участвовать в ней; строит логичные, аргументированные высказывания, сопровождаемые подходящими примерами; не всегда откликается на неожиданные ракурсы беседы; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

2 балла (или оценка «удовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он принимает участие в беседе по одному-двум наиболее простым обсуждаемым вопросам; корректно выслушивает иные мнения; неуверенно ориентируется в содержании обсуждаемых вопросов, порой допуская ошибки; в полемике предпочитает занимать позицию

заинтересованного слушателя; строит краткие, но в целом логичные высказывания, сопровождаемые наиболее очевидными примерами; теряется при возникновении неожиданных ракурсов беседы и в этом случае нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

0 баллов (или оценка «неудовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он не владеет содержанием обсуждаемых вопросов или допускает грубые ошибки; пассивен в обмене мнениями или вообще не участвует в дискуссии; затрудняется в построении монологического высказывания и (или) допускает ошибочные высказывания; постоянно нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

1.2 ВОПРОСЫ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вопросы собеседования к практической работе №1. Нервная система.

1. Расскажите о структуре ЦНС.
2. Нервные клетки (строение)
3. Что такое рефлекторные дуги? Расскажите об их структуре.
4. Дайте понятие спинного мозга. Расскажите о его структуре.
5. Как работает головной мозг?

Вопросы собеседования к практической работе №2. Сенсорные системы (анализаторы): строение.

1. Дайте понятие сенсорной системы. Что к ним относится?
2. Расскажите о работе “глазного яблока”
3. Что такое слуховой анализатор?
4. Как устроена сетчатка глаза?
5. Дайте понятие слухового нерва.

Вопросы собеседования к практической работе №3. Высшая нервная деятельность.

1. Дайте определение понятия «Высшая нервная деятельность».
2. Высшая нервная деятельность характеризуется...
3. Какие параметры характеризуют внимание?
4. Назовите свойства ВНД.
5. Назовите и охарактеризуйте типы ВНД.
6. Каких людей называют холериками?
7. Назовите отличительные черты высшей нервной деятельности человека.

Вопросы собеседования к практической работе №4. Чувствительность: строение проводящих путей, основные синдромы поражения.

1. Назовите основные виды расстройств чувствительности.
2. Что такое чувствительность?
3. Опишите строение проводящих путей чувствительности.
4. Что такое парестезия?
5. Что такое гиперпатия?

Вопросы собеседования к практической работе №5. Мозжечок: функции, строение, методы исследования, синдром мозжечковой атаксии.

1. Что такое древо жизни мозжечка?
2. Что такое нистагм?
3. Что такое импульсы проприоцептивной чувствительности?
4. Когда используется проба Ромберга?

Вопросы собеседования к практической работе №6. Когнитивные нарушения, синдром деменции.

1. Что такое когнитивные нарушения?
2. Какие когнитивные нарушения Вы знаете?
3. Дайте понятие когнитивных функций.
4. Какова методика выявления когнитивных нарушений?
5. В чем заключаются причины когнитивных нарушений?
6. Назовите симптомы когнитивных нарушений.

Вопросы собеседования к практической работе №7. Первая помощь при эпилептическом статусе.

1. Что такое эпилептический статус?
2. При каких формах эпилепсии развивается эпилептический статус?
3. Какие возникают осложнения при эпилептическом статусе?
4. Что такое вальпроаты?

Вопросы собеседования к практической работе №8. Диагностика прединсультного состояния.

1. Назовите алгоритм оказания первой помощи при ишемическом инсульте.
2. Какую доврачебную помощь необходимо оказать больному?
3. Когда оказывается первая помощь при инсульте?
4. Назовите алгоритм оказания первой помощи при геморрагическом инсульте.

Шкала оценивания: 5-балльная.

Критерии оценивания:

- **2 балла** (или оценка «отлично») выставляется обучающемуся, если он демонстрирует глубокое знание содержания вопроса; дает точные определения основных понятий; аргументированно и логически стройно излагает учебный материал; иллюстрирует свой ответ актуальными примерами (типовыми и нестандартными), в том числе самостоятельно найденными; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

- **1,5 балла** (или оценка «хорошо») выставляется обучающемуся, если он владеет содержанием вопроса, но допускает некоторые недочеты при ответе; допускает незначительные неточности при определении основных понятий; недостаточно аргументированно и (или) логически стройно излагает учебный материал; иллюстрирует свой ответ типовыми примерами.

- **1 балла** (или оценка «удовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он освоил основные положения контролируемой темы, но недостаточно четко дает определение основных понятий и дефиниций; затрудняется при ответах на дополнительные вопросы; приводит недостаточное количество примеров для иллюстрирования своего ответа; нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

- **0 баллов** (или оценка «неудовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он не владеет содержанием вопроса или допускает грубые ошибки; затрудняется дать основные определения; не может привести или приводит неправильные примеры; не отвечает на уточняющие и (или) дополнительные вопросы преподавателя или допускает при ответе на них грубые ошибки.

1.3 ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ.

Вопросы по разделу (теме) 1. «Общая неврология»

1. Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона:
 - а) Снижается
 - б) Повышается
 - в) Не изменяется

2. Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона:
 - а) Снижается
 - б) Повышается
 - в) Не изменяется

3. Патологические пирамидные симптомы на верхней конечности - рефлекс:
 - а) Бабинского
 - б) Оппенгейма
 - в) Россолимо
 - г) Шеффера

4. Гипотрофия мышц характерна для поражения:
 - а) Центрального двигательного нейрона
 - б) Периферического двигательного нейрона
 - в) Мозжечка

5. Патологические рефлексы характерны для поражения:
 - а) Периферического двигательного нейрона
 - б) Центрального двигательного нейрона
 - в) Мозжечка

6. Глубокие рефлекс при поражении центрального двигательного нейрона:
 - а) Повышаются
 - б) Не изменяются
 - в) Снижаются

7. Глубокие рефлекс при поражении периферического двигательного нейрона:
 - а) Повышаются
 - б) Снижаются
 - в) Не изменяются

8. При поражении периферического двигательного нейрона трофика мышц:
 - а) Снижена
 - б) Повышена
 - в) Не изменена

9. При поражении центрального двигательного нейрона патологические синкинезии:
 - а) Могут наблюдаться
 - б) Наблюдаются всегда
 - в) Не наблюдаются

10. Признак поражения внутренней капсулы:
 - а) Гемипарез
 - б) Парипарез
 - в) Моноплегия

11. Признаки поражения центрального двигательного нейрона:
 - а) Фибрилляции
 - б) Гипорефлексия
 - в) Атония мышц
 - г) Патологические рефлекс

- д) Защитные рефлексы
- е) Синкинезии
- ё) Клонусы
- ж) Отсутствие кожных рефлексов
- з) Отсутствие сухожильных рефлексов

12. Признаки поражения периферического двигательного нейрона:

- а) Спастический тонус
- б) Гипотония мышц
- в) Снижение сухожильных рефлексов
- г) Гипотрофия мышц
- д) Реакция перерождения мышц при исследовании электровозбудимости

13. Признаки поражения периферического нерва

- а) Гипотрофия мышц
- б) Патологические рефлексы
- в) Защитные рефлексы
- г) Арефлексия

14. Признаки поражения пирамидного пути:

- а) Гемипарез
- б) Повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах
- в) Повышение сухожильных рефлексов
- г) Снижение мышечного тонуса
- д) Снижение кожных рефлексов
- е) Защитные рефлексы

15. Признаки поражения передних рогов спинного мозга:

- а) Гипотония мышц
- б) Фибриллярные подергивания
- в) Отсутствие сухожильных рефлексов
- г) Гипотрофия мышц
- д) Патологические рефлексы

16. Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:

- а) IX, X, XII
- б) IX, X, XI
- в) VIII, IX, X

17. Одностороннюю корковую иннервацию имеет ядро черепных нервов:

- а) XII, X
- б) XII, VII
- в) VII, X

18. Область ствола мозга, где располагается ядро глазодвигательного нерва:

- а) Варолиев мост
- б) ножка мозга
- в) Продолговатый мозг

19. Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:

- а) IV
- б) V

в) III

Вопросы по разделу (теме) 2. «Частная неврология»

1. Вертебро-базилярная и каротидная системы мозгового кровотока анастомозируют через артерию:

- а) переднюю соединительную
- б) задние соединительные
- в) глазную
- г) мозговой оболочки

2. Передняя соединительная артерия - анастомоз между артериями:

- а) сонной и базилярной
- б) двумя передними мозговыми
- в) двумя вертебральными
- г) средней и передней мозговыми

3. Виллизиев круг может обеспечить адекватный мозговой кровоток при тромбозе артерии

- а) средней мозговой
- б) задней мозговой
- в) внутренней сонной
- г) наружной сонной

4. Давление в крупных сосудах артериального круга большого мозга:

- а) выше в каротидной системе
- б) выше в вертебрально-базилярной системе
- в) одинаковое

5. Кровь в крупных мозговых сосудах в физиологических условиях:

- а) смешивается в базилярной системе
- б) смешивается в каротидной системе
- в) не смешивается

6. Постоянство мозгового кровотока обеспечивается:

- а) системой ауторегуляции мозгового кровообращения
- б) вегетативной нервной системой
- в) стволом головного мозга

7. Мозговой кровоток у здорового человека не зависит от общей гемодинамики при колебаниях АД между:

- а) 100 - 200 мм.рт.ст.
- б) 60 - 200 мм.рт.ст.
- в) 60 - 250 мм.рт.ст.

8. При подъеме АД мозговые сосуды:

- а) суживаются
- б) не меняют диаметр просвета
- в) расширяются

9. При снижении содержания кислорода в артериальной крови мозговые сосуды:

- а) суживаются
- б) расширяются
- в) не меняют диаметр просвета

10. При снижении содержания углекислого газа в крови мозговые сосуды:

- а) суживаются
- б) не меняют диаметр просвета
- в) расширяются

11. Начало при геморрагическом инсульте по типу гематомы:

- а) внезапное
- б) нарастание симптомов в течение часов
- в) мерцание симптомов

12. Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:

- а) ночью во время сна
- б) утром после сна
- в) днем в период активной деятельности

13. Головная боль при кровоизлиянии в мозг:

- а) не характерна
- б) внезапная острая
- в) умеренная

14. Менингеальные симптомы при кровоизлиянии в головной мозг встречаются:

- а) практически всегда
- б) редко
- в) не встречаются

15. Кожные покровы больного с кровоизлиянием в мозг чаще:

- а) бледные
- б) обычной окраски
- в) гиперемированы

16. Ликвор при геморрагическом инсульте:

- а) кровянистый
- б) опалесцирующий
- в) бесцветный

17. В анализе крови при геморрагическом инсульте:

- а) норма
- б) лейкопения
- в) лейкоцитоз

18. Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:

- а) норма
- б) кровоизлияния в сетчатку
- в) ангиосклероз сетчатки
- г) застойный диск зрительного нерва

19. Сознание при ишемическом инсульте чаще:

- а) кома
- б) сопор
- в) не нарушено

Критерии оценивания:

Каждый вопрос (задание) в тестовой форме оценивается по дихотомической шкале: выполнено - 1 балл, не выполнено - 0 баллов.

Применяется следующая шкала перевода баллов в оценку по 5-балльной шкале:

16-19 баллов – соответствуют оценке «отлично» (4 балла – максимально);

11-15 баллов – оценке «хорошо»;

7-10 баллов – оценке «удовлетворительно»;

6 баллов и менее – оценке «неудовлетворительно».

10 семестр (Психиатрия)

1.1 ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 3. «Введение в психиатрию. Организация психиатрической помощи в РФ»

1. Понятие о психиатрии
2. История развития психиатрии.
3. Основные психиатрические школы
4. Учение И.П. Павлова о сигнальных системах
5. Организация психиатрической помощи.
6. Законодательные аспекты психиатрии.
7. Вопросы военной, трудовой и судебной психиатрической экспертизы.
8. Общая характеристика психических нарушений и заболеваний.
9. Методы исследования, применяемые в психиатрии.
10. Современное состояние проблемы. История учения об общих психопатологических закономерностях.
11. Клинико-психопатологическое исследование.
12. Экспериментально-психологические исследования.
13. Генетические исследования психических заболеваний.
14. Понятие психиатрических расстройств
15. Классификация психопатологических синдромов.
16. Основные симптомы психических расстройств
17. Основные синдромы психических расстройств
18. Бредовые состояния
19. Иллюзии и галлюцинации

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 4. «Патология восприятия. Патология памяти. Патология мышления. Патология интеллекта. Патология эмоций и воли»

1. Изучение основных симптомов и синдромов нарушений ощущения, восприятия и представления.
2. Изучение основных симптомов и синдромов нарушения памяти
3. Основные симптомы нарушения мышления по форме и содержанию.
4. Основных симптомы нарушений эмоциональной сферы, волевой деятельности и внимания.
5. Основные синдромы нарушения мышления по форме и содержанию.
6. Основных синдромы нарушений эмоциональной сферы, волевой деятельности и внимания.
7. Патология влечений.
8. Внимание при неврозах.
9. Интеллект, мышление и воображение при неврозах.
10. Память при неврозах.
11. Эмоции, аффекты и чувства при неврозах.

12. Мотивация, волевая деятельность и поисковая активность при неврозах.
13. Сознание и самосознание, когнитивное оценивание при неврозах.
14. Фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 5. «Синдромы психических расстройств. Патология сознания. Шизофрения. МДП.»

1. Вменяемость. Формы вменяемости.
2. Дееспособность. Виды дееспособности.
3. Ограниченная дееспособность. Виды дееспособности.
4. Основные симптомы и синдромы нарушения интеллекта.
5. Основные симптомы и синдромы двигательных нарушений.
6. Синдром выключения сознания.
7. Синдром помрачения сознания.
8. Сумеречное расстройство сознания.
9. Дисфория.
10. Олигофрения, виды олигофрении.
11. Дебильность.
12. Имбецильность.
13. Идиотия.
14. Этиология шизофрении.
15. Клиника шизофрении.
16. Патогенез шизофрении.
17. Этиология маниакально-депрессивного психоза.
18. Клиника маниакально-депрессивного психоза.
19. Патогенез маниакально-депрессивного психоза.
20. Основные отличия циркулярной формы шизофрении от МДП.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 6. «Эпилепсия. Психозы сифилитической этиологии. Экзогенно-органические заболевания головного мозга»

1. Этиология эпилепсии.
2. Клиника эпилепсии.
3. Патогенез эпилепсии.
4. Большой эпилептический припадок.
5. Эквиваленты эпилептического припадка.
6. Основные клинические проявления сифилиса головного мозга.
7. Основные клинические проявления прогрессивного паралича.
8. Психические нарушения при травмах головного мозга.
9. Психические расстройства при инфекционно-органических поражениях головного мозга (сифилис, вирусные энцефалиты, ВИЧ-инфекция).
10. Нейросифилис.
11. Энцефалиты.
12. Психические расстройства при СПИДе.
13. Травматологические заболевания головного мозга, виды.
14. Сенильные и пресенильные психозы.
15. Алкоголизм, виды алкоголизма.
16. Алкогольные психозы.
17. Психопатии, виды психопатии.
18. Исключительные состояния, виды

Шкала оценивания: 5-балльная.

4 балла (или оценка «отлично») выставляется обучающемуся, если он принимает активное участие в беседе по большинству обсуждаемых вопросов (в том числе самых сложных);

демонстрирует сформированную способность к диалогическому мышлению, проявляет уважение и интерес к иным мнениям; владеет глубокими (в том числе дополнительными) знаниями по существу обсуждаемых вопросов, ораторскими способностями и правилами ведения полемики; строит логичные, аргументированные, точные и лаконичные высказывания, сопровождаемые яркими примерами; легко и заинтересованно откликается на неожиданные ракурсы беседы; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

3 балла (или оценка «хорошо») выставляется обучающемуся, если он принимает участие в обсуждении не менее 50% дискуссионных вопросов; проявляет уважение и интерес к иным мнениям, доказательно и корректно защищает свое мнение; владеет хорошими знаниями вопросов, в обсуждении которых принимает участие; умеет не столько вести полемику, сколько участвовать в ней; строит логичные, аргументированные высказывания, сопровождаемые подходящими примерами; не всегда откликается на неожиданные ракурсы беседы; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

2 балла (или оценка «удовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он принимает участие в беседе по одному-двум наиболее простым обсуждаемым вопросам; корректно выслушивает иные мнения; неуверенно ориентируется в содержании обсуждаемых вопросов, порой допуская ошибки; в полемике предпочитает занимать позицию заинтересованного слушателя; строит краткие, но в целом логичные высказывания, сопровождаемые наиболее очевидными примерами; теряется при возникновении неожиданных ракурсов беседы и в этом случае нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

0 баллов (или оценка «неудовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он не владеет содержанием обсуждаемых вопросов или допускает грубые ошибки; пассивен в обмене мнениями или вообще не участвует в дискуссии; затрудняется в построении монологического высказывания и (или) допускает ошибочные высказывания; постоянно нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

1.2. ВОПРОСЫ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вопросы собеседования к практической работе №9. Аментивный синдром.

1. Что такое аментивный синдром?
2. Назовите причины возникновения аментивного синдрома.
3. Что такое галлюцинации?
4. Виды аменции?
5. Какие существуют клинические проявления аменции?

Вопросы собеседования к практической работе №10. Апатический синдром.

1. Что такое апатический синдром?
2. Назовите причины возникновения апатического синдрома.
3. Чем опасна апатия?
4. Какие существуют профилактические методы лечения?
5. Как проявляется апатический синдром у больных?

Вопросы собеседования к практической работе №11. Астенический синдром.

1. Что такое астенический синдром?
2. Назовите причины возникновения астенического синдрома.
3. Расскажите о симптоматике проявления недуга.
4. Какие существуют методы лечения?

Вопросы собеседования к практической работе №12. Паранойяльный синдром.

1. Дайте определение паранойяльного синдрома.
2. Назовите симптомы паранойяльного симптома.

3. Что может случиться причиной появления паранойи?
4. Назовите пример проявления паранойяльного синдрома.
5. Как диагностируется расстройство личности?
6. Как осуществляется лечение расстройства личности?

Вопросы собеседования к практической работе №13. Параноидный синдром.

1. Дайте определение параноидного синдрома.
2. Назовите симптомы параноидного симптома.
3. Что такое явление психического автоматизма?
4. Какие выделяют типы психического автоматизма?
5. Что такое галлюцинаторно-параноидный синдром?
6. Опишите маниакально-параноидный синдром.

Шкала оценивания: 5-балльная.

Критерии оценивания:

- **4 балла** (или оценка «отлично») выставляется обучающемуся, если он демонстрирует глубокое знание содержания вопроса; дает точные определения основных понятий; аргументированно и логически стройно излагает учебный материал; иллюстрирует свой ответ актуальными примерами (типовыми и нестандартными), в том числе самостоятельно найденными; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

- **3 балла** (или оценка «хорошо») выставляется обучающемуся, если он владеет содержанием вопроса, но допускает некоторые недочеты при ответе; допускает незначительные неточности при определении основных понятий; недостаточно аргументированно и (или) логически стройно излагает учебный материал; иллюстрирует свой ответ типовыми примерами.

- **2 балла** (или оценка «удовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он освоил основные положения контролируемой темы, но недостаточно четко дает определение основных понятий и дефиниций; затрудняется при ответах на дополнительные вопросы; приводит недостаточное количество примеров для иллюстрирования своего ответа; нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

- **0 балл** (или оценка «неудовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он не владеет содержанием вопроса или допускает грубые ошибки; затрудняется дать основные определения; не может привести или приводит неправильные примеры; не отвечает на уточняющие и (или) дополнительные вопросы преподавателя или допускает при ответе на них грубые ошибки.

1.3 ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ.

Вопросы по разделу (теме) 6. «Эпилепсия. Психозы сифилитической этиологии. Экзогенно-органические заболевания головного мозга»

1. Первая классификация психических расстройств предложена:

- а) Паоло Захия
- б) Феликс Платтер
- в) Буасье де Соваж

2. Расстройство, наиболее характерное для депрессий:

- а) Анестезия
- б) Гиперестезия
- в) Гипестезия

3. Расстройство, характеризующееся искажением восприятия реально существующих предметов:

- а) Зрительные галлюцинации
- б) Псевдогаллюцинации
- в) Иллюзии

4. Истинные галлюцинации более характерны для:

- а) Алкогольных, травматических, органических психозов
- б) Шизофрении
- в) Больных энцефалитом

5. В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза наблюдается:

- а) Ускорение мышления
- б) Вязкость мышления
- в) Замедление мышления

6. Склонность к ненужным рассуждениям, пустому мудрствованию:

- а) Резонерство
- б) Разорванность мышления
- в) Вязкость мышления

7. К навязчивым состояниям относятся все, кроме:

- а) Ритуалы
- б) Контрастные желания
- в) Сенестопатии

8. Суждения, формирующиеся на основе реальных обстоятельств, но занимающие в сознании человека неоправданно важное, не соответствующее их действительной значимости место:

- а) Сверхценные идеи
- б) Бред величия и богатства
- в) Ипохондрический бред

9. Для паранойяльного синдрома характерно:

- а) Наличие первичного бреда ревности, преследования, ипохондрического бреда и т. д.
- б) Преобладание образного бреда, тесно связанного с тревогой, слуховыми галлюцинациями, подавленным настроением.
- в) Наличие фантастического характера бреда, его сочетание с измененным настроением.

10. Нарушение памяти, характеризующееся переносом событий прошлого в настоящее:

- а) Гипомнезия
- б) Конфабуляция
- в) Псевдореминисценция

11. Синдром, характеризующийся своеобразным расстройством памяти на текущие события при сохранении ее на события прошлого:

- а) Корсаковский синдром
- б) Синдром Кандинского-Клерамбо
- в) Синдром Котара

12. Крайняя степень тревоги наблюдается при:

- а) Ажитированной депрессии
- б) Патологическом аффекте
- в) Маниакальном синдроме

13. Концентрация внимания чаще отмечается:

- а) У больных неврастенией
- б) При депрессиях
- в) При маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза

14. Непреодолимое влечение к бродяжничеству:

- а) Дромомания
- б) Дипсомания
- в) Пиромания

15. Состояние мышц, при котором больному можно придать любое положение, в котором он застывает:

- а) Каталепсия
- б) Раптус
- в) Апатия

16. Грезоподобное или сновидное нарушение сознания:

- а) Аментивное состояние
- б) Делириозное состояние
- в) Онейроидное состояние

17. Сочетание слабоумия с благодушием характерно для:

- а) Депрессивной формы прогрессивного паралича
- б) Дементной формы прогрессивного паралича
- в) Ажитированной формы прогрессивного паралича

18. Тип шизофрении, характеризующийся преобладанием примитивных, дезорганизованных форм поведения, расторможенностью, абулическими и поведенческими расстройствами с погружением в себя, по-детски дурашливым гримасничеством:

- а) Параноидный тип
- б) Кататонический тип
- в) Гебефренный тип

19. К антипсихотическим препаратам относится:

- а) Тиоридазин
- б) Амитриптилин
- в) Лоразепам

Критерии оценивания:

Каждый вопрос (задание) в тестовой форме оценивается по дихотомической шкале: выполнено - 1 балл, не выполнено - 0 баллов.

Применяется следующая шкала перевода баллов в оценку по 5-балльной шкале:

16-19 баллов – соответствуют оценке «отлично» (4 балла – максимально);

11-15 баллов – оценке «хорошо»;

7-10 баллов – оценке «удовлетворительно»;

6 баллов и менее – оценке «неудовлетворительно».

11 семестр (Рефлексодиагностика и терапия)

1.1 ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 7. «Методы традиционной и аппаратной рефлексодиагностики»

1. Цель рефлексодиагностики.
2. Виды современной рефлексодиагностики.
3. Функциональное значение точек акупунктуры, соответствующих различным меридианам.
4. Краткая характеристика клинической рефлексодиагностики.
5. Краткая характеристика инструментальной рефлексодиагностики.
6. Показатели, наиболее часто оцениваемые в области рефлексогенных зон.
7. Краткая характеристика термопунктурной рефлексодиагностики.
8. Интерпретация данных, полученных в ходе термопунктурной рефлексодиагностики.
9. Краткая характеристика электропунктурной диагностики.
10. Интерпретация данных, полученных в ходе электропунктурной диагностики.
11. Объяснить феномен риодораку.
12. «Физиологический» и «патологический» риодораку.
13. Рефлексодиагностика и рефлексотерапия в комплексе лечебно-профилактических мероприятий.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 8. «Сочетанные методы рефлексотерапии»

1. Краткая характеристика методов рефлексотерапии.
2. Терапевтические эффекты, показания к применению акупрессуры и точечного массажа.
3. Терапевтические эффекты, показания к применению лекарственной акупунктурной рефлексотерапии (фармакупунктура).
4. Терапевтические эффекты, показания к применению электрорефлексотерапии.
5. Терапевтические эффекты, показания к применению магнитопунктуры.
6. Терапевтические эффекты, показания к применению лазеропунктуры.
7. Варианты терапевтического эффекта для точек акупунктуры, соответствующих различным меридианам.
8. Методы определения функционального состояния точек акупунктуры и зон воздействия.
9. Поверхностная цубо- и др. рефлексотерапия (аппликационная рефлексотерапия).
10. Комбинированные методы рефлексотерапии.
11. Терморефлексотерапия.
12. Криорефлексотерапия.
13. Вакуум-рефлексотерапия.
14. Ультразвуковая рефлексотерапия – сонопунктура.
15. Микроволновая терапия.
16. Светорефлексотерапия (УФ, инфрарефлексотерапия и др.).
17. Мануальная терапия.
18. Иглорефлексотерапия.

Вопросы для коллоквиума по разделу (теме) 9. «Рефлексотерапия в неврологии»

1. Клиническая характеристика нозологических форм, при которых показана рефлексотерапия.
2. Принципы выбора методов рефлексотерапии и обоснование применения их при заболеваниях нервной системы в зависимости от состояния больного.
3. Момент воздействия (раздражения) проведение лечебной процедуры.
4. Выбор способа воздействия (раздражения).

5. Принципы выбора точек и зон воздействия с позиций современных представлений о структурно-функциональной теории действия рефлексотерапии.
6. Последовательность воздействия на точки и зоны при проведении лечебной процедуры несколькими методами рефлексотерапии.
7. Рефлексотерапия в комплексе методов интенсивной терапии неотложных состояний при заболеваниях нервной системы.
8. Рефлексотерапия в комплексе лечебно-профилактических мероприятий.
9. Рефлексотерапия заболеваний периферической нервной системы.
10. Рефлексотерапия органических заболеваний центральной нервной системы.
11. Рефлексотерапия заболеваний вегетативной нервной системы.
12. Рефлексотерапия невротических и невротоподобных состояний.
13. Рефлексотерапия при никотинизме.
14. Рефлексотерапия при алкоголизме.
15. Рефлексотерапия при наркоманиях.
16. Рефлексотерапия при токсикоманиях.

Шкала оценивания: 5-балльная.

4 балла (или оценка «отлично») выставляется обучающемуся, если он принимает активное участие в беседе по большинству обсуждаемых вопросов (в том числе самых сложных); демонстрирует сформированную способность к диалогическому мышлению, проявляет уважение и интерес к иным мнениям; владеет глубокими (в том числе дополнительными) знаниями по существу обсуждаемых вопросов, ораторскими способностями и правилами ведения полемики; строит логичные, аргументированные, точные и лаконичные высказывания, сопровождаемые яркими примерами; легко и заинтересованно откликается на неожиданные ракурсы беседы; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

3 балла (или оценка «хорошо») выставляется обучающемуся, если он принимает участие в обсуждении не менее 50% дискуссионных вопросов; проявляет уважение и интерес к иным мнениям, доказательно и корректно защищает свое мнение; владеет хорошими знаниями вопросов, в обсуждении которых принимает участие; умеет не столько вести полемику, сколько участвовать в ней; строит логичные, аргументированные высказывания, сопровождаемые подходящими примерами; не всегда откликается на неожиданные ракурсы беседы; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

2 балла (или оценка «удовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он принимает участие в беседе по одному-двум наиболее простым обсуждаемым вопросам; корректно выслушивает иные мнения; неуверенно ориентируется в содержании обсуждаемых вопросов, порой допуская ошибки; в полемике предпочитает занимать позицию заинтересованного слушателя; строит краткие, но в целом логичные высказывания, сопровождаемые наиболее очевидными примерами; теряется при возникновении неожиданных ракурсов беседы и в этом случае нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

0 баллов (или оценка «неудовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он не владеет содержанием обсуждаемых вопросов или допускает грубые ошибки; пассивен в обмене мнениями или вообще не участвует в дискуссии; затрудняется в построении монологического высказывания и (или) допускает ошибочные высказывания; постоянно нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

1.2. ВОПРОСЫ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вопросы собеседования к практической работе №14. Исследование рефлексорных реакций человека.

1. Какие рефлексы Вы наблюдали в процессе выполнения заданий: условные или безусловные? Обоснуйте свой ответ.

2. Что называют безусловным рефлексом?
3. Каково биологическое значение безусловных рефлексов?
4. Изобразить схему рефлекторной дуги соматического рефлекса.

Вопросы собеседования к практической работе №15. Клинические и дополнительные методы исследования нервной системы (нейровизуализация, люмбальная пункция).

1. Что такое вегетативный тонус?
2. Что такое световая ванна?
3. Что такое пиломоторный рефлекс?
4. Что такое ортоклиностатический рефлекс?
5. Расскажите о клинических характеристиках функционального состояния вегетативной нервной системы
6. Как определяется вегетативная реактивность?

Вопросы собеседования к практической работе №16. Современные возможности купирования болевых синдромов.

1. Какие немедикаментозные способы купирования болевых синдромов применяются?
2. В каких случаях применяется антагонист NMDA-рецепторов кетамина гидрохлорид?
3. С чем связано применение антидепрессантов при лечении больных с хронической болью?
4. Как определяется способ введения препаратов?

Шкала оценивания: 5-балльная.

Критерии оценивания:

- **4 балла** (или оценка «отлично») выставляется обучающемуся, если он демонстрирует глубокое знание содержания вопроса; дает точные определения основных понятий; аргументированно и логически стройно излагает учебный материал; иллюстрирует свой ответ актуальными примерами (типовыми и нестандартными), в том числе самостоятельно найденными; не нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

- **3 балла** (или оценка «хорошо») выставляется обучающемуся, если он владеет содержанием вопроса, но допускает некоторые недочеты при ответе; допускает незначительные неточности при определении основных понятий; недостаточно аргументированно и (или) логически стройно излагает учебный материал; иллюстрирует свой ответ типовыми примерами.

- **2 балла** (или оценка «удовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он освоил основные положения контролируемой темы, но недостаточно четко дает определение основных понятий и дефиниций; затрудняется при ответах на дополнительные вопросы; приводит недостаточное количество примеров для иллюстрирования своего ответа; нуждается в уточняющих и (или) дополнительных вопросах преподавателя.

- **0 баллов** (или оценка «неудовлетворительно») выставляется обучающемуся, если он не владеет содержанием вопроса или допускает грубые ошибки; затрудняется дать основные определения; не может привести или приводит неправильные примеры; не отвечает на уточняющие и (или) дополнительные вопросы преподавателя или допускает при ответе на них грубые ошибки.

1.3 ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ.

Вопросы по разделу (теме) 9. «Рефлексотерапия в неврологии»

1. Акупунктурные иглы изготавливаются из

- а) золота;
- б) нержавеющей медицинской стали
- в) никеля
- г) серебра

2. В зависимости от вида воздействия на точки акупунктуры выделяют следующие виды рефлексотерапии:

- а) лекарственная
- б) механическая
- в) функциональная
- г) электрическая.

3. В зависимости от места воздействия выделяют следующие виды рефлексотерапии:

- а) аурикулярная
- б) кожная
- в) корпоральная
- г) лазерная

4. В зависимости от угла введения иглы различают виды пунктирования:

- а) глубокая пункция
- б) горизонтальная пункция
- в) косая пункция
- г) перпендикулярная пункция
- д) поверхностная пункция.

5. В области акупунктурной точки обнаружено

- а) более четкое строение рыхлой соединительной ткани
- б) большое число рецепторов
- в) истончение эпидермиса
- г) скопление эритроцитов.

6. В области акупунктурной точки отмечено

- а) изменение влажности кожи
- б) низкое электрокожное сопротивление
- в) повышенная концентрация адреналина
- г) уменьшенное поглощение кислорода.

7. В области головы выделяют следующие виды рефлексотерапии:

- а) аурикулярная
- б) вертебральная
- в) скальповая
- г) цервикальная

8. В развитии местной реакции принимают участие механизмы:

- а) аксон-рефлекса
- б) болевого рефлекса
- в) гистаминного рефлекса
- г) периферической сенситизации

9. Временными ограничениями для проведения рефлексотерапии являются:

- а) состояние опьянения
- б) состояние острого психического возбуждения

- в) состояние после значительного физического и психоэмоционального перенапряжения
- г) состояние эмоционального спокойствия.

10. Глубина пунктирования точек акупунктуры различна и зависит от

- а) вида заболевания (поверхностное или глубокое)
- б) выраженности подкожно-жирового и мышечного слоя
- в) локализации точки
- г) чувствительности точки акупунктуры.

11. Длительность курса рефлексотерапии определяется индивидуально и зависит от

- а) выраженности симптомов заболевания
- б) глубины введения акупунктурных игл
- в) количества точек акупунктуры, используемых в лечении
- г) характера течения заболевания

12. К биологическим видам рефлексотерапии относят:

- а) апирефлексотерапию
- б) гирудорефлексотерапию
- в) криорефлексотерапию
- г) мезорефлексотерапию
- д) электропунктуру

13. К биоэнергетическим видам рефлексотерапии относят:

- а) инфракрасную рефлексотерапию
- б) лазеропунктуру
- в) магниторефлексотерапию
- г) микроиглорефлексотерапию
- д) семянорефлексотерапию

14. К диагностическим методам рефлексотерапии относят:

- а) вегетативный тест Цито
- б) метод Накатани
- в) метод Пак Чже Ву
- г) метод Тонга
- д) метод Фолля.

15. К механической рефлексотерапии относят:

- а) кровопускание
- б) поверхностную иглотерапию
- в) прижигание;
- г) точечный массаж.

16. К основным теориям механизма действия рефлексотерапии относятся:

- а) неврогенная теория
- б) рефлекторная теория
- в) теория гистаминного выравнивания
- г) теория тканевой терапии
- д) электрическая теория

17. К предусмотренным ощущениям при попадании иглы в точку акупунктуры относятся:

- а) чувство жжения
- б) чувство онемения

- в) чувство распирания
- г) чувство холода

18. К приказам Минздрава по рефлексотерапии относятся:

- а) приказ № 266 от 13.04.2007 г.
- б) приказ № 477 от 04.05.2012 г.
- в) приказ № 541 от 23.06.2010 г.
- г) приказ № 707н от 08.10.2015 г.

19. К термическим видам рефлексотерапии относят:

- а) воздействие льдом на точки акупунктуры
- б) контактное прижигание
- в) криорефлексотерапию
- г) лазеропунктуру
- д) мезорефлексотерапию

Критерии оценивания:

Каждый вопрос (задание) в тестовой форме оценивается по дихотомической шкале: выполнено - 1 балл, не выполнено - 0 баллов.

Применяется следующая шкала перевода баллов в оценку по 5-балльной шкале:

16-19 баллов – соответствуют оценке «отлично» (4 балла – максимально);

11-15 баллов – оценке «хорошо»;

7-10 баллов – оценке «удовлетворительно»;

6 баллов и менее – оценке «неудовлетворительно».

2 ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

2.1 БАНК ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

9 семестр (Неврология)

1 Вопросы в закрытой форме.

1.1 МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- снижается
- повышается
- не изменяется

1.2 МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- снижается
- повышается
- не изменяется

1.3 ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПИРАМИДНЫЕ СИМПТОМЫ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ - РЕФЛЕКСЫ:

- Бабинского

- Оппенгейма
- Россолимо
- Шеффера

1.4 ГИПОТРОФИЯ МЫШЦ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:

- Центрального двигательного нейрона
- Периферического двигательного нейрона
- Мозжечка

1.5 ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:

- Периферического двигательного нейрона
- Центрального двигательного нейрона
- Мозжечка

1.6 ГЛУБОКИЕ РЕФЛЕКСЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- Повышаются
- Не изменяются
- Снижаются

1.7 ГЛУБОКИЕ РЕФЛЕКСЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- Повышаются
- Снижаются
- Не изменяются

1.8 ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА ТРОФИКА МЫШЦ:

- Снижена
- Повышена
- Не изменена

1.9 ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНКИНЕЗИИ:

- Могут наблюдаться
- Наблюдаются всегда
- Не наблюдаются

1.10 ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЫ:

- Гемипарез
- Парипарез
- Моноплегия

1.11 ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- Фибрилляции
- Гипорефлексия
- Атония мышц
- Патологические рефлекс
- Защитные рефлекс
- Синкинезии
- Клонусы
- Отсутствие кожных рефлекс

- Отсутствие сухожильных рефлексов

1.12 ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- Спастический тонус
- Гипотония мышц
- Снижение сухожильных рефлексов
- Гипотрофия мышц
- Реакция перерождения мышц при исследовании электровозбудимости

1.13 ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА:

- Гипотрофия мышц
- Патологические рефлексы
- Защитные рефлексы
- Арефлексия

1.14 ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПИРАМИДНОГО ПУТИ:

- Гемипарез
- Повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах
- Повышение сухожильных рефлексов
- Снижение мышечного тонуса
- Снижение кожных рефлексов
- Защитные рефлексы

1.15 ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНИХ РОГОВ СПИННОГО МОЗГА:

- Гипотония мышц
- Фибриллярные подергивания
- Отсутствие сухожильных рефлексов
- Гипотрофия мышц
- Патологические рефлексы

1.16 БУЛЬБАРНЫЙ ПАРАЛИЧ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- IX, X, XII
- IX, X, XI
- VIII, IX, X

1.17 ОДНОСТОРОННЮЮ КОРКОВУЮ ИННЕРВАЦИЮ ИМЕЕТ ЯДРО ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- XII, X
- XII, VII
- VII, X

1.18 ОБЛАСТЬ СТВОЛА МОЗГА, ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ЯДРО ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВА:

- Варолиев мост
- Ножка мозга
- Продолговатый мозг

1.19 ПТОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЫ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- IV
- V
- III

1.20 КОСОГЛАЗИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЫ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- III
- XII
- VII
- V

1.21 ДИСФАГИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЫ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- V-VII
- IX-X
- VII-XI

1.22 ДИЗАРТРИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЫ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- V
- XI
- XII

1.23 ИННЕРВАЦИЮ СФИНКТЕРА ЗРАЧКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ НЕРВ:

- III
- IV
- VI

1.24 ДИПЛОПИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЫ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- VII
- X
- VI
- V

1.25 ПТОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА:

- IV
- VI
- III
- V

1.26 ДИСФАГИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- IX-X
- VIII-XII
- VII-XI

1.27 ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ ЧЕРЕПНЫМ НЕРВОМ:

- VII
- X
- XII
- V

1.28 РАССТРОЙСТВО ГЛОТАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЫШЦ:

- Мягкого нёба
- Жевательных
- Мимических

1.29 ДИСФОНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ:

- XII

- X
- XI

1.30 ДЛЯ БУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ:

- Глоточный рефлекс вызывается
- Глоточный рефлекс отсутствует
- Периферический парез подъязычного нерва
- Симптомы орального автоматизма
- Дисфагия
- Дизартрия
- Афония

1.31 ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА:

- Дисфагия
- Сглаженность лобных и носогубных складок
- Лагофтальм
- Симптом Белла
- Затруднение высовывания языка
- Симптом "паруса"
- Невозможность свиста
- Гиперакузия
- Снижение надбровного рефлекса

1.32 ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВА:

- Сходящееся косоглазие
- Мидриаз
- Ограничение движения глазного яблока вверх
- Ограничение движения глазного яблока кнаружи
- Расходящееся косоглазие
- Птоз
- Диплопия

1.33 СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА ВЕБЕРА:

- Мидриаз
- Сходящееся косоглазие
- Расходящееся косоглазие
- Диплопия
- Птоз
- Лагофтальм
- Гемиплегия

1.34 КОСОГЛАЗИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА:

- III
- VI
- VII
- II

1.36 СТАТИКА ЗАВИСИТ ОТ НОРМАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- Хвостатого ядра
- Мозжечка

- Черной субстанции

1.37 ПОРАЖЕНИЕ МОЗЖЕЧКА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ДВИЖЕНИЙ В ВИДЕ:

- Пареза
- Атаксии
- Гиперкинеза

1.38 ДИСМЕТРИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- Пирамидного пути
- Мозжечка
- Стрио-паллидарной системы

1.39 МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЗЖЕЧКА:

- Повышается
- Понижается
- Не изменяется

1.40 ТЕМП АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАЛЛИДО-НИГРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ:

- Замедляется
- Ускоряется
- Появляются гиперкинезы

1.41 ГИПЕРКИНЕЗЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- Пирамидной системы
- Экстрапирамидной системы
- Кору височной доли

1.42 ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ ВОЗНИКАЕТ:

- Акинезия
- Апраксия
- Парезы

1.43 НИСТАГМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- Кору лобной доли
- Хвостатого ядра
- Мозжечка

1.44 ПОЧЕРК ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЗЖЕЧКА:

- Микрография
- Макрография
- Не изменяется

1.45 КРАСНОЕ ЯДРО ВХОДИТ В СОСТАВ СИСТЕМЫ:

- Паллидо-нигральной
- Стриарной
- Пирамидной

2 Вопросы в открытой форме.

2.1 ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ КОРКОВОЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЮТ _____ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

- 2.2 У БОЛЬНЫХ С СЕНСОРНОЙ АФАЗИЕЙ НАРУШЕНО ПОНИМАНИЕ _____
- 2.3 У БОЛЬНОГО С _____ АФАЗИЕЙ НАРУШЕНА СПОСОБНОСТЬ ДАТЬ
НАЗВАНИЕ ПРЕДМЕТА
- 2.4 У БОЛЬНОГО С АПРАКСИЕЙ НАРУШЕНЫ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЕ _____
ПО ПРИЧИНЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ И СХЕМЫ ДЕЙСТВИЯ
- 2.5 ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВЫХ РЕЧЕВЫХ ЦЕНТРОВ ВОЗНИКАЕТ _____
- 2.6 ЯДРО ДОБАВОЧНОГО НЕРВА РАСПОЛАГАЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ _____
МОЗГА И ВЕРХНИХ ШЕЙНЫХ СЕГМЕНТАХ СПИННОГО МОЗГА
- 2.7 ЯДРО ПОДЪЯЗЫЧНОГО _____ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ
ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА
- 2.8 ВОЛОКНА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА РАЗВЕТВЛЯЮТСЯ В _____ ЯЗЫКА
- 2.9 ШЕЙНАЯ ПЕТЛЯ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ СЛИЯНИИ МЫШЕЧНЫХ ВЕТВЕЙ
_____ СПЛЕТЕНИЯ С ПОДЪЯЗЫЧНЫМ НЕРВОМ
- 2.10 СЕКРЕТОРНУЮ ИННЕРВАЦИЮ _____ ЖЕЛЕЗЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ
ВОЛОКНА, ИДУЩИЕ ОТ ВЕРХНЕГО СЛЮНООТДЕЛИТЕЛЬНОГО ЯДРА
- 2.11 СЕКРЕТОРНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВОЛОКНА, ИДУЩИЕ ОТ ВЕРХНЕГО _____ ЯДРА
- 2.12 СЕКРЕТОРНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ _____
ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВОЛОКНА, ИДУЩИЕ ОТ НИЖНЕГО СЛЮНООТДЕЛИТЕЛЬНОГО ЯДРА
- 2.13 СЕКРЕТОРНУЮ ИННЕРВАЦИЮ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВОЛОКНА, ИДУЩИЕ ОТ ВЕРХНЕГО _____ ЯДРА
- 2.14 ВИЛЛИЗИЕВ КРУГ МОЖЕТ КОМПЕНСАТОРНО ОБЕСПЕЧИТЬ АДЕКВАТНЫЙ
МОЗГОВОЙ КРОВОТОК ПРИ ОККЛЮЗИИ АРТЕРИИ _____ СОННОЙ
- 2.15 ПОСТОЯНСТВО МОЗГОВОГО _____ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СИСТЕМОЙ
АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
- 2.16 МОЗГОВОЙ _____ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НЕ ЗАВИСИТ ОТ ОБЩЕЙ
ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КОЛЕБАНИЯХ АД (ПО СИСТОЛИЧЕСКОМУ) МЕЖДУ 60 - 200
ММ.РТ.СТ.
- 2.17 КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗГ РАЗВИВАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО _____ В
ПЕРИОД АКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- 2.18 КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БОЛЬНОГО С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В _____ ЧАЩЕ
ГИПЕРЕМИРОВАНЫ
- 2.19 ЛИКВОР ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ _____ КСАНТОХРОМНЫЙ
- 2.20 КОНВЕКСИТАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ЛОБНОЙ, ТЕМЕННОЙ И ВИСОЧНОЙ
ДОЛЕЙ, ВНУТРЕННЯЯ КАПСУЛА ПОДКОРКОВЫЕ УЗЛЫ КРОВОСНАБЖАЮТСЯ
_____ АРТЕРИЕЙ
- 2.21 ЗАТЫЛОЧНЫЕ ДОЛИ, БАЗАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ
КРОВОСНАБЖАЮТСЯ _____ АРТЕРИЕЙ
- 2.22 ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ КЛАССИФИЦИРУЮТ НА:
АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИЙ, _____, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ,
ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКАЯ МИКРООККЛЮЗИЯ, ЛАКУНАРНЫЙ
- 2.23 ДИАГНОЗ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ СТАВИТСЯ, ЕСЛИ ВСЕ
ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ РЕГРЕССИРУЮТ В ТЕЧЕНИЕ _____
- 2.24 К ОСТРЫМ ПРЕХОДЯЩИМ НАРУШЕНИЯМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
ОТНОСЯТСЯ: _____, ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ
- 2.25 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПАЛЛИДО-НИГРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНО
ПОВЫШЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПО ТИПУ _____
- 2.26 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ МОЗЖЕЧКА ХАРАКТЕРЕН _____ ТРЕМОР.
- 2.27 РАВНОВЕСИЕ, КООРДИНАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ, ПОДДЕРЖАНИЕ ТОНУСА
МЫШЦ - ЭТО ФУНКЦИИ _____
- 2.28 ГИПОКИНЕЗИЯ, МЫШЕЧНАЯ РИГИДНОСТЬ, ТРЕМОР ПОКОЯ - ЭТО
ПРИЗНАКИ СИНДРОМА _____

- 2.29 ХОРЕЯ, МИОКЛОНИЯ, ТРЕМОР - ЭТО _____
- 2.30 РАСПРОСТРАНЕНИЕ РАЗДРАЖЕНИЯ С ОДНОЙ ВЕТВИ НЕРВА НА ДРУГУЮ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ _____ БОЛИ
- 2.31 ГЕМИГИПЕСТЕЗИЯ, ГЕМИАЛГИЯ, ГЕМИАНОПСИЯ И СЕНСИТИВНАЯ ГЕМИАТАКСИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____
- 2.32 ВЫПАДЕНИЕ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ НА 2 СЕГМЕНТА НИЖЕ УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ КАНАТИКА
- 2.33 ПРИ СНИЖЕНИИ СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО ЧУВСТВА ВОЗНИКАЕТ _____ АТАКСИЯ
- 2.34 ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА В ПРОЕКЦИИ XII ПАРЫ РАЗВИВАЕТСЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ _____
- 2.35 ДВУСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРТИКО-НУКЛЕАРНЫХ ВОЛОКОН К ЯДРАМ IX, X, XII ПАР ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ _____ СИНДРОМА
- 2.36 ПОРАЖЕНИЕ СТВОЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НА УРОВНЕ N.SPAREDIUS ПРОЯВЛЯЕТСЯ: ПАРЕЗОМ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ, НАРУШЕНИЕМ ВКУСА И _____
- 2.37 ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРЕЗ МЫШЦ ПОЛОВИНЫ ЯЗЫКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА
- 2.38 ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ГЛАЗА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВЕГЕТАТИВНЫМИ ЯДРАМИ И ВОЛОКНАМИ _____ НЕРВА
- 2.39 ГИПОТОНИЯ, ГИПОРЕФЛЕКСИЯ, ГИПОТРОФИЯ, ФИБРИЛЛЯРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ _____ МОТОНЕЙРОНА
- 2.40 ГИПЕРРЕФЛЕКСИЯ, ГИПЕРТОНИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ _____ МОТОНЕЙРОНА
- 2.41 ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СПАСТИЧЕСКИЙ ТЕТРАПАРАПАРЕЗ- ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ _____
- 2.42 НИЖНИЙ ВЯЛЫЙ ПАРАПАРЕЗ - ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ _____
- 2.43 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРКОВОЙ ЗОНЫ БРОКА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ _____ АФАЗИИ
- 2.44 ДЛЯ РАЗДРАЖЕНИЯ ПРЕЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ ЛОБНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРНЫ _____ ПРИПАДКИ
- 2.45 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРКОВОЙ ЗОНЫ ВЕРНИКЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ _____ АФАЗИИ

3 Вопросы на установление последовательности.

3.1 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) РЕФЛЕКСЫ ОРАЛЬНОГО АВТОМАТИЗМА:

- 1) небный;
- 2) сосательный;
- 3) хоботковый;
- 4) глоточный;
- 5) подошвенный,
- 6) носогубный,
- 7) кремастерный,
- 8) ладонно-подбородочный,
- 9) дистаннооральный,
- 10) ахиллов.

3.2 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) ГЛУБОКИЕ РЕФЛЕКСЫ:

- 1) надбровный;
- 2) корнеальный;
- 3) глоточный;
- 4) нижнечелюстной;
- 5) ахиллов,
- 6) небный,
- 7) коленный,
- 8) пястно-лучевой,
- 9) кремастерный,
- 10) лопаточно-лучевой.

3.3 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) СИНДРОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПОРАЖЕНИЮ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- 1) астереогноз;
- 2) рефлекс хватания,
- 3) бульбарный паралич;
- 4) гипертензионный,
- 5) альтернирующие синдромы,
- 6) псевдобульбарный,
- 7) дислокационный,
- 8) зрительных галлюцинаций,
- 9) синдромы поражения желудочков,
- 10) расстройство психики.

3.4 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) солярный рефлекс;
- 2) шейно-вегетативный;
- 3) защитный;
- 4) рефлекс «гусиной кожи»,
- 5) ортостатический,
- 6) роговичный,
- 7) кожно-сердечный,
- 8) терморегуляционный,
- 9) подошвенный,
- 10) глазосердечный

3.5 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) ТЕРМИНОЛОГИЮ, ОТНОСЯЩУЮСЯ К СИНДРОМАМ ЗРИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ:

- 1) арефлексия,
- 2) булимия,
- 3) гиперкинез,
- 4) амблиопия,
- 5) атетоз,
- 6) амавроз,
- 7) ахроматопсия,
- 8) клонус,
- 9) скотома,
- 10) гемианопсия,
- 11) дальтонизм,
- 12) анакузия,

- 13) миоз,
- 14) люмбаго,
- 15) птоз.

3.6 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) ТЕРМИНОЛОГИЮ, ОТНОСЯЩУЮСЯ К СИНДРОМАМ НАРУШЕНИЯ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ:

- 1) миалгия,
- 2) астереозгоз,
- 3) анозогнозия,
- 4) плексит,
- 5) апраксия,
- 6) гипомнезия,
- 7) диплопия,
- 8) амнезия,
- 9) олигофрения,
- 10) моноплегия,
- 11) афазия,
- 12) тремор,
- 13) алалия,
- 14) заикание,
- 15) гиперрефлексия.

3.7 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛОБНОЙ ДОЛИ:

- 1) астереогноз,
- 2) рефлекс хватания,
- 3) зрительная агнозия,
- 4) аграфия,
- 5) моторная афазия,
- 6) галлюцинации,
- 7) расстройство психики,
- 8) бульбарный,
- 9) лобная атаксия,
- 10) паралич зра в противоположную сторону.

3.8 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ:

- 1) атаксия,
- 2) аграфия,
- 3) галлюцинации,
- 4) сенсорная афазия,
- 5) астереогноз,
- 6) приступы вестибулярно-коркового головокружения;
- 7) квадратная гемианопсия,
- 8) лобная атаксия,
- 9) расстройство психики,
- 10) рефлекс хватания.

3.9 УКАЖИТЕ (ПО ПОРЯДКУ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ) ОСНОВНЫЕ СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ:

- 1) неврастенический,

- 2) вегето-сосудистой дистонии,
- 3) менингеальный,
- 4) полиневропатии,
- 5) эпилептический,
- 6) бульбарный синдром,
- 7) радикулярный,
- 8) пароксизмальных состояний,
- 9) псевдобульбарного паралича,
- 10) паркинсонизма.

3.10 ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОБОЛОЧЕК И ПРОСТРАНСТВ СПИННОГО МОЗГА, НАЧИНАЯ СНАРУЖИ:

- 1) подпаутинное пространство,
- 2) твердая оболочка,
- 3) паутинная,
- 4) эпидуральное пространство,
- 5) мягкая оболочка,
- 6) субдуральное пространство.

3.11 ОПРЕДЕЛИТЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ 12 ПАР ЯДЕР ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ В ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- 1) конечный,
- 2) промежуточный,
- 3) средний,
- 4) варолиев мост,
- 5) мозжечок,
- 6) продолговатый.

3.12 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ ПРИ ПЕРЕДАЧЕ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА ЧЕРЕЗ ХИМИЧЕСКИЙ СИНАПС. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) высвобождение медиатора в синаптическую щель
- 2) обратный захват медиатора
- 3) контакт мембранного пузырька, содержащего медиатор, с пресинаптической мембраной
- 4) поступление электрического сигнала на пресинаптическую мембрану
- 5) связывание медиатора с рецепторами постсинаптической мембраны

3.13 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ИЕРАРХИЧЕСКОГО СОПОДЧИНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, НАЧИНАЯ С НАИМЕНЬШЕГО УРОВНЯ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) клетка глии
- 2) нервная ткань
- 3) большие полушария головного мозга
- 4) нервная система
- 5) центральная нервная система

3.14 УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА ПО РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГЕ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) эффекторный нейрон

- 2) сенсорный нейрон
- 3) вставочный нейрон
- 4) рецептор
- 5) рабочий орган

3.15 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ХОЛОДА. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) анализ возбуждения в нервном центре промежуточного мозга
- 2) передача нервного сигнала по двигательному нерву
- 3) раздражение холодоорецепторов
- 4) сужение кровеносных сосудов, появление дрожи
- 5) передача нервных импульсов по чувствительному нерву в ЦНС

3.16 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОЩУЩЕНИЙ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) формирование зрительного образа объекта в коре затылочной доли больших полушарий
- 2) прохождение световых лучей через роговицу и зрачок
- 3) преломление световых лучей хрусталиком
- 4) формирование на сетчатке уменьшенного перевернутого изображения объекта
- 5) передача возбуждения по зрительным нервам в ЦНС

3.17 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СЛУХОВЫХ ОЩУЩЕНИЙ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) передача звуковых волн слуховым косточкам
- 2) преобразование колебаний жидкости улитки в нервный сигнал
- 3) улавливание звуковых волн наружным ухом
- 4) передача импульсов по слуховому нерву в ЦНС
- 5) передача колебаний перепонке овального окна улитки
- 6) колебание барабанной перепонки

3.18 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЧИХАНИИ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) поступление импульсов к диафрагме и межрёберным мышцам
- 2) глубокий резкий вдох
- 3) передача нервных импульсов в продолговатый мозг
- 4) резкий выдох через нос
- 5) раздражение рецепторов носовой полости

3.19 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ НЕРВНОГО СИГНАЛА ПО РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГЕ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) чувствительный корешок спинномозгового нерва
- 2) скелетная мышца
- 3) передний корешок спинномозгового нерва
- 4) рецептор
- 5) спинной мозг

3.20 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕАКЦИЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ЖАРЫ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) понижение температуры поверхностных слоев кожи
- 2) передача нервных сигналов по чувствительным нервам в ЦНС
- 3) большой приток крови и отдача тепла с поверхности сосудов в окружающую среду
- 4) интенсивное испарение пота с поверхности кожи
- 5) раздражение теплорецепторов кожи
- 6) увеличение частоты сердечных сокращений и расширение кровеносных сосудов

3.21 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ У ЧЕЛОВЕКА. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) воздействие пониженных температур на рецепторы кожи
- 2) уменьшение теплоотдачи с поверхности кровеносных сосудов
- 3) передача сигналов по двигательному пути
- 4) сокращение мышц кровеносных сосудов

3.22 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОПОДЧИНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ БИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ, НАЧИНАЯ С НАИБОЛЬШЕГО.

- 1) двигательный нейрон
- 2) нервная система
- 3) соматическая нервная система
- 4) периферический отдел нервной системы
- 5) нерв

3.23 УСТАНОВИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА ПО РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГЕ ВНУТРИ ЦНС.

- 1) присоединение медиатора к рецептору на мембране эффекторного нейрона
- 2) возбуждение на мембране сенсорного нейрона
- 3) возникновение импульса на мембране эффекторного нейрона
- 4) выброс медиатора в синаптическую щель
- 5) удаление медиатора из синаптической щели

3.24 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПРИ ГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА.

- 1) сокращение межреберных мышц и диафрагмы
- 2) возбуждение дыхательного центра в продолговатом мозге
- 3) повышение концентрации углекислого газа в крови
- 4) поступление воздуха в легкие
- 5) передача нервного импульса к межреберным мышцам и диафрагме

3.25 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ВО ВКУСОВОМ АНАЛИЗАТОРЕ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) растворение веществ с помощью слюны
- 2) попадание пищи в ротовую полость
- 3) раздражение вкусовых рецепторов
- 4) анализ информации во вкусовой зоне коры больших полушарий
- 5) передача информации по вкусовому нерву
- 6) возникновение вкусовых ощущений, которые имеют также эмоциональную окраску

3.26 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ПО ЗВЕНЬЯМ РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГИ КОЛЕННОГО РЕФЛЕКСА. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) передача информации к исполнительному нейрону
- 2) сокращение четырёхглавой мышцы бедра
- 3) передача возбуждения к четырёхглавой мышце бедра
- 4) передача нервного импульса по аксону чувствительного нейрона
- 5) лёгкий удар молоточком по сухожилию под надколенником

3.27 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕДАЧИ ЗВУКА В СЛУХОВОМ АНАЛИЗАТОРЕ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) генерирование нервного импульса
- 2) колебание барабанной перепонки
- 3) колебание слуховых косточек
- 4) колебание жидкости в улитке
- 5) колебание мембраны овального окна
- 6) передача нервного импульса по слуховому нерву в височную долю коры больших полушарий
- 7) колебание волосковых клеток

3.28 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ, ПРОИСХОДЯЩИХ ПРИ ПОПАДАНИИ СОРИНКИ В ГЛАЗ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) нервные импульсы передаются к исполнительному нейрону
- 2) пузырьки с тормозящими веществами лопаются, жидкость изливается в синаптическую щель, действие мышечных клеток прекращается, и рефлекс тормозится
- 3) передача нервных импульсов от рецепторов по чувствительному нейрону в нервный центр
- 4) в нервный центр поступает информация об изменении ситуации, и нервный центр посылает импульсы к тормозным синапсам
- 5) возбуждение рецепторов оболочки глаза при попадании в него соринки
- 6) сокращение круговых мышц глаза, которые смыкают веки; удаление соринки
- 7) передача нервного импульса к вставочному нейрону в пределах ЦНС

3.29 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ, ПРОИСХОДЯЩИХ ПРИ РЕГУЛЯЦИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ ПРИЁМА КОНТРАСТНОГО ДУША, НАЧИНАЯ С ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ВОДЫ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) расширение кожных артериол
- 2) сужение кожных артериол
- 3) регистрация снижения температуры рецепторами кожи
- 4) регистрация повышения температуры кожными рецепторами
- 5) передача импульса к артериолам дермы, сокращение гладких миоцитов стенки артериолы
- 6) передача импульса к артериолам дермы, расслабление гладких миоцитов стенки артериолы

3.30 ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОТДЕЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НАЧИНАЯ С НАИБОЛЕЕ БЛИЗКО РАСПОЛОЖЕННОГО К СПИННОМУ МОЗГУ. ЗАПИШИТЕ В ТАБЛИЦУ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЦИФР.

- 1) мост
- 2) средний мозг
- 3) промежуточный мозг
- 4) продолговатый мозг
- 5) большие полушария

4. Вопросы на установление соответствия.

4.1. УСТАНОВИТЬ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СОСУДИСТЫЙ БАССЕЙН/СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

1. внутренняя сонная артерия	А. центральный гемипарез с преобладанием в руке
2. средняя мозговая артерия	Б. оптико-пирамидный синдром
3. передняя мозговая артерия	В. центральный гемипарез с преобладанием в ноге

4.2 УСТАНОВИТЬ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СОСУДИСТЫЙ БАССЕЙН/СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

1. средняя мозговая артерия	А. центральный тетрапарез, 2х стороннее поражение черепных нервов.
2. задняя мозговая артерия	Б. гомонимная гемианопсия
3. базилярная артерия	В. центральный гемипарез, гемигипестезия

4.3 УСТАНОВИТЬ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СОСУДИСТЫЙ БАССЕЙН/СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

1. левая средняя мозговая артерия	А. правосторонняя гемианопсия
2. левая задняя мозговая артерия	Б. моторная афазия
3. левая мозжечковая артерия	В. левосторонняя гемиатаксия

4.4 УСТАНОВИТЬ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СОСУДИСТЫЙ БАССЕЙН/СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

1. правая мозжечковая артерия конечностей	А. спастическая гипертония левых конечностей
2. правая средняя мозговая артерия	Б. гипотония правых конечностей
3. правая внутренняя сонная артерия	В. переходящая слепота правого глаза

4.5 УСТАНОВИТЬ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СОСУДИСТЫЙ БАССЕЙН/СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

1. вертебральная артерия	А. нарушения психики
2. средняя мозговая артерия	Б. альтернирующий синдром
3. передняя мозговая артерия	В. синдром поражения внутренней капсулы

4.6 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. субарахноидальное кровоизлияние	А. постепенное начало
	Б. внезапное начало
2. ишемический тромботический инсульт	В. менингеальные симптомы
	Г. гемипарез
	Д. кровянистый ликвор

4.7 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СОСУДИСТЫЙ БАССЕЙН/СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

1. левая средняя мозговая артерия	А. анозогнозия
	Б. гемипарез
2. правая средняя мозговая артерия	В. гемигипестезия
	Г. афазия
	Д. гемианопсия

4.8 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. ишемический инсульт	А. синдром внутречерепной гипертензии
	Б. острое начало
2. опухоль головного мозга	В. изменения на КТ
	Г. застойный диск зрительного нерва
	Д. проградцентное течение

4.9 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние	А. головная боль
	Б. рвота
2. субарахноидальное кровоизлияние	В. гемиплегия
	Г. менингеальные симптомы
	Д. афазия

4.10 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. геморрагический инсульт	А. кровянистый ликвор
	Б. мерцание симптомов
2. ишемический тромботический инсульт	В. сильная головная боль
	Г. менингеальные симптомы
	Д. гемиплегия

4.11 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

1. кровоизлияние в мозжечок	А. хирургическое
	Б. антиагрегантная терапия
2. ишемический инсульт	В. тромболитический
	Г. антикоагулянтная терапия
	Д. борьба с отеком мозга

4.12 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

1. ишемический инсульт	А. клипирование аневризм
	Б. тромболитический
2. субарахноидальное кровоизлияние	В. антиагрегантная терапия
	Г. обезболивающая терапия
	Д. массаж парализованных конечностей

4.13 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ГРУППА СИМПТОМОВ ПРИ ИНСУЛЬТЕ/СИМПТОМЫ

1. общемозговые	А. головная боль
	Б. рвота
2. очаговые	В. гемипарез
	Г. кома
	Д. атаксия

4.14 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/ФАКТОРЫ РИСКА

1. геморрагический инсульт	А. артериальная аневризма
	Б. мерцательная аритмия
2. эмболический инсульт	В. порок сердца
	Г. артериальная гипертензия
	Д. артерио-венозная мальформация

4.15 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. опухоль головного мозга	А. тромболизис
	Б. лучевая терапия
2. ишемический тромботический инсульт	В. химиотерапия
	Г. антикоагулянтная терапия
	Д. эндартериоэктомия

4.16 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ВИД АФАЗИИ/КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ НАРУШЕНИЯ

1. моторная	А. появление «речевых эмболов»
	Б. понимания загадок, логикограмматических конструкций
2. сенсорная	В. построения фразовой речи
	Г. понимания простых инструкций

4.17 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ/СИМПТОМ

1. левая лобная доля	А. аграфия
	Б. апраксия
2. левая теменная доля	В. анозогнозия
	Г. аутоагнозия
	Д. акалькулия

4.18 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ/СИМПТОМ

1. зона Брока	А. моторная афазия
2. зона Вернике	Б. сенсорная афазия
	В. апраксия

4.19 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ/СИМПТОМ

1. лобная доля	А. амнестическая афазия
2. височная доля	Б. аграфия
3. теменная доля	В. астереогноз
	Г. алексия

4.20 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ/СИМПТОМ

1. затылочная доля	А. джексоновская эпилепсия
2. лобная доля	Б. зрительные галлюцинации
3. височная доля	В. пароксизмы «дежа вю» («уже виденного»)

4.21 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЭНЦЕФАЛИТ/МЕСТО ПОРАЖЕНИЯ

1. Клещевой	А. Базально-медиальные отделы лобной и височной долей
2. Герпетический	Б. Мотонейроны спинного мозга и ствола, пирамидные клетки

4.22 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/ВОЗБУДИТЕЛЬ

1. Серозный менингит	А. Энтеровирус
	Б. Вирус паротита
2. Гнойный менингит	В. Менингококк
	Г. Бледная трепонема
	Д. Туберкулезная бактерия

4.23 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. Клещевой энцефалит	А. Возбудитель - фильтрующийся нейротропный вирус
	Б. Острое начало, высокая лихорадка
2. Комариный энцефалит	В. Снижение мышечного тонуса, атрофия мышц
	Г. Нарушение речи, фонации, глотания
	Д. Геморрагическая сыпь

4.24 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. Клещевой энцефалит	А. Тетрапарез или нижний парапарез
	Б. Вялый парез верхних конечностей
	В. Проводниковая гипестезия
2. Острый миелит	Г. Нарушение функций тазовых органов
	Д. Трофические расстройства
	Е. Симптом "свисающая голова"

4.25 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. Туберкулезный менингит	А. Острое начало
	Б. Подострое начало
	В. Менингеальные симптомы
2. Менингококковый менингит	Г. Поражение черепных нервов
	Д. Нейтрофильный плеоцитоз в ликворе
	Е. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе

4.26 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. сотрясение головного мозга	А. менингеальные
	Б. очаговые неврологические
2. ушиб головного мозга	В. расстройство сознания
	Г. переломы костей черепа

4.27 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОЙ ЧМТ/СИМПТОМЫ

1. менингит	А. менингеальные
	Б. пульсирующий шум в голове
2. каротидно-кавернозное соустье	В. экзофтальм
	Г. нейтрофильный плеоцитоз в ликворе

4.28 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

1. ушиб головного мозга	А. расстройство сознания
	Б. очаговые неврологические симптомы
2. сдавление головного мозга	В. наличие “светлого” промежутка
	Г. анизокория

4.29 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА/СИМПТОМЫ

1. передней черепной ямки	А. назорея
	Б. оторея
2. средней черепной ямки	В. поздние «очки»
	Г. повреждение лицевого нерва

4.30 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ПОСЛЕДСТВИЯ ЧМТ/СИМПТОМЫ

1. гидроцефалия	А. частые головные боли
	Б. тонико - клонические судороги
2. судорожный синдром	В. пароксизмы déjà vu (уже виденного)
	Г. рвота

10 семестр (Психиатрия)

1 Вопросы в закрытой форме.

1.1 В ТЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

- Начальный, острый, отдаленных последствий
- Начальный, подострый, поздний
- Острый, поздний, отдаленных последствий
- Начальный, острый, поздний, отдаленных последствий

1.2 СКВОЗНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Общемозговые
- Сумеречные
- Астенические
- Делириозные

1.3 ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (СИНДРОМЫ):

- Органического поражения головного мозга
- Общемозговые
- Галлюцинаторно-бредовые
- Выключения сознания

1.4 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПСИХОЗОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- Сумеречное состояние сознания
- Делирий
- Аменция
- Галлюцинаторно-бредовые психозы

1.5 ПРИ ТРАВМЕ ВОЗДУШНОЙ ВЗРЫВНОЙ ВОЛНОЙ НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Травматическая энцефалопатия
- Травматическая эпилепсия
- Травматическая деменция
- Травматический сурдомутизм

1.6 ДЛЯ ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

- Постельного режима
- Антибиотиков
- Транквилизаторов
- Гипотензивных средств

1.7 ЭПИЛЕПСИЯ ОТНОСИТСЯ К:

- Эдогенным заболеваниям
- Эндогенно-органическим заболеваниям
- Экзогенным заболеваниям
- Экзогенно-органическим заболеваниям

1.8 АУРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- Предвестником судорожного припадка
- Начальной стадией припадка
- Осложнением припадка
- Малым эпилептическим припадком

1.9 ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ БОЛЬШОГО СУДОРОЖНОГО ПРИПАДКА СЛЕДУЮЩАЯ:

- Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, фаза генерализации судорог, постприпадочный сон
- Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, постприпадочный сон
- Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, постприпадочный сон
- Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, фаза генерализации судорог, сон

1.10 ДЖЕКСОНОВСКИЙ ПРИПАДОК ОТНОСИТСЯ К:

- Большим судорожным припадкам
- Малым судорожным припадкам
- Очаговым судорожным припадкам
- Бессудорожным пароксизмам

1.11 ДЛЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ХАРАКТЕРНА:

- Вязкость, обстоятельность мышления
- Резонерство и разноплановость суждений
- Разорванность мышления
- Ускорение темпа мышления

1.12 ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- продромальные, судорожные, бессудорожные
- продромальные, генерализованные
- судорожные, бессудорожные
- судорожные, генерализованные

1.13 ГИПЕРТИМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

- Параноидного
- Кататонического
- Маниакального
- Астенического

1.14 НАЗОВИТЕ ДАТУ СОЗДАНИЯ КАФЕДРЫ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ:

- 1835 г.
- 1860 г.
- 1892 г.
- 1855 г.

1.15 КТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАТЕЛЕМ ПЕРВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ?

- Балинский И.М.
- Бехтерев В.М.
- Осипов В.П.
- Чистович А.С.

1.16 УКАЖИТЕ ДАТУ ОТКРЫТИЯ СПЕЦИАЛЬНО ПОСТРОЕННОГО ЗДАНИЯ КЛИНИКИ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ:

- 1860 г.
- 1892 г.
- 1913 г.
- 1917 г.

1.17 КТО ЯВЛЯЛСЯ РУКОВОДИТЕЛЕМ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ?

- Осипов В.П.
- Тимофеев Н.Н.
- Чистович А.С.
- Бехтерев В.М.

1.18 С КАКОГО ВРЕМЕНИ ОСУЩЕСТВЛЯЛОСЬ ЧТЕНИЕ КУРСА ПСИХИАТРИИ В МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ П.Д.ШИПУЛИНСКИМ?

- 1803 г.
- 1835 г.
- 1857 г.
- 1863 г.

1.19 КЕМ БЫЛО СОСТАВЛЕНО ПЕРВОЕ УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ (1859) - ЛЕКЦИИ ПО ДУШЕВНЫМ БОЛЕЗНЯМ?

- Балинским И.М.
- Мержеевским И.П.
- Шипулинским П.Д.
- Осипов В.П.

1.20 ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

- Шизофрении

- Психогениях
- Алкоголизме
- Психопатиях

1.21 КОМУ ИЗ ВЫДАЮЩИХСЯ УЧЕНЫХ УСТАНОВЛЕНЫ МЕМОРИАЛЬНЫЕ ДОСКИ НА ФАСАДЕ ЗДАНИЯ КАФЕДРЫ И КЛИНИКИ ПСИХИАТРИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ?

- Осипову В.П., Бехтереву В.М.
- Кандинскому В.Х., Корсакову С.С.
- Балинскому И.М., Павлову И.П.
- Осипову В.П., Балинскому И.М.

1.22 В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОСНОВНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НАШЕЙ СТРАНЕ СЧИТАЕТСЯ:

- Этиопатогенетическая классификация болезней.
- Классификация DSM-IV.
- Клиническая классификация заболеваний.
- Классификация МКБ-10.

1.23 КЛАССИФИЦИРУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ В ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга.
- Этиологический фактор возникновения психического заболевания.
- Наличие (или отсутствие) этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

1.24 ДЛЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО:

- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

1.25 ДЛЯ ЭКЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО:

- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

1.26 ДЛЯ ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО:

- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

1.27 ДЛЯ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО:

- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
- Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

1.28 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭНДОГЕННЫМ?

- Олигофрении, Наркомании
- Наркомании, Реактивные психозы
- Маниакально-депрессивный психоз, Шизофрения
- Эпилепсия, Алкоголизм

1.29 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭКЗОГЕННЫМ?

- Олигофрении, Маниакально-депрессивный психоз
- Наркомании, Алкоголизм
- Реактивные психозы, Шизофрения
- Эпилепсия, Психопатии

1.30 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ПСИХОГЕННЫМ?

- Олигофрении, Шизофрения
- Наркомании, Эпилепсия
- Маниакально-депрессивный психоз, Алкоголизм
- Реактивные психозы, Невротические состояния

1.31 КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ К ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИМ?

- Алкоголизм
- Наркомании
- Шизофрения
- Эпилепсия

1.32 ПРИНЯТАЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ УРОВНЕВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ РАЗДЕЛЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА:

- 3 группы психического здоровья.
- 4 группы психического здоровья.
- 5 групп психического здоровья.
- 6 групп психического здоровья.

1.33 ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Частью раздела "Общая психиатрия"
- Самостоятельным разделом клинической психиатрии
- Включает в себя раздел "Общая психиатрия"
- Частью медицинской психологии

1.34 ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Разделом физиологии высшей нервной деятельности
- Разделом общей патологии
- Разделом медицинской психологии
- Самостоятельной философской дисциплиной

1.35 СЕНСОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ К:

- Патологии эмоций
- Патологии влечений
- Психосенсорным расстройствам
- Патологии ощущений

1.36 СЕНЕСТОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- Нарушением сознания
- Переживанием искаженного восприятия внешних объектов
- Тягостными, мучительными неприятными ощущениями
- Ровным фоном настроения

1.37 АФФЕКТИВНЫЕ ИЛЛЮЗИИ ОТНОСЯТСЯ К:

- Сенсопатиям
- Патологическим иллюзиям
- Психосенсорным расстройствам
- Функциональным галлюцинациям

1.38 ПРОГНОСТИЧЕСКИ БЛАГОПРИЯТНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

- Зрительные
- Обонятельные
- Псевдогаллюцинации
- Вкусовые

1.39 ИСТИННЫМ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМ СВОЙСТВЕННЫ:

- Проекция галлюцинаторных образов "во внутрь"
- Чувственная яркость, живость
- Наличие критического отношения
- Мнестические расстройства

1.40 КЛАССИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- И.М.Балинскому
- В.Х.Кандинскому
- В.П.Осипову
- С.С.Корсакову

1.41 ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЯМ СВОЙСТВЕННО:

- Проекция галлюцинаторных образов "во вне"
- Чувство "насильственности", "сделанности"

- Чувственная яркость, живость
- Выраженные астенические проявления

1.42 АУТОМЕТАМОРФОПСИИ ОТНОСЯТСЯ К:

- Сенсопатиям
- Деменции
- Психосенсорным расстройствам
- Псевдогаллюцинациям
- Расстройствам памяти

1.43 БЕССВЯЗНОСТЬ И РАЗОРВАННОСТЬ МЫШЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К:

- Бредовым идеям
- Расстоям мышления по темпу ассоциативного процесса
- Обсессиям
- Расстоям мышления по стройности ассоциативного процесса

1.44 ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ И ШПЕРУНГИ ОТНОСЯТСЯ К:

- Сверхценным идеям
- Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
- Навязчивым идеям
- Бредовым идеям

1.45 БРЕДОВЫЕ ИДЕИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ:

- Расстройств невротического уровня
- Расстройств психотического уровня
- Могут наблюдаться на любом из вышеперечисленных уровней
- Могут наблюдаться и у психически здоровых, и у психически больных лиц

1.46 ГИПСОФОБИЯ- ЭТО СТРАХ:

- Острых предметов
- Загрязнения
- Высоты
- Замкнутых пространств

1.47 НАВЯЗЧИВЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ:

- Навязчивых страхов
- Навязчивых влечений
- Идеомоторных obsessions
- Навязчивых действий

1.48 ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ:

- Ложное содержание, убежденность в их правильности
- Длительность протекания, нелепые галлюцинации
- Выраженные аффективные расстройства
- Нарушение памяти

1.49 ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК НАВЯЗЧИВЫХ ИДЕЙ:

- Нарушения сознания
- Непроизвольность возникновения
- Расстройство внимания
- Признаки слабоумия

1.50 РЕЗОНЕРСТВО, РАЗНОПЛАНОВОСТЬ И РАЗОРВАННОСТЬ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- Психопатий
- Маниакально-депрессивного психоза
- Эпилепсии
- Шизофрении

2 Вопросы в открытой форме.

- 2.1 УТРАТА ПАМЯТИ НА ТЕКУЩИЕ СОБЫТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ _____
- 2.2 СТИРАНИЕ ГРАНИ МЕЖДУ РЕАЛЬНЫМИ СОБЫТИЯМИ И СОБЫТИЯМИ УСЛЫШАННЫМИ, УВИДЕННЫМИ ИЛИ ПРОЧИТАННЫМИ НАЗЫВАЮТСЯ _____
- 2.3 ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____
- 2.4 ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ("ВЫПАДЕНИЕ") ВНИМАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ _____
- 2.5 ТОСКА, ТРЕВОГА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППАМ СИМПТОМОВ _____
- 2.6 ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ТУПОСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____
- 2.7 ПИРОМАНИЯ - БОЛЕЗНЕННОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К _____
- 2.8 ПОЛИДИПСИЯ - ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УСИЛЕНИЕ _____
- 2.9 ГЛАВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ КОРСАКОВСКОМ СИНДРОМЕ НАБЛЮДАЮТСЯ В СФЕРЕ _____
- 2.10 ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОПИСАНЫ _____
- 2.11 ОТСУТСТВИЕ СЛОВЕСНОГО КОНТАКТА И РЕФЛЕКСОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____
- 2.12 СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____
- 2.13 ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ _____
- 2.14 ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ _____
- 2.15 МАНИАКАЛЬНЫЙ СТУПОР ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ _____
- АФФЕКТИВНЫХ СИНДРОМОВ
- 2.16 ФОБИИ И КОМПУЛЬСИИ ВХОДЯТ В СТРУКТУРУ _____ СИНДРОМА
- 2.17 СИНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ _____
- 2.18 ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ТУПОСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____
- 2.19 МНЕСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА МАКСИМАЛЬНО ВЫРАЖЕНЫ В СИНДРОМЕ _____
- 2.20 ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗОРИЕНТИРОВКА, СТРАХ, ТРЕВОГА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ _____
- 2.21 ДИССОЦИАЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ПЕРЕЖИВАНИЙ, ВНЕШНЯЯ МАЛОПОДВИЖНОСТЬ, СВЯЗАННЫЙ ХАРАКТЕР ФАНТАСТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ, ДВОЙНАЯ ОРИЕНТИРОВКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____
- 2.22 МАНЕРНО-ДУРАШЛИВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, БЕЗМОТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, МОРИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ СИНДРОМ _____
- 2.23 ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ПРЕДСТАВЛЕНЫ В СИНДРОМЕ _____
- 2.24 В ОСНОВЕ ЭТИОЛОГИИ ПТСР ЛЕЖИТ _____
- 2.25 ПРОЯВЛЕНИЯ ФЛЕШБЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____
- 2.26 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____
- 2.27 КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЕМ _____
- 2.28 ЧИСЛО НОВЫХ СЛУЧАЕВ БОЛЕЗНИ, ПОЯВИВШИХСЯ ЗА ГОД, ЭТО _____
- 2.29 ЧИСЛО ВСЕХ БОЛЬНЫХ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЙ МОМЕНТ ВРЕМЕНИ, ЭТО _____

- 2.30 К АЛЬФА-РИТМУ ОТНОСЯТСЯ ВОЛНЫ ЧАСТОТОЙ _____
- 2.31 ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ЧАСТОТНЫМ ЭЭГ-ДИАПАЗОНОМ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ _____ ВОЛНЫ
- 2.32 ОТНОШЕНИЕ СТРАДАЮЩИХ ПСИХОПАТИЕЙ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ _____ ГОДЕН К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ
- 2.33 ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ
- 2.34 ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПРИ ДЕБИЛЬНОСТИ РАВЕН _____
- 2.35 ТРИФТАЗИН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.36 АМИНАЗИН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.37 ГАЛОПЕРИДОЛ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.38 АМИТРИПТИЛИН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.39 МЕЛИПРАМИН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.40 ЛЕРИВОН ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.41 РЕЛАНИУМ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.42 ФЕНАЗЕПАМ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.43 СИДНОКАРЬ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.44 ПИРАЦЕТАМ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____
- 2.45 ЛИТИЯ КАРБОНАТ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ _____

3 Вопросы на установление последовательности.

3.1 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ

- 1) Наблюдение
- 2) Электрофизиологические
- 3) Сбор анамнеза
- 4) Лабораторные исследования
- 5) Неврологическое
- 6) Экспериментально-психологическое исследование

3.2 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЙ ТЕОРИИ ДЖЕЙМСА-ЛАНГЕ

- 1) Нервно-мышечная реакция организма
- 2) Субъективное переживание стимула в виде эмоции
- 3) Восприятие эмоциогенных стимулов
- 4) Переработка в ЦНС импульсов, поступающих от органов

3.3 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЙ ТЕОРИИ КЕННОНА-БАРДА

- 1) Переработка нервных импульсов, поступающих от рецепторов в ЦНС с передачей возбуждения в кору головного мозга и к другим органам
- 2) Переживание эмоционального состояния
- 3) Восприятие эмоциогенных стимулов

3.4 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ БРЕДА

- 1) Резидуальный бред
- 2) Бредовое настроение
- 3) Кристаллизация бреда
- 4) Бредовое восприятие
- 5) Затухание бреда
- 6) Бредовое толкование

3.5 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ БРЕДА

- 1) Парафренный
- 2) Параноидный
- 3) Паранойяльный
- 4) Галлюцинаторно-параноидный

3.6 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ ПЕРВИЧНОГО БРЕДА

- 1) Стадия стереотипизации
- 2) Стадия инкубации
- 3) Стадия кристаллизации
- 4) Терминальная стадия

3.7 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

- 1) Активный период
- 2) Продромальный период
- 3) Резидуальный период
- 4) Инициальный период

3.8 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ПРИСТУПА РЕККУРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

- 1) Интрметаморфоз
- 2) Онейроидный синдром
- 3) Инициальный
- 4) Иллюзорно-фантастические переживания
- 5) Бредовый эффект

3.9 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ НЕВРАСТЕНИИ

- 1) Раздражительная слабость
- 2) Гипостеническая неврастения
- 3) Гиперстеническая неврастения

3.10 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ

- 1) Осознание интрапсихического конфликта и первичной выгоды
- 2) Конфронтация со вторичной выгодой и выработка новых эмоционально-поведенческих паттернов
- 3) Первичная редукция симптоматики

3.11 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИЙ В ОНТОГЕНЕЗЕ

- 1) Усложнение объектов, вызывающих эмоциональный отклик
- 2) Этап дифференциации качеств эмоций
- 3) Развитие способности регулировать эмоции и их внешнее проявление

3.12 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ВОЛЕВОГО АКТА

- 1) Обсуждение и борьба мотивов
- 2) Исполнение принятого решения
- 3) Актуализация побуждения и осознание цели
- 4) Принятие окончательного решения о действии, постановка цели и разработка плана действия

3.13 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ СОЗНАНИЯ

- 1) Предметное сознание

- 2) Индивидуальное сознание
- 3) Бодрствующее сознание
- 4) Коллективное сознание
- 5) Рефлексивное сознание

3.14 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ СИФИЛИСА МОЗГА

- 1) Стадия менингитов и менингоэнцефалитов
- 2) Сифилитическая неврастения
- 3) Стадия поражения сосудов, образования гумм

3.15 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ ПРИНЯТИЯ ГОРЯ

- 1) Злость
- 2) Депрессия
- 3) Отрицание
- 4) Принятие
- 5) Торг

3.16 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИИ

- 1) Расстройства аппетита
- 2) Склонность к суициду
- 3) Пессимизм
- 4) Расстройства сна
- 5) Чувство вины

3.17 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ

- 1) Сопор
- 2) Кома
- 3) Обнубиляция
- 4) Оглушение

3.18 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

- 1) Реадаптация
- 2) Восстановительная терапия
- 3) Реабилитация

3.19 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ПЕРВИЧНОГО БРЕДА

- 1) этап манифеста и систематизации
- 2) терминальный этап
- 3) инкубационный
- 4) активная «бредовая работа»

3.20 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ФОРМИРОВАНИЯ СОЗНАНИЯ

- 1) предметное сознание
- 2) бодрствующее сознание
- 3) коллективное сознание
- 4) рефлексивное сознание
- 5) индивидуальное сознание

3.21 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ СИНДРОМА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

- 1) аноректический
- 2) кахектический
- 3) первичный инициальный
- 4) редукция

3.22 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

- 1) Стадия выраженных психических расстройств
- 2) Дементная
- 3) Начальная

3.23 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

- 1) долечивание или стабилизация
- 2) длительной амбулаторной или противорецидивной терапии
- 3) купирующая терапия

3.24 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ

- 1) научный период
- 2) эпоха античной медицины
- 3) донаучный период
- 4) эпоха нозологической психиатрии

3.25 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ

- 1) нозологический
- 2) феноменологический
- 3) эмпирический

3.26 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ

- 1) истинных галлюцинаций
- 2) инициальный
- 3) иллюзорных расстройств

3.27 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

- 1) этап профилактической терапии
- 2) купирующая терапия
- 3) стабилизирующая терапия

3.28 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПСИХИАТРИИ

- 1) оценка динамики психических расстройств
- 2) нозологический диагноз
- 3) определение симптомов
- 4) синдромальная оценка психического статуса
- 5) нозологический диагноз

3.29 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ

- 1) Определение тактики лечения

- 2) Изучение анамнеза
- 3) Дифференциация с другими расстройствами
- 4) Изучение психического статуса
- 5) Определение психического расстройства
- 6) Изучение дополнительных методов обследования
- 7) Выделение ведущего синдрома
- 8) Выделение симптомов

3.30 УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ РАЗВИТИЯ ОНЕЙРОИДА

- 1) этап бредового аффекта
- 2) инициальный этап
- 3) этап аментивноподобного помрачения сознания
- 4) этап иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации

4. Вопросы на установление соответствия.

4.1 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СИНДРОМЫ/СИМПТОМЫ

1. маниакальный	А. снижение настроения
	Б. повышение настроения
2. депрессивный	В. идеи самоуничтожения
	Г. бред величия

4.2 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ГРУППА ЗАБОЛЕВАНИЙ/ЗАБОЛЕВАНИЕ

1. эндогенные психические заболевания	А. шизофрения
	Б. эпилепсия
2. эндогенно-органические психические заболевания	В. болезнь Паркинсона
	Г. сенильная деменция

4.3 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ГРУППА ЗАБОЛЕВАНИЙ/ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. экзогенные	А. шизофрения
	Б. эпилепсия
2. эндогенные	В. депрессия
	Г. истерия

4.4 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПСИХИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ И ФОРМАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИКИ

1. Психические процессы	А) психические явления, характеризующие состояние психики в целом
2. Психические свойства	Б) сложные системные образования, качественно отличные от других психических явлений
3. Психические состояния	В) психические явления как наиболее существенные особенности личности, обеспечивающие определенный количественный и качественный уровень деятельности и поведения
	Г) психические явления как первичные регуляторы поведения человека, имеющие определенное начало, течение и конец

4.5 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФОРМАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИКИ И ИХ СОДЕРЖАНИЕМ

1. Психические процессы	А) направленность, способности
2. Психические свойства	Б) произвольная память, логическое мышление
3. Психические состояния	В) бодрствование, утомление
	Г) ощущение, эмоции

4.6 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПСИХИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ И ИХ КОНКРЕТНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

1. Познавательные психические процессы	А) мышление Б) стресс
2. Психические состояния	В) апатия
3. Психические свойства	Г) наблюдательность
4. Волевые психические процессы	Д) постановка цели

4.7 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФАКТАМИ ПОВЕДЕНИЯ И ИХ КОНКРЕТНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

1. Отдельные движения и жесты	А) кивок
2. Внешние проявления физиологических процессов	Б) приветствие учителя
3. Действия, которые имеют определенный смысл	В) закрывание двери при выходе из квартиры
4. Поступки, которые имеют социальное значение и связаны с нормами поведения	Г) дрожь
	Д) интерес

4.8 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ОТРАСЛЯМИ ПСИХОЛОГИИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

1. Возрастная психология. 2. Педагогическая психология. 3. Дифференциальная психология.	А. отрасль психологии, изучающая психику животных.
	Б. отрасль психологии, которая выявляет и описывает индивидуальные различия людей, их предпосылки и процесс формирования.
	В. отрасль психологии, объединяющая информацию, связанную с вопросами обучения и воспитания.
	Г. отрасль психологии, выявляющая различия людей по возрастам.

4.9 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФОРМАМИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИКИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

1. Психические процессы.	А. Наиболее существенные и устойчивые психические особенности человека: направленность; темперамент; характер; способности.
2. Психические свойства личности.	Б. Особая характеристика психической деятельности человека за некоторый период времени: интерес; творческий подъем; убежденность; сомнения; апатия; угнетенность.
3. Психические состояния.	В. Отдельные формы или виды психической деятельности: ощущения; восприятие; память; мышление; воображение; речь; внимание, чувства; воля.

4.10 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ И ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НИХ СВОЙСТВАМИ

1. Внимание
2. Ощущение
3. Восприятие

- А) интенсивность
- Б) устойчивость
- В) константность

4.11 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ЕГО ОПИСАНИЕМ

- 1) шизофренический
- 2) психопатический
- 3) олигофренический

А) характеризуется неспособностью к обучению, формированию понятий, дефицитом общих сведений и знаний

Б) характеризуется нарушением целенаправленности мышления

В) характеризуется нарушением прогнозирования и опоры на прошлый опыт

4.12 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

- 1) боковой амиотрофический склероз
- 2) рассеянный склероз

А) начало в молодом возрасте

Б) поражение множественных анализаторных систем

В) тазовые нарушения не характерны

Г) тазовые нарушения характерны

Д) после 50 лет

4.13 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ/СИМПТОМЫ

- 1) боковой амиотрофический склероз
- 2) рассеянный склероз

А) ремитирующее течение

Б) изолированное поражение мотонейронов

В) поражение глазодвигательных нервов

Г) фасцикуляции

Д) мозжечковые нарушения

4.14 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ: /
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- 1) рассеянный склероз
- 2) болезнь Вильсона

- А) перивентрикулярные очаги демиелинизации на МРТ
- Б) пониженный уровень церулоплазмينا
- В) кольца Кайзера-Флейшера
- Г) частичная атрофия дисков зрительных нервов

4.15 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ТЕРАПИЯ РАССЕЯННОГО
СКЛЕРОЗА / ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- 1) патогенетическая
- 2) симптоматическая

- А) уросептики
- Б) метилпреднизолон
- В) баклофен, мидокалм
- Г) копаксон
- Д) β-интерферон

4.16 УСТАНОВИТЕ НЕСТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: ЗАБОЛЕВАНИЕ / ТИПИЧНЫЕ
СИМПТОМЫ

- 1) рассеянный склероз
- 2) гепато-церебральная дистрофия

- А) синдром паркинсонизма
- Б) нарушения зрения
- В) нарушение координации
- Г) очаги демиелинизации в белом веществе головного мозга на МРТ
- Д) очаги «свечения» в области подкорковых ядер на МРТ

4.17 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СИНДРОМ/СИМПТОМЫ

- 1) маниакальный
- 2) депрессивный
- 3) гебефренический

- А) эйфория, возбуждение, дурашливость
- Б) повышение настроения, речевое и двигательное возбуждение, переоценка собственной личности или бред величия
- В) снижение настроения, речевая и двигательная заторможенность, идеи самоуничтожения

4.18 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СИМПТОМ/ ХАРАКТЕРИСТИКА

- 1) апрозексия
- 2) гипопрозексия
- 3) истощаемость
- 4) слабая распределяемость

- А) полное отсутствие («выпадение») внимания

Б) сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»)

В) неспособность к сосредоточению внимания

Г) неспособность к длительному сосредоточению внимания

4.19 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СИНДРОМ/ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1) абулия

2) гипобулия

3) гипербулия

4) парабулия

А) («отсутствие волевых побуждений») встречается при шизофреническом дефекте; органическом поражении лобных долей головного мозга

Б) (болезненное повышение волевых побуждений) характерна для наркомании, паранойяльного, маниакального синдромов

В) (снижение волевых побуждений) отмечается при депрессивных, астенических состояниях

Г) (качественное извращение волевых побуждений) выявляется при шизофрении, психопатиях

4.20 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: МЕТОД ДИАГНОСТИКИ/НАПРАВЛЕННОСТЬ МЕТОДА

1) клинический психиатрический

2) психофизиологический

3) экспериментально-психологический

А) включает в себя психометрические, проективные, нейропсихологические методы

Б) изучение показателей умственной и физической работоспособности

В) включает в себя осмотр, беседу (изучение субъективного анамнеза и психического статуса), динамическое наблюдение и сбор объективных анамнестических сведений

4.21 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: РАЗДЕЛ ПСИХИАТРИИ/ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ

1) общая психиатрия

2) частная психиатрия

3) психофармакология

4) психотерапия

А) основные закономерности этиопатогенеза, клиники, динамики, диагностики, терапии и профилактики психических расстройств

Б) разработка психотропных лекарственных средств

В) использование психологических факторов в лечебном процессе

Г) отдельные психические заболевания (нозологические формы)

4.22 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: СИНДРОМ/ОПИСАНИЕ

1) синдром Котара

2) амнестический (корсаковский) синдром

3) синдром Фреголи

А) характерны бредовые идеи преследования, сочетающиеся с постоянным ложным узнаванием преследователя во многих окружающих больного лицах.

- Б) разработка психотропных лекарственных средств
- В) характерен нигилистический бред громадного масштаба в сочетании с ипохондрическими бредовыми идеями и идеями собственной греховности
- Г) характерно сочетание фиксационной амнезии с парамнезиями, нарушением концентрации внимания.

4.23 УСТАНОВИТЕ СТРОГОЕ СООТВЕТСТВИЕ: РАССТРОЙСТВО/ПРИЗНАКИ

- 1) невроты
 - 2) психозы
-
- А) исчезновение критики
 - Б) сохранение критичности, нередко утрированной.
 - В) характеризуется адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но не соответствием по силе, длительности
 - Г) характерна грубая дезорганизацией психики.

11 семестр (Рефлексодиагностика и терапия)

1 Вопросы в закрытой форме.

1.1 БОЛЬНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С РЕЗКО ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ:

- импульсные токи
- сантиметроволновую терапию
- ультразвук
- магнитотерапию
- электрическое поле УВЧ

1.2 ОСОБЕННОСТЬЮ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУР ТЕМПЕРАТУРОЙ:

- 33 - 35°C
- 36 - 37°C
- 38 - 39°C
- 39 - 40°C
- 41 - 42°C

1.3 ВЫРАЖЕННОЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ОКАЗЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ:

- импульсные токи
- электрофорез анальгина;
- ультразвук;
- магнитотерапия.

1.4 БОЛЬНЫЕ ОСТЕОХОНДРОЗОМ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА КУРОРТЫ, ИМЕЮЩИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ БАЛЬНЕОПРОЦЕДУРЫ, КРОМЕ:

- радоновых вод;
- сероводородных вод;
- хлоридно-натриевых вод;
- йодобромных вод;
- азотных кремнистых термальных вод

1.5 ПОСЛЕ ПРЕХОДЯЩЕГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ МОГУТ БЫТЬ НАПРАВЛЕННЫ НА КУРОРТЫ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ, ЧЕРЕЗ:

- 1-2 месяца
- 3-4 месяца
- 5-6 месяцев
- 7-8 месяцев
- 9-12 месяцев

1.6 БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЮ ПАРАЛИЗОВАННЫХ МЫШЦ НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ:

- 1-2 недели
- 3-4 недели
- 5-6 недель
- 7-8 месяцев
- 9-12 месяцев

1.7 В МЕСТНЫЕ САНАТОРИИ БОЛЬНЫЕ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА МОГУТ БЫТЬ НАПРАВЛЕННЫ НЕ РАНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ:

- 1-2 месяца
- 3-4 месяца
- 5-6 месяцев
- 10-12 месяцев
- 15 месяцев

1.8 ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЮ МЫШЦ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ:

- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 4 месяца
- 6 месяцев

1.9 ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОНТРАКТУРЫ, ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОСТОЯННЫМ ТОКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- полумаска Бергонье
- гальванический воротник по Щербаку
- общая гальванизация
- эндоназальная гальванизация
- гальванизация шейного отдела позвоночника

1.10 ПРИ НЕВРИТЕ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ПАРЕЗОМ СТОПЫ, НАИБОЛЬШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- электросон
- электростимуляция
- радоновые ванны
- дециметровые волны
- переменное магнитное поле

1.11 ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ НАЗНАЧАЮТ:

- с первого дня
- через 5-6 дней
- через 1 месяца
- через 2 месяца
- через 3 месяца

1.12 ПРИ НЕВРИТЕ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:

- дарсонвализации
- общего ультрафиолетового облучения
- магнитотерапии
- электрофореза никотиновой кислоты

1.13 ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- гальванизации
- электрофореза дибазола
- дециметровыми волнами терапии
- соллюкса

1.14 ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РЕГЕНЕРАЦИИ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- гальванизации
- ультразвука
- инфракрасного излучения
- углекислых ванн

1.15 ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЕМ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ, ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- соллюкса
- дарсонвализации
- ультрафиолетового облучения
- электростимуляции

1.16 ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЕМ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ, ПОКАЗАН ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ

- цинка
- антибиотиков
- прозерина
- кальция

1.17 ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЕМ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ, ДЛЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЯЗВУ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- УВЧ-терапии
- франклинизации
- магнитотерапии
- диадинамических токов

1.18 ПРИ ТРАВМАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ РАННЕЙ КАУЗАЛГИИ, ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- электрофореза анальгетиков
- УВЧ-терапии
- ультразвуковой терапии
- электросна

1.19 ПРИ ТРАВМАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ ПОЗДНЕЙ КАУЗАЛГИИ, ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ

- индуктотермии
- УФО на воротниковую зону
- ультразвука на сегментарные зоны
- лечебной грязи низких температур (ледяная)

1.20 ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ И ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ (БЕЗ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ) С ЦЕЛЬЮ РАССАСЫВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ

- ультразвука
- электросна
- электрофореза лидазы
- дарсонвализации

1.21 ПРИ ГИПОСТЕНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ НЕВРАСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭЛЕКТРОФЕРЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- бром
- кофеин
- йод
- лидаза
- ничего из перечисленного

1.22 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАЗНАЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ, КРОМЕ:

- электрофореза лекарственных веществ;
- диадинамических токов
- электросна;
- УФО
- общей франклинизации;

1.23 БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ГИПЕРТОНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОФЕРЕЗА СЛЕДУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ:

- адреналина;
- магния и эуфиллина;
- новокаина;
- никотиновой кислоты;
- кальция.

1.24 БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОКАЗАНА БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ В ВИДЕ СЛЕДУЮЩИХ ВАНН, КРОМЕ:

- сероводородных;
- углекислых;
- кислородных;
- скипидарных;
- жемчужных

1.25 У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АРАХНОИДИТОМ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ И АНГИОСПАЗМЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ:

- новокаина по эндоназальной методике;
- йода по методике общего воздействия;
- магния по воротниковой методике;
- лидаза на шейный отдел позвоночника.
- правильно а и в

1.26 С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТЭНЦЕФАЛИЧЕСКИМ ПАРКИНСОНИЗМОМ НАЗНАЧАЮТСЯ:

- ультразвук;
- синусоидальные модулированные токи;
- электросон;
- дециметровые волны;
- правильно б и г

1.27 БОЛЬНЫМ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГРИППОЗНОГО ЭНЦЕФАЛИТА НА КУОРТАХ НАЗНАЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- сероводородных ванн;
- радоновых ванн;
- хлоридно-натриевых ванн;
- общих солнечных ванн;
- грязевых аппликаций.

1.28 К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электросна;
- индуктотермии;
- ультразвука;
- ультрафиолетового облучения позвоночника;
- электрического поля УВЧ

1.29 У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СПАСТИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ СЛЕДУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ:

- кальций;
- дибазол;
- прозерин;
- лидаза;
- правильно а, б и в

1.30 С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- дециметровых волн;
- электрофореза дибазола;

- синусоидальных модулированных токов
- ультрафиолетового облучения;
- дарсонвализации.

1.31 ПОСЛЕ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ БОЛЬНЫМ ПАРКИНСОНИЗМОМ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ НАЗНАЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

- синусоидальные модулированные токи;
- электрофорез L-Допа;
- переменное магнитное поле;
- ультразвук;
- правильно а, б и в

1.32 С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ПРИ МИЕЛИТЕ ПРИМЕНЯЮТ:

- общее УФ-облучение;
- электрофорез никотиновой кислоты;
- электрическое поле УВЧ;
- диадинамические токи.
- правильно а и в

1.33 ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ ПУЗЫРЕ ВСЛЕДСТВИЕ МИЕЛИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ:

- электрофореза сульфата магния или атропина;
- синусоидальные модулированные токи;
- переменное магнитное поле;
- ультразвук.
- правильно а и б

1.34 ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ СПИННОГО МОЗГА ЧЕРЕЗ 1-1.5 МЕСЯЦА НАЗНАЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электростимуляции;
- ультрафиолетового облучения;
- грязелечения;
- электрофореза лекарственных веществ;
- индуктотермии.

1.35 ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРОВОДНИКОВОГО ТИПА (ГИПЕРТОНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ:

- ультразвук;
- электрофорез атропина;
- индуктотермия;
- электростимуляция;
- правильно б и г

1.36 ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПО СЕГМЕНТАРНОМУ ТИПУ (ГИПОТОНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ) ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ:

- электростимуляция;
- переменное магнитное поле;
- электрофорез прозерина;

- ультразвук;
- правильно а и в

1.37 ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ (МИЕЛОПАТИЯ) ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- индуктотермии;
- синусоидальных модулированных токов;
- электрофореза эуфиллина или кавинтона;
- ультрафиолетового облучения;
- ДДТ

1.38 ПРИ СИРИНГОМИЕЛИИ НАЗНАЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ, КРОМЕ:

- электрического поля УВЧ на очаги поражения;
- электрофореза йода;
- ультратонотерапии;
- ультразвука;
- радоновых ванн.

1.39 ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электрического поля УВЧ;
- франклинизации;
- синусоидальных модулированных токов или ДДТ;
- ультразвука;
- электрофореза новокаина.

1.40 ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОНТРАКТУРЫ НАЗНАЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электрофореза сульфата магния;
- СМТ на шейные симпатические ганглии
- переменного магнитного поля;
- гальванизации (маска Бергонье)
- общего ультрафиолетового облучения.

1.41 ПРИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВАНЕОБХОДИМО ТЩАТЕЛЬНО КОНТРОЛИРОВАТЬ:

- артериальное давление
- изменения в характере болей
- пульс
- температуру тела
- правильный ответ отсутствует

1.42 ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРОВОДЯТ:

- электродиагностику
- электросон
- электромиографию
- электроодонтометрию
- рентгенологическое обследование

1.43 ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ НЕВРИТЕ ЛОКТЕВОГО НЕРВА С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ:

- электрического поля УВЧ;
- электрофореза прозерина;
- ультрафиолетового облучения
- франклинизации;
- ультразвука

1.44 ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТА ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА (БОЛЕЗНЬ РОТТА-БЕРНГАРДА) ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ:

- синусоидальные модулированные токи;
- дарсонвализацию;
- ультразвук;
- электрофорез эуфиллина;
- электростимуляции

1.45 ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ:

- гальванизации;
- электрофореза дибазола;
- дециметровых волн;
- ультразвука;
- соллюкса

1.46 ПРИ СИМПАТОАНГЛИОНИТАХ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электрофореза новокаина, бензогексония;
- синусоидальных модулированных токов
- переменного магнитного поля;
- электростимуляции;
- ДДТ.

1.47 ПРИ ПОЛИНЕВРИТАХ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРУШЕННОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- электрического поля УВЧ;
- электростимуляции;
- электросна;
- электрофореза прозерина;
- правильно б и г

1.48 ИЗ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИГРЕНИ (ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ ФОРМА) ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ ВСЕХ, КРОМЕ:

- электрофореза седуксена, папаверина, аминазина;
- синусоидальных модулированных токов;
- дарсонвализации;
- ультразвука;
- электрофореза новокаина, магния, кальция на область шейных симпатических узлов

1.49 ПРИ ЛЮМБОИШИАЛГИИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электрического поля УВЧ;
- парафина, озокерита;
- грязелечения;
- ультразвука;
- электрофореза эуфиллина.

1.50 ПРИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОМ ПЕРИАРТРОЗЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НАЗНАЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электрофореза новокаина;
- фонофореза гидрокортизона;
- синусоидальных модулированных токов;
- бальнеотерапии;
- переменного магнитного поля.

1.51 ПРИ НЕВРАСТЕНИИ (ГИПЕРСТЕНИЧЕСКАЯ ФОРМА) ДЛЯ СЕДАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИМЕНЯЮТ:

- лекарственный электрофорез седуксена, бромида натрия;
- душ Шарко;
- электросон;
- синусоидальные модулированные токи;
- правильно а и в

1.52 С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ОСЛАБЛЕННЫХ МЫШЦ, УЛУЧШЕНИЯ ТРОФИКИ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ НАЗНАЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:

- электростимуляция;
- электрофорез прозерина;
- синусоидальные модулированные токи;
- лазеротерапии
- грязелечения.

1.53 ЛЕЧЕНИЕ СИНУСОИДАЛЬНЫМИ МОДУЛИРОВАННЫМИ ТОКАМИ ПОКАЗАНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- острый тромбоз;
- острый пояснично-крестцовый радикулит;
- нарушение сердечного ритма в виде брадикардии;
- разрыв связок в остром периоде

1.54 НАЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- неврита лицевого нерва с начальными признаками контрактуры, сроком заболевания 1,5 месяца;
- деформирующий артроз;
- травматического неврита правого локтевого нерва, сроком после травмы 15 дней;
- шейного остеохондроза, плече-лопаточного париаартроза;
- атеросклероз периферических сосудов
- всё перечисленное

1.55 ТОК ДАРСОНВАЛЯ СПОСОБЕН

- снижать чувствительность нервных рецепторов кожи
- вызывать раздражение рецепторов в мышце, вызывая ее сокращение
- угнетать процессы обмена
- снижать регенерацию
- вызывать кожную гипотермию

1.56 ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ (ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЙ):

- Амбулаторные, стационарное, санаторно-курортное
- Стационарное, санаторно-курортное, амбулаторное, диспансерное
- Диспансерное, санаторно-курортное
- Стационарное, амбулаторное, санаторно-курортное, диспансерное
- Стационарное, санаторно-курортное

1.57 В ПЕРИОД КУРСА ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СОЧЕТАЕМА С:

- Электропроцедурами
- УВЧ терапией
- Ультразвуковой терапией
- Грязелечением и бальнеотерапией
- Диадинамическим током

1.58 ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ:

- Акупрессура, точечный массаж,
- Лазеропунктура
- Вакууммассаж
- Металлотерапия (цуботерапия)
- Акупунктура

1.59 ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ТОЧКИ:

- IG3, V62, V60, IG8;
- GI10, E36, GI12, GI 15;
- P7, R6, R4, P5;
- TR5, VB41, TR4, IG4;
- MC8, MC6, RP4, R10

1.60 ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- Нарушение сгибания I, II, III пальцев кисти, «обезьянья» кисть
- Вегетативно-трофический синдром
- Каузалгический синдром
- Отсутствие пронации и ослабление ладонного сгибания кисти
- «Свисающая» кисть

1.61 НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ТОЧКАМИ ПРИ НЕВРОПАТИИ (НЕВРИТЕ) ЛОКТЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ:

- P7, P6, P2, P5;
- MC6, RP6, RP20, MC8;
- GI4, E36, GI10, GI15;
- IG3, IG4, VC 14, V11;

- TR 5, TR 8, VB 34, VB 21;

1.62 В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ КОЖИ ЛОКТЕВЫМ НЕРВОМ РАСПОЛОЖЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАЖНЕЙШИЕ ТОЧКИ:

- GI4, GI10; GI11
- C 7, C 5, C 4;
- MC 7, MC 6, MC 4;
- IG 3,IG 4,IG 7;
- GI15,IG 12,IG 15

1.63 НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- Синдром позвоночной артерии;
- Синдром передней лестничной мышцы;
- Задний шейный симпатический синдром;
- Синдром запястного канала;
- Плечелопаточный периартрит

1.64 НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ТОЧКАМИ АУРИКУЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПЛЕЧО-КИСТЬ ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКИ:

- Шейного отдела позвоночника, локтевого сустава
- Шеи, ключицы, лопатки, лучезапястного сустава
- Ключицы, лопатки, плеча, большого пальца кисти
- Завитка (5-я,4-я,3-я), поясницы, шэнь-мэнь, вершины уха
- Почки, надпочечника, глаза

1.65 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ КАК:

- Симптоматическая терапия
- Патогенетическая терапия
- Седативная терапия
- Общеукрепляющая терапия
- Интенсивная терапия

2 Вопросы в открытой форме.

2.1 ПРОСТЕЙШИЙ ОТВЕТ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ВНЕШНЕЕ РАЗДРАЖЕНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.2 ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ СУХОЖИЛЬНОГО ИЛИ ПЕРИОСТАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА _____.

2.3 НОРМАЛЬНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ ДЕЛЯТСЯ НА _____ И _____.

2.4 СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ОТВЕТ НА ШТРИХОВОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ _____ РЕФЛЕКС.

2.5 СГИБАНИЕ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ В ОТВЕТ НА ШТРИХОВОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ ПОДОШВЫ НАЗЫВАЕТСЯ _____ РЕФЛЕКС.

2.6 ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.7 СИНОНИМ ТЕРМИНА ПАРАЛИЧ – ЭТО _____.

2.8 КАКОЕ СВОЙСТВО НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ОРГАНИЗМА К ВЫРАБОТКЕ УСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСОВ? _____.

2.9 ЧАСТИЧНАЯ УТРАТА ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ ИЗ-ЗА СЛАБОСТИ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.10 ОСНОВНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА-ЭТО СИМПТОМ _____.

2.11 ОТСУТСТВИЕ ДВИЖЕНИЙ В ОДНОЙ ПОЛОВИНЕ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.12 ОТСУТСТВИЕ ДВИЖЕНИЙ В ДВУХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.13 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРАЛИЧЕ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩЕЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ _____.

2.14 ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА _____.

2.15 ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА _____ ИЛИ _____.

2.16 ПОВЫШЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПО СПАСТИЧЕСКОМУ ТИПУ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ НАЗЫВАЕТСЯ ФЕНОМЕН _____.

2.17 ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ОБЩЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.18 СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ К ЭКСТЕРОЦЕПТИВНЫМ: БОЛЕВАЯ, _____ И _____.

2.19 СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ К ПРОПРИОЦЕПТИВНЫМ И ПРОВЕРЯЮТСЯ ПРИ ОБЫЧНОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: _____ И _____.

2.20 ВИБРАЦИОННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ _____.

2.21 СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ОДНОЙ ПОЛОВИНЕ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.22 ОЩУЩЕНИЕ В ВИДЕ «ПОЛЗАНИЯ МУРАШЕК» ИЛИ «ОНЕМЕНИЯ» БЕЗ НАНЕСЕНИЯ ВНЕШНЕГО РАЗДРАЖЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.23 ПРИСТУП ПАРЦИАЛЬНОЙ (ФОКАЛЬНОЙ) ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАЗДРАЖЕНИЯ _____ ИЗВИЛИНЫ.

2.24 СПИНАЛЬНЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА СПИННОГО МОЗГА НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.25 НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ И КООРДИНАЦИИ ИЗ-ЗА РАССТРОЙСТВА СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО ЧУВСТВА НАЗЫВАЕТСЯ _____.

2.26 ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, ЗАКЛЮЧАЮЩИЙСЯ В СГИБАНИИ КОНЦЕВОЙ ФАЛАНГИ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИ УДАРЕ ПО ДИСТАЛЬНЫМ ФАЛАНГАМ НАЗЫВАЕТСЯ РЕФЛЕКС _____.

2.27 НАПРЯЖЕНИЕ ЗАДНЕЙ ГРУППЫ МЫШЦ НОГИ, НЕ ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ РАЗОГНУТЬ НОГУ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПРИ МЕНИНГИТЕ, НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ _____.

2.28 СГИБАНИЕ НОГ В КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ В ОТВЕТ НА СГИБАНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ МЕНИНГИТЕ, НАЗЫВАЕТСЯ ВЕРХНИМ СИМПТОМОМ _____.

2.29 ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ПО ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА ПРИ ПОДНЯТИИ ПРЯМОЙ НОГИ ВВЕРХ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ _____.

2.30 ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ПО ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА ПРИ ПОДНЯТИИ ПРЯМОЙ НОГИ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ _____.

2.31 ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ В КАКОМ-ЛИБО ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СГИБАНИИ ГОЛОВЫ ВПЕРЕД НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ _____.

2.32 ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ В КАКОМ-ЛИБО ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ КАШЛЕ НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМОМ _____.

2.33 ШКАЛА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ КОМЫ В БАЛЛАХ НАЗЫВАЕТСЯ ШКАЛА КОМЫ _____.

2.34 СИНДРОМ ПОЛОВИННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМОМ _____.

2.35 ПРОВОДЯЩИЕ ПУТИ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЮТСЯ ПУТИ _____ И _____.

2.36 ДЛЯ СИМПАТОГАНГЛИОНИТОВ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЕ _____.

2.37 ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С РЕФЛЕКТОРНЫМ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ ТОЧКИ ВЫШЕ ОЧАГА БОЛИ – ПОРАЖЕННОГО _____ ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА (ПДС).

2.38 ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОИГЛОТЕРАПИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ ДВИЖЕНИЙ _____ ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

3 Вопросы на установление последовательности.

3.1 УКАЖИТЕ ПО ПОРЯДКУ ЭТАПЫ СТАТИКО-МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

- 1) Увеличивается объем движений в плечевых суставах.
- 2) Преобладает флексорная гипертония мышц – руки приведены к туловищу, пальцы сжаты в кулачок, ноги согнуты во всех суставах и немного отведены.
- 3) Голову удерживает лежа на животе более длительное время.
- 4) Может активно схватывать предметы, примитивно манипулировать с ними, но не может пока играть с двумя предметами.
- 5) Усиление общей двигательной активности: часто поворачивается со спины на бок, сидит с поддержкой, тянется к игрушкам, двигает пальцами рук, тянет игрушки в рот, в положении на животе может уже приподнимать верхнюю часть туловища.

4. Вопросы на установление соответствия.

4.1 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ВИДОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ

- 1) По месту воздействия
- 2) По методу воздействия

- А) ультразвуковая
- Б) микроиглорефлексотерапия
- В) поверхностная
- Г) ладонная
- Д) краниальная

4.2 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСВИЕ МЕЖДУ ВИДОМ ИГЛЫ И ЕЁ ОПИСАНИЕМ

- 1) Тонкая игла

- 2) Круглая игла
- 3) Длинная игла

А) Применялась для глубокого пунктирования при лечении ревматизма и ишиаса. На основе этой иглы позднее были разработаны удлиненные иглы — ман чжэнь.

Б) Наиболее широко используемая форма иглы в древние времена и в настоящее время. Имеет тонкий длинный стержень, толщиной 0,2-0,5 мм, острый пулеобразный кончик и различную длину (от 1,5 до 12см). Иглы длиной 0,5 цуня (1,5 см) обычно используются у детей, при пунктировании в области лица; длиной 1,5-2 цуня (4,5-6 см) — главным образом для точек тела и конечностей; длиной 3,5-4 цуня (10-12 см).

В) Использовалась для акупрессуры при лечении ревматических заболеваний, болевых синдромов и других состояний.

4.3 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТЕОРИЕЙ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ЕЁ ОПИСАНИЕМ

- 1) Теория тканевой терапии
- 2) Электрическая теория
- 3) Теория химико-гуморально-невральная

А) Ведущее значение придается действию простагландинов, выделяющихся в месте укола иглой.

Б) Лечебный эффект наступает в результате действия микробиотоков, возникающих при введении иглы.

В) Основными факторами лечебного действия являются продукты, образующиеся при травмировании тканей иглой.

4.4 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ЕЁ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ

- 1) Электropунктура
- 2) Магнитопунктура
- 3) Лазеропунктура

А) Воздействие на точки акупунктуры переменным или постоянным магнитным полем.

Б) Воздействие на акупунктурную точку лучом лазера через неповрежденную кожу.

В) Метод электротерапии, при котором воздействуют /без применения игл/ на биологически активные точки /БАТ/ поверхности тела человека импульсными токами низкой частоты.

4.5 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАЗВАНИЕМ СИГНАЛЬНОЙ ТОЧКИ И ОРГАНОМ

- 1) Лёгкие
- 2) Толстая кишка
- 3) Желудок

А) VC12 чжун-вань

Б) E25 тянь-шу

В) P1 чжун-фу

4.6 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАЗВАНИЕМ СИГНАЛЬНОЙ ТОЧКИ И ОРГАНОМ

- 1) Сердце

- 2) Тонкая кишка
- 3) Мочевой пузырь

- А) VC4 гуань-юань
- Б) VC3 чжун-цзи
- В) VC14 цзюй-цзе

4.7 УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАЗВАНИЕМ СИГНАЛЬНОЙ ТОЧКИ И ОРГАНОМ

- 1) Печень
- 2) Желчный пузырь
- 3) Почки

- А) VB24 жи-юе
- Б) P14 цзи-мэнь
- В) VB25 цзин-мэнь

Шкала оценивания результатов тестирования: в соответствии с действующей в университете балльно-рейтинговой системой оценивание результатов промежуточной аттестации обучающихся осуществляется в рамках 100-балльной шкалы, при этом максимальный балл по промежуточной аттестации обучающихся по очной форме обучения составляет 36 баллов, по очно-заочной и заочной формам обучения - 60 баллов (установлено положением П 02.016).

Максимальный балл за тестирование представляет собой разность двух чисел: максимального балла по промежуточной аттестации для данной формы обучения (36 или 60) и максимального балла за решение компетентностно-ориентированной задачи (6).

Балл, полученный обучающимся за тестирование, суммируется с баллом, выставленным ему за решение компетентностно-ориентированной задачи.

Общий балл по промежуточной аттестации суммируется с баллами, полученными обучающимся по результатам текущего контроля успеваемости в течение семестра; сумма баллов переводится в оценку по 5-балльной шкале следующим образом:

Соответствие 100-балльной и 5-балльной шкал

Сумма баллов по 100-балльной шкале	Оценка по 5-балльной шкале
100-85	отлично
84-70	хорошо
69-50	удовлетворительно
49 и менее	неудовлетворительно

Критерии оценивания результатов тестирования:

Каждый вопрос (задание) в тестовой форме оценивается по дихотомической шкале: выполнено - **2 балла**, не выполнено - **0 баллов**.

2.2 КОМПЕТЕНТНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАЧИ

9 семестр (Неврология)

Компетентностно-ориентированная задача № 1

У больного отмечаются боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них, утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах в виде «носков», выпадение на руках лучезапястных, на ногах ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость и падение в различные стороны.

Вопросы по задаче:

1. Определить, что поражено.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Как называется описанный тип расстройства чувствительности?
4. Каков вариант атаксии у больного?
5. Дайте классификацию заболеваний, проявляющихся подобным синдромом.

Компетентностно-ориентированная задача № 2

Боль в левой половине тела (особенно в руке), левосторонняя гемигипестезия с гиперпатией, дизестезией, в пальцах левых конечностей нарушено мышечно-суставное чувство. Пальцы левой кисти совершают слабые червеобразные движения. Выявляется левосторонняя гомонимная гемианопсия. Иногда отмечается насильственный плач.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию патологического процесса.
2. Дайте характеристику описанным симптомам.
3. Объясните происхождения симптомов.
4. Перечислите заболевания, при которых наблюдаются подобные нарушения.
5. Назначьте обследование и лечение.

Компетентностно-ориентированная задача № 3

Слабость мышц обеих стоп при отсутствии их атрофии. Коленные рефлексы нормальные, ахилловы – повышены, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского. Задержка мочи и кала, брюшные рефлексы и чувствительность сохранены.

Вопросы по задаче:

1. Какие образования поражены?
2. Для какого заболевания характерен этот вариант поражения?
3. Каков этиопатогенез этого заболевания?
4. Охарактеризуйте методы диагностики.

Компетентностно-ориентированная задача № 4

Больной жалуется на жестокие стреляющие боли в ногах и в области промежности, резко усиливающиеся при кашле и чихании. Активные движения ног у него отсутствуют. Выявлены атония и атрофия мышц ног. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности на нижних конечностях и в области промежности. Кремастерные, коленные, ахилловы, подошвенные и анальный рефлексы не вызываются, патологических рефлексов нет. Наблюдается истинное недержание мочи и кала.

Вопросы по задаче:

1. Определите, что поражено.
2. Охарактеризуйте типы нарушения функций тазовых органов.
3. Назовите возможные этиологические факторы при данном уровне поражения?
4. Назначьте обследование пациента.
5. Определите тактику лечения.

Компетентностно-ориентированная задача № 5

Больной жалуется на слабость кисти и пальцев, похудание кисти и нижней части предплечья, онемение, отек и боль в кисти, ползание «мурашек» и покалывание по внутреннему краю руки. При осмотре - цианоз, легкая отечность кисти, отсутствие движений в ней, атония,

парез и атрофия мышц тенара и гипотенара, межкостных и червеобразных мышц, гипестезия в виде широкой полосы по внутренней стороне предплечья и плеча до подмышечной впадины, отсутствие трицепсального и карпорадиального рефлексов.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию процесса?
2. Перечислите типы нарушения чувствительности.
3. Укажите возможные этиологические факторы данного синдрома.
4. Назначьте необходимое обследование.

Компетентностно-ориентированная задача № 6

Больной жалуется на боль, онемение и покалывание в пояснице и левой ноге, затруднение ходьбы, поворотов в стороны, наклонов вперед, назад и влево. При осмотре слева выявляется гипестезия в виде полоски от позвоночника через поясницу, ягодицу, наружную часть бедра, передненаружную часть голени и тыл стопы до большого пальца ноги, гипотония, гипотрофия и слабость мышц-разгибателей большого пальца стопы, симптом Ласега + 800 справа, + 600 слева; положительные симптомы Нери, Дежерина.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию процесса?
2. Перечислите этиопатогенетические факторы, приводящие к развитию данного поражения.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Определите подходы к лечению.
5. Определите прогноз заболевания и способы его профилактики.

Компетентностно-ориентированная задача № 7

Больной жалуется на пошатывание при стоянии и при ходьбе в обе стороны, особенно в темноте. Объективно: черепно-мозговые нервы без особенностей. Парезов конечностей нет. Снижен тонус мышц в ногах. Атаксия при пяточно-коленной пробе с обеих ног. Симптом Ромберга резко положителен при закрытых глазах. При ходьбе с закрытыми глазами падает, при открытых глазах идет, широко расставив ноги и глядя под ноги.

Вопросы по задаче:

1. Какая атаксия описана в задаче?
2. Какие варианты атаксий необходимо дифференцировать?
3. Что указывает на этот вариант нарушения координации?
4. Где локализуется очаг?
5. При каких заболеваниях может наблюдаться подобная симптоматика?

Компетентностно-ориентированная задача № 8

У больного имеются боли в левой половине лица и снижение чувствительности в этой области, паралич мимических мышц слева, снижение слуха на левое ухо, атаксия в левых конечностях и пошатывание влево в позе Ромберга.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию очага.
2. Для каких заболеваний характерна подобная локализация?
3. Определите план обследований пациента.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, при которых наблюдается данный синдром.
5. Охарактеризуйте тактику лечения данных заболеваний.

Компетентностно-ориентированная задача № 9

У больного 35 лет после простуды обострился правосторонний отит с гнойным отделяемым. На этом фоне повысилась температура, появилась резкая головная боль, вскоре

присоединилась тошнота и повторная рвота. При клиническом осмотре в неврологическом статусе выявлена ригидность мышц затылка до 8 см, с. Кернига под углом 150° с обеих сторон, симптомы Брудзинского верхний и нижний, положительный скуловой рефлекс Бехтерева с обеих сторон больше справа.

При люмбальной пункции получен мутный ликвор, бесцветный.

При анализе спинно-мозговой жидкости выявлены нейтрофилы до 2150 в 1 мкл, белок до 0,45 г/л.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Назовите синдром изменения спинно-мозговой жидкости.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назовите адекватное лечение.
5. Определите прогноз заболевания.

Компетентностно-ориентированная задача № 10

Больной, жалуется на изменение голоса, невозможность глотания. При исследовании: синдром Горнера справа. Горизонтальный нистагм, появляющийся при движении глазных яблок в стороны, ярче выраженный при взгляде вправо. Гипестезия правой половины лица в медиальных его отделах. Мягкое небо справа свисает, язычок отклоняется влево. Отсутствуют глоточный и небный рефлекс справа. В правых конечностях нарушено мышечно-суставное чувство, слева центральный гемипарез и гипестезия поверхностной чувствительности по гемитипу. Атаксия при выполнении координаторных проб справа, дисметрия, адиадохокинез в правой руке.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный синдром?
2. Определите локализацию очага.
3. При каких заболеваниях может наблюдаться подобный симптомокомплекс?
4. Назначьте необходимое обследование для уточнения диагноза.
5. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся данным синдромом.

Компетентностно-ориентированная задача № 11

Мужчина 42 лет поступил в приемное отделение больницы из дома, где в течение нескольких последних часов развилось шесть приступов с потерей сознания, судорогами во всем теле, пеной изо рта. Детали ближайшего анамнеза точно не известны. Со слов соседей, несколько дней назад перенес простуду, злоупотребляет алкоголем, около года назад был одиночный судорожный приступ. При осмотре вял, заторможен. Глаза открыты, но на вопросы не отвечает.

Зрачки одинаковой ширины, правильно реагируют на свет, фиксирует взгляд на окружающих предметах. Поворачивает голову на громкую речь. Лицо симметричное, язык по средней линии со следами прикуса с обеих сторон, глотает. Реагирует медленными движениями в конечностях на болевые раздражения. Сопrotивляется осмотру. Сухожильные рефлексy oживлены, равномерные с обеих сторон. Непостоянные стопные симптомы Бабинского. Слабоположительные симптомы Кернига и ригидность мышц затылка. Кожные покровы бледноваты, несколько свежих ссадин в области темени и лба. АД 160/90 мм. рт.ст., пульс 100, ритмичный, запаха алкоголя нет. Дыхание около 20 в минуту. В момент осмотра развились генерализованные судорожные приступы.

Вопросы по задаче:

1. Как можно квалифицировать состояние больного?
2. Определите состояние сознания.
3. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
4. Перечислите заболевания, которые могут быть причиной описанных нарушений.
5. Перечислите диагностические критерии эпилептического статуса.

Компетентностно-ориентированная задача № 12

У больного выявляются: лицевая асимметрия, расширение левой глазной щели, неполное ее смыкание и «подкатывание» глазного яблока вверх при попытке закрыть глаз, симптом «ресниц», опущение левого угла рта, выливание жидкой пищи из него, перекося рта вправо, симптом «ракетки», слезотечение из левого глаза, снижение надбровного, роговичного, конъюнктивального рефлексов слева. В правых конечностях отмечается снижение силы до 2 баллов, повышение глубоких рефлексов, рефлексы Россолимо и Жуковского, повышение мышечного тонуса по спастическому типу, выпадение брюшных рефлексов справа.

Вопросы по задаче:

1. Где расположен патологический очаг?
2. Как называется описанный выше синдром?
3. Патологией каких неврологических структур обусловлена указанная симптоматика?
4. При каких заболеваниях наблюдается этот синдром?
5. Назначьте обследование для уточнения диагноза и проведите дифференциальную диагностику.

Компетентностно-ориентированная задача № 13

Мужчину 48 лет беспокоят интенсивные распространенные головные боли, тошнота, рвота, шум в ушах, снижение слуха. Сонлив, вяло реагирует на обращенную речь, не узнает родственников, дезориентирован в месте и времени. Говорит тихо, невнятно. При осмотре определяются умеренно выраженные симптомы Кернига и ригидность мышц затылка, грубая асимметрия лица (глазная щель шире слева, рот смещен вправо). Температура тела 38,5оС. Со слов родственника в течение трех недель жаловался на недомогание, головные боли, сонливость субфебрильную температуру. За помощью не обращался. Около года назад проходил флюорографическое обследование по поводу каких-то очаговых изменений в легких. Кровь: СОЭ 16 мм/ч, лейкоцитов 12,0х10⁹/л. Цереброспинальная жидкость прозрачная, давление 340 мм. вод. ст., белок 2,0 г/л, плеоцитоз: 160х10⁶/л (80% лимфоцитов), глюкоза 1,2 ммоль/л. Через несколько часов в пробирке с ликвором появляется тонкая паутинообразная пленка.

Вопросы по задаче:

1. Перечислите основные симптомы.
2. Дайте оценку изменения состава ликвора.
3. Поставьте топический диагноз.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
5. Определите тактику ведения больного.

Компетентностно-ориентированная задача № 14

Больной жалуется на приступообразное чувство онемения и «ползания мурашек» в области левой стопы, распространяющееся затем на левую голень, бедро, всю половину тела и сопровождающееся судорогами левых, а затем и правых конечностей с потерей сознания.

Вопросы по задаче:

1. Как называются описанные приступы?
2. Где находится основной очаг поражения?
3. При каких заболеваниях наблюдаются описанные приступы?
4. Назначьте необходимое обследование пациенту.
5. Определите тактику лечения больного.

Компетентностно-ориентированная задача № 15

У больного левая рука сделалась неловкой, часто ронял из нее предметы, особенно если не было контроля зрения. Появилось ощущение, что у него «две левые руки», иногда «терял» левую руку: не знал, в каком положении она находится.

Объективно: объем движений, сила и тонус мышц не нарушены. Слева атаксия при пальценосовой и неуверенность при пяточно-коленной пробах. Проба Ромберга - слегка пошатывается назад и влево. Нарушено мышечно-суставное чувство во всех сегментах левой руки. Понижение тактильной чувствительности и чувства локализации на левой стороне тела. Утратил представление о положении своей левой руки в пространстве, не различает правую и левую сторону. Сухожильные и периостальные рефлексы выше слева. Брюшные рефлексы слегка ослаблены, справа отчетливее. Патологических рефлексов нет.

Вопросы по задаче:

1. Укажите локализацию патологического процесса.
2. Какие симптомы подтверждают установленный Вами топический диагноз?
3. Выделите ведущие симптомы, характерные для поражения этих структур.
4. Для каких заболеваний характерна описанная симптоматика?
5. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

Компетентностно-ориентированная задача № 16

У больного отмечается апатия, снижение интеллекта, эйфория, нарушение памяти и критического отношения к своему состоянию, астазия-абазия, патологическая неопрятность, паралич взора вправо, моторная афазия, нарушение навыка письма, рефлексы орального автоматизма, хватательный рефлекс, левосторонняя аносмия.

Вопросы по задаче:

1. Определите локализацию очага?
2. Выделите наиболее типичные синдромы, характерные для данного уровня.
3. Перечислите заболевания, при которых могут наблюдаться подобные расстройства?
4. Назначьте необходимые обследования для дифференциации этих заболеваний.
5. Определите тактику лечения.

Компетентностно-ориентированная задача № 17

У больного отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц в разгибателях голени повышен. Коленный и ахиллов рефлексы слева выше, чем справа, брюшные - отсутствуют слева. На уровне левого соска отмечается выпадение болевой и температурной чувствительности в виде узкого полупояса. С уровня сосков книзу утрачены справа болевая и температурная, слева – тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность.

Вопросы по задаче:

1. Как называется такой синдром?
2. Определите локализацию патологического процесса.
3. При каких заболеваниях наблюдается подобная симптоматика?
4. Назначьте обследование больному.
5. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, при которых наблюдается данный синдром.

Компетентностно-ориентированная задача № 18

Бригада скорой помощи вызвана на дом в 17 часов. Больной 52 лет. На вопросы не отвечает, на уколы не реагирует. Лицо цианотично-багровое. Пульс напряжен 80 уд/мин, АД 230/140 мм рт.ст. Дыхание шумное, хриплое. Голова и взор повернуты вправо, правый зрачок расширен. При дыхании левая щека «парусит». Поднятые левые рука и нога падают быстрее правых. Тонус мышц левых конечностей ниже правых. Сухожильные рефлексы угнетены, но S>D, слева симптом Бабинского. Левая стопа ротирована кнаружи. Ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернига справа 150°, слева отрицательный.

Со слов родственников: страдает гипертонической болезнью 15 лет. Днем, убирая садовый участок, в 15 часов внезапно упал, потерял сознание, с 16 часов изменилось дыхание.

Вопросы по задаче:

1. Охарактеризуйте состояние пациента.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие минимальные дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

Компетентностно-ориентированная задача № 19

Мужчина 68 лет днем внезапно потерял сознание. Развилась рвота, шумное глубокое дыхание, двигательное беспокойство. При осмотре обнаруживаются отклонение головы и глазных яблок влево, сглаженность правой носогубной складки. Гипотония мышц правой руки и ноги. Сухожильные рефлексы снижены справа, определяются патологические стопные рефлексы с той же стороны. На болевые раздражения реагирует напряжением мышц руки и ноги слева. Реакция на боль справа отсутствует. Менингеальный синдром не определяется. АД 175/100 мм.рт.ст., пульс 90 в мин. Мерцательная аритмия, ЧСС 115 в мин. Дыхание шумное, ритмичное, 24 в мин. Известно, что в течение пяти лет страдает мерцательной аритмией.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите основные направления дифференциального диагноза.
3. Определите объем неотложного соматического обследования.
4. Разработайте схему неотложной терапии.
5. Ваша тактика ведения больного?

Компетентностно-ориентированная задача № 20

У больного 56 лет на протяжении 2-х недель отмечаются приступы слабости и онемения правой кисти, длящиеся от нескольких минут до часа. Во время последнего приступа отмечался «перекос» лица, появилась нечеткость речи, что послужило поводом для обращения к неврологу поликлиники.

При осмотре АД 120/80 мм рт. ст., пульс 84 в минуту. Систолический шум в проекции левой общей сонной артерии.

В неврологическом статусе: асимметрия носогубных складок, легкая девиация языка вправо. Парезов конечностей на момент осмотра не выявлено. Сухожильные рефлексы с рук справа выше. Нарушена болевая чувствительность в правой кисти.

Вопросы по задаче:

1. Как называется описанный тип расстройства чувствительности?
2. Определите и обоснуйте топический диагноз.
3. Предположите клинический диагноз.
4. Какова тактика ведения пациента?
5. Назначьте необходимые дополнительные обследования.

Компетентностно-ориентированная задача № 21

Больной 55 лет лечился в поликлинике у оториноларинголога по поводу обострения хронического отита. Явной положительной динамики на фоне лечения не отмечалось. Последние несколько дней на фоне фебрильной температуры, снижения слуха стал отмечать головную боль, головокружение с тошнотой. Был направлен на консультацию к неврологу. При клиническом осмотре в неврологическом статусе выявлена ригидность мышц затылка до 4 см, симптом Кернига под углом 150° с обеих сторон, положительный скуловой рефлекс Бехтерева с обеих сторон. В остальном неврологический статус без очаговых симптомов.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте топический диагноз.
2. Назовите предполагаемый клинический диагноз.
3. Назначьте необходимые для уточнения диагноза дообследования.
4. Предложите варианты результатов дополнительных исследований.

5. Назначьте лечение с учетом результатов дополнительных методов.

Компетентностно-ориентированная задача № 22

Больной 78 лет предъявляет жалобы на постепенно нарастающую в течении нескольких лет скованность, неловкость при ходьбе, периодическое дрожание рук. Так же беспокоит общая слабость головокружение, головная боль, чаще при повышении АД.

При осмотре АД 160/100 мм рт ст, пульс 78 в минуту. В неврологическом статусе олигобрадикинезия, гипомимия, флексорная поза, повышение мышечного тонуса по типу зубчатого колеса, отмечается мелкоамплитудный тремор пальцев рук в покое. Походка шаркающая, мелкими шажками, отмечается феномен пропульсии. Так же в статусе отмечается легкая анизорефлексия, установочный нистагм при взгляде в стороны, пошатывание в позе Ромберга.

Вопросы по задаче:

1. Выделите основной клинический синдром.
2. При поражении каких структур нервной системы он возникает.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Определите тактику ведения пациента.

Компетентностно-ориентированная задача № 23

Больная 55 лет поступила в неврологическое отделение с нарушением движений в ногах, онемением нижней части тела и ног, недержанием мочи. Ранее длительно беспокоили периодические боли в поясничной области. Состояние возникло резко, после физической нагрузки.

В неврологическом статусе нижняя вялая параплегия, проводниковые расстройства поверхностной чувствительности с уровня сосков, недержание мочи и кала. Температура тела нормальная, менингеальных знаков не получено.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте и обоснуйте топический диагноз.
2. Предположите клинический диагноз
3. Наметьте план дополнительных обследований
4. Назначьте лечение

Компетентностно-ориентированная задача № 24

Больной 54 лет обратился к неврологу с жалобами на пошатывание при ходьбе, неустойчивость, особенно в вечернее время, темное время суток. Кроме того отмечает ощущение покалывания, «ползания мурашек», иногда жжение в пальцах рук, стопах. Жалобы нарастают постепенно последние 3 года. Около 10 лет страдает сахарным диабетом, получает инсулин.

При осмотре черепные нервы – без грубых симптомов поражения. Отмечается снижение ахилловых, коленных и карпо-радиальных рефлексов, расстройство поверхностной и глубокой чувствительности в области кистей рук, голеней и стоп. В позе Ромберга – шаткость, усиливающаяся при закрытии глаз. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, хуже с ног.

Вопросы по задаче:

1. Как называется ведущий клинический синдром?
2. Какие структуры нервной системы поражены?
3. Поставьте клинический диагноз
4. Назначьте дополнительные методы обследования.

Компетентностно-ориентированная задача № 25

Больная 19 лет обратилась в поликлинику к неврологу с жалобами на приступы потери сознания, возникающие при нахождении в душном помещении, при волнении. Во время начала

приступа ощущает общую слабость, «дурноту», подташнивание, потемнение в глазах. Иногда сознание не утрачивается. Со слов окружающих при этом, как правило, бледнеет. При осмотре выявляется лабильность вазомоторных реакций в виде побледнения или покраснения кожи, тахикардии, гипергидроза ладоней и стоп.

Вопросы по задаче:

1. Как называется данный вид нарушения сознания?
2. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести дообследования?
4. Какова первая помощь при данных приступах?

Компетентностно-ориентированная задача № 26

Больной Б., 52 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами на нарастающую слабость в руках, общую слабость, похудание, подергивания в мышцах рук, спины, грудных мышцах, редкие поперхивания при приёме жидкости, возникновение носового оттенка голоса.

Считает себя больным около 1,5 лет, с тех пор, как возникли затруднения при написании текста правой рукой. Позже обратил внимание на похудание рук и всего тела, за 1,5 года потерял около 15 кг массы тела (с 80 до 65 кг).

В неврологическом статусе – гипотрофии мышц обеих рук, плечевого пояса, особенно надостных и трапециевидных мышц, фасцикулярные подергивания в мышцах рук, туловища, грудной клетки, бёдер, в языке. Рефлексы и мышечный тонус на руках снижены, выявляется патологический кистевой рефлекс Россолимо с 2-х сторон. В ногах мышечный тонус повышен по спастическому типу, сухожильные рефлексы высокие, рефлекс Бабинского с обеих сторон. Чувствительных, координационных, тазовых расстройств нет.

Выявляются высокие глоточные, нёбные, нижнечелюстной и надбровный рефлексы, а также рефлексы орального (стволового) автоматизма – хоботковый и назолабиальный.

Вопросы по задаче:

1. Какие структуры нервной системы вовлечены в процесс?
2. Поставьте клинический диагноз. Какой метод дополнительной диагностики позволит верифицировать диагноз?
3. С какими заболеваниями возможен дифференциальный диагноз?
4. Каковы течение и прогноз заболевания?
5. Каковы, на Ваш взгляд, перспективы лечения?

Компетентностно-ориентированная задача № 27

Пациентка М., 23 лет, обратилась к врачу-неврологу по поводу повторного в течение месяца приступа сильной головной боли в левой половине головы, особенно в области виска, длившейся более суток и имевшей нарастающее течение. Во время приступа пыталась лечь и заснуть, «убрать свет», устранить лишние звуки, «перетянуть голову холодным полотенцем». Во время второго приступа – рвота, несколько уменьшившая интенсивность боли, после чего больная смогла заснуть. После пробуждения боль исчезла. Ранее подобной боли не отмечала, но сообщила, что подобная головная боль есть у мамы (46 лет), а ранее, до наступления менопаузы, отмечалась и у тёти (сестра матери, 54 года).

Сообщила, что в течение последнего месяца недосыпала в связи с подготовкой дипломной работы (4-5 часов сна в сутки). Накануне второго приступа отметила свой день рождения.

Объективно неврологической симптоматики не выявлено. При осмотре кожные покровы бледные, АД = 100/65 мм рт ст, пульс – 84 в минуту. Оценила интенсивность своей головной боли в 8,5 баллов (из 10 возможных) по визуально-аналоговой шкале.

Вопросы по задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие характерные особенности клинической картины позволяют предполагать именно этот диагноз?
3. Назовите стадии развития приступа в типичном случае.

4. Дайте прогноз дальнейшего течения заболевания.
5. Назовите основные направления лечения.

Компетентностно-ориентированная задача № 28

Мужчина 60-ти лет предъявляет жалобы на слабость в руках, ощущение тяжести в ногах, подергивания в мышцах рук и ног. Слабость в руках больной впервые отметил восемь месяцев назад, она постепенно нарастает, последние два месяца к ней присоединилась ощущение тяжести в ногах.

При обследовании: выраженная гипотрофия мышц кистей и предплечий, фасцикуляции в мышцах рук и ног, слабость в дистальных отделах рук до 2-х баллов, слабость в проксимальных отделах рук до 4-х баллов, в ногах сила достаточная, сухожильные рефлексы на руках и ногах оживлены, рефлекс Бабинского с двух сторон, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

При игольчатой электромиографии в мышцах рук и ног наблюдаются в покое фасцикуляции, фибрилляции, положительные острые волны, при сокращении — значительное увеличение длительности и амплитуды потенциалов действия двигательных единиц. При электронейромиографии отмечены нормальные скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам нервов верхних и нижних конечностей, уменьшение амплитуды мышечных ответов.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
3. Провести дифференциальную диагностику.

Компетентностно-ориентированная задача № 29

Мужчина 50-ти лет предъявляет жалобы на изменение голоса, затруднение при глотании, слабость в конечностях. Считает себя больным в течение года, когда впервые появились осиплость голоса и затруднение при глотании. Эти расстройства постепенно нарастали, в последние шесть месяцев к ним присоединилась слабость в конечностях.

При обследовании: дисфагия, дисфония, дизартрия, мягкое нёбо свисает с обеих сторон, подвижность дужек мягкого нёба при фонации ослаблена, глоточные рефлексы снижены, гипотрофия мышц языка, фибрилляции в языке, положительные симптомы орального автоматизма, оживлен нижнечелюстной рефлекс, гипотрофии мышц верхних и нижних конечностей, фасцикуляции в них, снижение силы в конечностях до 4-х баллов, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского с двух сторон, чувствительных и других неврологических нарушений нет.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.

Компетентностно-ориентированная задача № 30

У больной 22-х лет поступила с жалобами на слабость в руках и ногах, онемение в стопах, ощущение «поролона под ногами». Симптомы развились через 2 недели после перенесенной острой кишечной инфекции. Внезапно возникла и стала нарастать слабость в правой ноге, на следующий день появилась слабость в левой ноге и руках.

При поступлении: слабость мимической мускулатуры, преимущественно слева, парез в руках до 3,5 - 4 баллов, в ногах — 1,5 - 2 б, тонус мышц в руках и ногах снижен, сухожильные рефлексы с рук и ног практически отсутствуют, патологических стопных знаков нет. Гипестезия всех видов чувствительности на руках до локтей, на ногах — до середины бедер. Менингеальных симптомов нет. Определяются симптомы натяжения.

Вопросы по задаче:

1. Обосновать топический диагноз.
2. Обосновать предварительный клинический диагноз.
3. Определить план диагностики и дифференциальной диагностики.

10 семестр (Психиатрия)

Компетентностно-ориентированная задача № 1

И.А., 22 года. Заболел внезапно. На работе начал испуганно оглядываться по сторонам. Говорил что-то бессмысленное. Убежал в лес. Был найден в лесу: стоял у дерева, на вопросы не отвечал. В больнице: молчит, не садится на стул после приглашения, лицо невыразительное, взгляд неподвижен. Отмечается восковая гибкость, активный негативизм. Со стороны внутренних органов отчетливой патологии не определяется. Нервная система без очаговых знаков.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какой порядок госпитализации данного пациента?
3. Какое лечение необходимо провести?
4. Какой трудовой прогноз?
5. Какие результаты, предположительно, будут получены при военно-врачебной экспертизе?

Компетентностно-ориентированная задача № 2

Больной был доставлен в психиатрическую больницу в сопровождении милиции. Нанес ножевые ранения соседу. На приеме: напряжен, злобен, заявляет, что 1,5 года назад сосед установил у себя в квартире аппарат, при помощи которого записывает мысли больного на магнитофон, вкладывает ему в голову свои мысли. Иногда специальным аппаратом устраивает радиопередачи, в которых всячески его оскорбляет. В последнее время сосед проводил эксперименты другого рода, заставлял больного идти не туда, куда надо, произносить бранные слова, вызывал у него искусственное веселье.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какой порядок госпитализации данного пациента?
3. Какое лечение необходимо провести?

Компетентностно-ориентированная задача № 3

Больному 47 лет, бухгалтер. В последние 2-3 года стал уставать на работе сильнее, чем обычно, испытывает постоянный звон в ушах и в голове. Жалуется, что иногда не может сразу вспомнить имени и отчества сослуживцев, с которыми давно работает. Быстро поседел, кожа стала дряблой. Отмечает, что с трудом засыпает, просыпается рано и на работу выходит «как и не отдыхал». Не может смотреть «чувствительные» фильмы, плачет навзрыд.

1. Какой диагноз (синдром, нозология стадия заболевания) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какие необходимы дополнительные обследования?
3. Какое лечение необходимо провести?

Компетентностно-ориентированная задача № 4

Больному 52 года, инженер. В последние 5 лет у него отмечается астеническое состояние со снижением репродуктивной и фиксационной памяти, слабодушием. Симптоматика то усиливалась, то ослабевала. Отдых облегчения не приносил. Вследствие сильного снижения памяти вынужден был подать заявление об увольнении, поскольку по его вине несколько раз происходили аварии. Крайне чувствителен: даже малейшую обиду помнит очень долго, снова и снова вспоминая ее с яркими эмоциями. Сотрудники отмечают, что больной стал болтлив, любит рассказывать о своих болезнях. Со стороны ЦНС – тремор пальцев рук, головы, симптом Маринеско-Радовича.

1. Какой диагноз (синдром, нозология, стадия заболевания) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какие необходимы дополнительные обследования?
3. Какой трудовой прогноз?

Компетентностно-ориентированная задача № 5

Больная, 32 года, артистка. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно – постоянно и эмоционально рассказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т.п. С детства упрямая, капризная, повышено эмоциональна. На незначительные неприятности давала бурные реакции плача, рыданий и «припадков». В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Считает, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечался судорожный припадок с плачем и смехом. Очень внушаема.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какой трудовой прогноз?
4. Какие пути реабилитации, вы можете предложить?

Компетентностно-ориентированная задача № 6

Больному 30 лет, инженер. С самого детства упорный, настойчивый, смелый, задиристый. Высокого мнения о себе. Вместе с тем подозрительный, считает, что окружающие завидуют ему, строят ему всевозможные козни. Уверен, что его проект забраковали из зависти. В случайно сказанных словах, вскользь брошенных взглядах усматривает подтверждение своих предположений. На «мнимое доброжелательство» коллег отвечает яркой враждебностью. Подает в суд на администрацию завода. Переубедить его невозможно.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какой трудовой прогноз?

Компетентностно-ориентированная задача № 7

Мальчик, 6 лет. Был доставлен в психиатрическую больницу в порядке оказания неотложной помощи. При поступлении: подвижен, очень пуглив, массивные зрительные галлюцинации, убегает от каких-то пауков, желтых муравьев. Зрачки резко расширены, тахикардия. Родители сообщили, что перед заболеванием ребенок играл с товарищами в лесу. Через 2 дня ребенок вышел из психоза, о случившемся ничего не помнит. Рассказал врачу, что перед заболеванием ел какую-то «травку».

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какие пути профилактики вы можете предложить?

Компетентностно-ориентированная задача № 8

Больной 37 лет, шофер. Был доставлен в психиатрическую больницу в порядке неотложной помощи. При поступлении: дезориентирован, считает, что находится в гараже, окружающих называет именами своих товарищей. Стоя в стороне, совершает руками какие-то стереотипные движения: «Проволоку изо рта выматываю». Со слов сопровождающих, промывал детали в бензине. Через 2 дня вышел из психоза, о случившемся ничего не помнит. В настоящее время жалобы на головную боль, бессонницу, раздражает шум, яркий солнечный свет.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какой порядок госпитализации данного пациента?
3. Какое лечение необходимо провести?

Компетентностно-ориентированная задача № 9

Больная, 30 лет, педагог. Полтора года назад в связи с болезнью коллеги была вынуждена вести дополнительную нагрузку. Вскоре директор объявил, что ожидается инспекционная проверка. Больная была взволнована, боялась, что работа будет оценена отрицательно, более тщательно готовилась к урокам. Нарушился сон: плохо засыпала, по утрам чувствовала себя разбитой. Стала раздражительной, по пустякам кричала на детей, а потом плакала, убегая в учительскую. При неврологическом обследовании: тремор пальцев рук, век, неустойчивость в позе Ромберга, равномерное повышение коленных рефлексов, потливость ладоней и стоп. Соматически – без отчетливой патологии.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какие пути профилактики вы можете предложить?

Компетентностно-ориентированная задача № 10

Штурман парохода, 39 лет. Пользуется безупречной репутацией у администрации. Однажды посадил пароход на мель. Тяжело переживал случившееся. После того, как пароход сняли с мели, капитан рекомендовал штурману отдохнуть. Через 2 суток ему предложили взять вахту, почувствовал сильное волнение, появились мысли, что пароход снова наткнется на мель, вынужден был отказаться от вахты. С тех пор на протяжении трех месяцев не мог водить пароход.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какие пути профилактики вы можете предложить?

Компетентностно-ориентированная задача № 11

Женщина, 35 лет, придя домой с похорон сына, пыталась покончить жизнь самоубийством. Была доставлена в психиатрическую больницу. В отделении: неподвижна, сидит, уставившись в одну точку, выражение глубокой печали, не плачет. С трудом отвечает на вопросы. Считает себя виновной в смерти сына: «Мало уделяла ему внимания». Заботы о двух других детях не проявляет. Такое состояние длилось полтора месяца. Постепенно под влиянием лечения больная полностью вышла из болезненного состояния.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?

Компетентностно-ориентированная задача № 12

Мужчина, 45 лет. По характеру очень вспыльчивый. В гневе доходит до ярости. Недавно из-за пустяка бросился на жену, пролил суп на скатерть, разбил тарелку, опрокинул стол. Ударом кулака вывихнул жене челюсть, ударил маленького ребенка. Успокоившись, горько раскаивается и сожалеет о сделанном. С детства склонен к вспышкам гнева. В прошлом под влиянием жизненных неудач и разочарований впадал в тяжелую депрессию с попыткой самоубийства.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какой прогноз при данном диагнозе?
4. В каких видах экспертизы может возникнуть необходимость?

Компетентностно-ориентированная задача № 13

Больному 20 лет. Очень необщительный, замкнутый. Друзей не имеет. С детства склонен к уединенным мечтам и к занятиям отвлеченными вопросами, далекими от реальной жизни. Очень плохо сходится с людьми. Не может понять их настроения, затрудняется завязать простой непринужденный разговор. Много строит планов, но никак не может привести их в исполнение. Живет мечтами, грезами. Беспомощен в реальной жизни.

1. Какой диагноз (синдром, нозология) вы можете поставить данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо провести?
3. Какой прогноз при данном диагнозе?

Компетентностно-ориентированная задача № 14

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

Компетентностно-ориентированная задача № 15

Больная М., 13 лет, находится на лечении в психиатрическом стационаре. Психический статус: внешне выглядит опрятно. В беседе с врачом напряжена, несколько растеряна, подозрительна, неохотно делится своими переживаниями. Отвечает не всегда в плане заданного, после некоторой паузы, периодически излишне детализировано излагает жалобы, соскальзывает на неважные моменты. Речь сбивчивая. Не может внятно сформулировать свою мысль. Фон настроения лабилен с тревожным радикалом. Мышление замедлено по темпу, паралогичное, с элементами соскальзывания. Ощущает, что «о чем бы ни подумала, об этом узнают все люди вокруг». Рассказывает, что пыталась читать чужие мысли и передавать свои на расстоянии. Утверждает, что слышит в голове «голос» незнакомого мужчины угрожающего характера, «голос» заставляет «делать какие-то простые действия» или «сделать больно окружающим людям» из-за того, что они «слишком громко дышат, жуют, цокают». Сообщает, что мысленно «спорит» с «голосом», но при этом сопротивляться не может. Испытывает чувство вины перед окружающими за свои мысли и слова «голоса». Какой экспериментально-психологический метод исследования необходимо провести больной?

Компетентностно-ориентированная задача № 16

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Как Вы назовете описанную картину заболевания?

Компетентностно-ориентированная задача № 17

Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намек», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом. Предположите диагноз.

Компетентностно-ориентированная задача № 18

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой протрацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы. Определите ведущие симптомы, назовите синдром.

Компетентностно-ориентированная задача № 19

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое. В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице? Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы? Больной молчит, на вопрос не отвечает.
Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь.

Предположите синдром, опишите основные составляющие данного синдрома.

Компетентностно-ориентированная задача № 20

Больной, 33 года, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что жена его до брака была в связи с директором предприятия. Её влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведённых на другую работу. Во время обхода цеха директор подошёл к нему и пожал руку. Всё это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно был бы на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить, кого следует».

Как Вы назовёте описанную картину заболевания?

Компетентностно-ориентированная задача № 21

Больная Н., 48 лет, продавец. Доставлена в психиатрический стационар в связи с попыткой самоубийства. В отделении одиноко сидит в углу палаты, опустив голову. На лице застыло напряжённо-тоскливое выражение. Отказывается от еды: «Нечего меня кормить, не заслужила. От государства деньги получала, а с работой не справлялась!» на вопросы отвечает с задержкой, односложно, таким тихим голосом, что часто приходится её переспрашивать. Факт попытки самоповешения не отрицает, но считает, что спасли её напрасно: «Таким как я не место на земле. Лучше я сама это сделаю, чем дожидаться суда людского». Уверена, что окружающие смотрят на неё с презрением, так как она «поганый человек», её ожидает смертная казнь за совершённые преступления. Вспоминает, что много лет назад она работала продавщицей в ларьке и незаконно торговала водкой на разлив, забирая себе пустые бутылки. Многие годы не вспоминала об этом, но теперь поняла, что ничто не забыто. На вопросы, касающиеся её жизни, семьи, больная отвечать отказывается: «Ни к чему всё это!» больной себя не считает: «Я здоровая. Выпишите меня, зачем я здесь занимаю место? Мне не лечиться нужно, а пойти в милицию». На следующий день после стационарирования больная, закрывшись с головой одеялом, пыталась повеситься на чулке.

Как Вы оцениваете состояние больной?

Компетентностно-ориентированная задача № 22

Больная 23 лет. Впервые заболела в 18 лет, появилось недовольство своей внешностью. Считала себя уродливой, жаловалась матери, что незнакомые люди на улице обращают на неё внимание отворачиваются, дают понять что им неприятно видеть её уродливое лицо, разубеждениям не поддавалась. Старалась не выходить на улицу, была напряжена, тревожна. Госпитализирована в психиатрическую больницу. Выписана без улучшения. Стала грубой, отчуждённой от семьи упорно добивалась пластических операций, грозила самоубийством в случае отказа, была вновь госпитализирована.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

Компетентностно-ориентированная задача № 23

Больной 35 лет. Дядя по линии матери болен шизофренией. В возрасте 20 лет впервые стационарировался в психиатрический стационар в связи с идеями преследования, отношения. Был поставлен диагноз «шизофрения». Выписан в состоянии ремиссии. Принимал поддерживающую терапию. Через 6 месяцев самостоятельно прекратил приём препарата. Через 2 недели повторный приступ болезни, был стационарирован. После выписки из стационара в течение 3 месяцев принимал поддерживающую терапию, затем приём лекарств прекратил. Очередное обострение через 3 недели, лечился в психиатрической больнице на протяжении 4 месяцев, выписан с улучшением.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Каков характер течения заболевания?
3. Каков прогноз расстройства?
4. Рекомендуемое лечение.

Компетентностно-ориентированная задача № 24

Больная оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Волосы в беспорядке, перехвачены яркой лентой, на лице яркая косметика. Взяв врача под руку, больная начинает быстро говорить охрипшим голосом: " Я вас сразу же узнала. Я совсем здорова. Как говорится, не важен метод - важен результат. Из-под пятницы - суббота, завтра суббота. Вы меня завтра выпишите". В отделении больная шумная, танцует. Спит не более 3-х часов в сутки.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

Компетентностно-ориентированная задача № 25

С., 14 лет, ученица 7-го класса. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла бойкой, подвижной, б2 общительной девочкой: была нежно привязана к матери. В школу пошла с семи лет, училась легко. Увлекалась музыкой, танцами. До седьмого класса была «радостью в семье, нежной и заботливой дочерью». Довольно внезапно летом изменилось поведение: стала груба, раздражительна, ничего не сказав родным, часто пропадала из дому. Посещала компанию «хиппи», одевалась соответственно, начала курить, домой приходила пьяная. Все попытки матери поговорить с дочерью, образумить ее, наталкивались на холодность, грубость. При этом дочь цинично бранилась, угрожала физической расправой. После резкого разговора неделю не жила дома. Заявила, что сожительствует с мужчинами, что вскоре, возможно, выйдет замуж. Отказывалась посещать школу. Неоднократно жестоко избивала мать, требуя денег на сигареты, вино; резала ее платье, пытаясь сшить себе модные наряды. Направлена в психиатрическую клинику. Психическое состояние: контакт формальный. Психически больной себя не считает, требует немедленной выписки. Грозит уходом из отделения. Считает свое поведение обычным: «Мне так нравится, я так хочу жить». В отделении груба, развязна. Выпрашивает у больных сигареты, подговаривает к уходу из клиники. Эмоционально холодна. На свидании с матерью груба, цинично бранится, требует забрать ее домой, грозит «вспомнить ей все дома». Без эмоций и стеснения рассказывает об интимных отношениях с мужчинами, собирается вскоре выйти замуж. Реальных планов на будущее нет, учиться не будет, «буду встречаться с компанией». Определить расстройство.

Компетентностно-ориентированная задача № 26

Больной внезапно потерял сознание. Мышцы его напряглись, глаза закатились, лицо посинело, прикусил язык. Последовала серия коротких судорожных сокращений мышц шеи, лица, конечностей. Затем больной расслабился, произошло непроизвольное мочеиспускание. На окружающее больной не реагировал, зрачковые и роговичные рефлексы у него отсутствовали.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз. Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

Компетентностно-ориентированная задача № 27

Больная выглядит моложе своих лет, модно, красиво одета. Во всем поведении - стремление обратить на себя внимание. Жалуется, что при переживаниях появляются спазмы в горле, "подступает комок,"слабеют и отнимаются руки и ноги". Настроение крайне неустойчивое, подвержено влиянию разнообразных внешних обстоятельствам. Ссоры дома и неприятности на работе приводят к появлению сердечных приступов. Во время приступов крики, рыдания переходят в судороги, пальцы немеют,"скрючиваются". На ЭКГ - патологических изменений нет.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз. Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

Компетентностно-ориентированная задача № 28

Больной 28 лет Настороженно смотрит в одну точку, прислушивается, временами со страхом и тревогой смотрит по сторонам. Сообщает, что почти постоянно слышит голоса разных людей, которые хотят его убить, бранят его Обнаруживает точную ориентировку во времени, месте, правильно и быстро отвечает на вопросы, упоминает текущие события, дает им правильную оценку.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

Компетентностно-ориентированная задача № 29

Больной утверждает, что стал предметом изучения каких-то ученых, убежден в этом. Эти ученые вкладывают и вынимают мысли. Иногда подключают к голове голос, 12 который рассказывает им о его ощущениях. Об этом эксперименте знают все окружающие больного люди, так как они по-особенному смотрят на него.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

Компетентностно-ориентированная задача № 30

Больной в прошлом преподаватель гимназии, при встрече с врачом торжественно сказал: "Вчера я принимал экзамен у гимназисток старших классов", хотя это происходило более 50 лет тому назад. В другой раз он сообщил: "Какое наслаждение я получил от "Лебединого озера", ведь вчера я был в Большом театре", хотя и это событие состоялось четыре года тому назад.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

11 семестр (Рефлексодиагностика и терапия)

Компетентностно-ориентированная задача № 1

В стационаре в течение 2-х недель находится пациент в возрасте 53 лет с диагнозом ишемический инсульт, правосторонняя гемиплегия. Состояние больного удовлетворительное, утраченные двигательные функции постепенно восстанавливаются. Какие лечебные мероприятия может назначить рефлексотерапевт?

Компетентностно-ориентированная задача № 2

В отделение восстановительного лечения поступил больной М, 26 лет, с диагнозом: последствия тяжелой ЧМТ в виде спастического тетрапареза, симптоматическая эпилепсия.

Последний приступ был 3 месяца назад. Пациент обследован по месту жительства, назначена противосудорожная терапия.

- Можно ли назначить больному курс кинезотерапии? Почему?
- Можно ли назначить курс физиотерапии данному больному? Почему?

Компетентностно-ориентированная задача № 3

В отделение восстановительного лечения поступила больная М, 4 лет, с диагнозом: спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана.

- Можно ли назначить больной курс физиотерапии? Почему?
- Можно ли назначить курс кинезотерапии данной больной? Почему?
- Есть ли необходимость в обучении ребенка и родителей показанным для больной видом физических упражнений?

Компетентностно-ориентированная задача № 4

К неврологу обратилась девушка 19 лет с жалобами на повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, плохой сон. Врач поставил диагноз вегетативно-сосудистой дисфункции, с цефалгическим синдромом. Невролог направил пациентку на консультацию к врачу-рефлексотерапевту. Какие лечебные мероприятия может назначить рефлексотерапевт?

Компетентностно-ориентированная задача № 5

У больного невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду.

Вопросы:

1. Цель физиотерапии?
2. Методика проведения процедуры?

Компетентностно-ориентированная задача № 6

У больного корешковые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника. Жалобы: боль в верхней половине шеи слева при поворотах головы.

Вопросы:

1. Цель физиотерапии?
2. Методика проведения процедуры?

Компетентностно-ориентированная задача № 7

У больного пояснично-крестцовый радикулит. Жалобы: боль в пояснично-крестцовой области. Объективные данные: болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничнокрестцовом отделе позвоночника.

Вопросы:

1. Цель физиотерапии?
2. Методика проведения процедуры?

Компетентностно-ориентированная задача № 8

У больного нейроциркуляторная дистония (НЦД) по смешанному типу. Жалобы: головная боль, повышенная раздражительность, вспыльчивость, бессонница, периодические подъемы артериального давления, иногда возникают неприятные ощущения в области сердца.

Вопросы:

1. Цель физиотерапии?
2. Методика проведения процедуры?

Компетентностно-ориентированная задача № 9

У больного пояснично-крестцовый радикулит в стадии ремиссии. Жалобы: периодически возникающая боль в поясничной области при поворотах и наклонах туловища.

Вопросы:

1. Цель физиотерапии?
2. Процедура?

Компетентностно-ориентированная задача № 10

В отделение восстановительного лечения поступил больной К, 10 лет, с диагнозом: неврит лицевого нерва, восстановительный период. Назначен курс реабилитации. Курс составляет 20 занятий.

- Какой курс реабилитации вы можете назначить данному больному?
- Назовите и охарактеризуйте периоды физической нагрузки всего курса реабилитации для данного больного.

Компетентностно-ориентированная задача № 11

У больного невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду. Цель физиотерапии — обезболивание. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 12

У больного нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Жалобы: головная боль, тяжесть в левой половине грудной клетки, раздражительность, нарушение сна. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 13

У больного атеросклероз сосудов головного мозга. Жалобы: снижение работоспособности, рассеянность, плохой сон, головная боль, снижение памяти. Цель физиотерапии: тонизирующеекатаболическое действие. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 14

У больного гипертоническая болезнь II стадии. Жалобы: боль в затылке, головокружение, шум в ушах, потеря координации. АД 160/100 мм рт. ст. Цель физиотерапии: седативное и гипотензивное действие. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 15

У больного неврит локтевого нерва. Жалобы: боль по локтевому краю левого предплечья. Цель физиотерапии: обезболивание. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 16

После длительной иммобилизации конечности при переломе бедренной кости у больного развилась атрофия мышц бедра. Цель физиотерапии: электростимуляция мышц левого бедра для ликвидации атрофии. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 17

У больного корешковые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника. Жалобы: боль в верхней половине шеи слева при поворотах головы. Цель физиотерапии: обезболивание. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 18

У больного остеохондроз шейного отдела позвоночника. Жалобы: боль в области шеи при поворотах головы. Цель физиотерапии: обезболивание. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 19

У больного шпора левой пяточной кость. Жалобы: острая боль при ходьбе в области левой пятки. Цель физиотерапии: обезболивание. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 20

У больного пояснично-крестцовый радикулит в стадии ремиссии. Жалобы: периодически возникающая боль в пояснице, ягодичной области, левом бедре. Объективные данные: при пальпации болезненность паравертебральных точек пояснично-крестцового отдела позвоночника. Цель физиотерапии: нормализация микроциркуляции, противовоспалительное, анальгетическое действие. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 21

У больного деформирующий остеоартроз правого коленного сустава. Жалобы: периодически возникающая боль в правом коленном суставе, усиливающаяся после нагрузки, в конце дня, хруст в суставе при движении. Объективные данные: больному 65 лет, тучен, сустав деформирован, атрофия мышц бедра. Цель физиотерапии: нормализация микроциркуляции и трофики, усиление репаративной регенерации. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 22

У больного гипертоническая болезнь I стадии. Жалобы: периодически возникающая боль в затылочной части головы. Цель физиотерапии: нормализация артериального давления. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 23

У больного пояснично-крестцовый радикулит в стадии ремиссии. Жалобы: периодически возникающая боль в поясничной области при поворотах и наклонах туловища. Цель физиотерапии: обезболивание, снятие мышечного напряжения. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 24

У больного ревматоидный артрит в фазе ремиссии, гипертоническая болезнь I—II стадии. Жалобы: головная боль, головокружение, шум в ушах, расстройство сна, повышение артериального давления (до 180/100 мм рт. ст. и более), снижение подвижности в крупных суставах. Цель физиотерапии: дефибрирующее действие, улучшение кровообращения и обмена веществ, нормализация артериального давления. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 25

У больного деформирующий артроз правого коленного сустава. Жалобы: ограничение подвижности, боль в правом коленном суставе при движениях и нагрузке, периодически возникающий хруст, скованность в суставе по утрам. На рентгенограмме: сужение суставной щели, деформация и разрастание краев сочленения. Цель физиотерапии: замедлить прогрессирование дегенеративного процесса, снять отек, воспаление; обезболить. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 26

У больного неврастения (гиперстеническая форма). Жалобы: раздражительность, нарушение сна, внимания, головокружение. Цель физиотерапии: седативное действие, нормализовать сон, укрепить общее состояние организма. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 27

У больного нейроциркуляторная дистония (НЦД) по смешанному типу. Жалобы: головная боль, повышенная раздражительность, вспыльчивость, бессонница, периодические подъемы артериального давления, иногда возникают неприятные ощущения в области сердца. Цель физиотерапии: нормализовать артериальное давление, улучшить сон, улучшить кровообращение. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 28

У больного разрыв связок правого голеностопного сустава, нарушение его функции. Цель физиотерапии: обезболивание и снятие отека. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 29

У больного артрозоартрит левого плечевого сустава. Жалобы: боль в области сустава, ограничение подвижности. Цель физиотерапии: снятие боли, улучшение обмена веществ, кровоснабжения сустава. Что следует назначить?

Компетентностно-ориентированная задача № 30

У больного шейный миозит. Жалобы: боль в области шеи, возникающая после переохлаждения. Объективные данные: ограничение подвижности в области шеи, болезненность при пальпации шейных мышц. Цель физиотерапии: противовоспалительное и анальгезирующее действие. Что следует назначить?

Шкала оценивания решения компетентностно-ориентированной задачи; в соответствии с действующей в университете балльно-рейтинговой системой оценивание результатов промежуточной аттестации обучающихся осуществляется в рамках 100-балльной шкалы, при этом максимальный балл по промежуточной аттестации обучающихся по очной форме обучения составляет 36 баллов, по очно-заочной и заочной формам обучения - 60 (установлено положением П 02.016).

Максимальное количество баллов за решение компетентностно-ориентированной задачи - 6 баллов.

Балл, полученный обучающимся за решение компетентностно-ориентированной задачи, суммируется с баллом, выставленным ему по результатам тестирования.

Общий балл промежуточной аттестации суммируется с баллами, полученными обучающимся по результатам текущего контроля успеваемости в течение семестра; сумма баллов переводится в оценку по 5-балльной шкале следующим образом:

Соответствие 100-балльной и 5-балльной шкал

<i>Сумма баллов по 100-балльной шкале</i>	<i>Оценка по 5-балльной шкале</i>
100-85	отлично
84-70	хорошо
69-50	удовлетворительно
49 и менее	неудовлетворительно

Критерии оценивания решения компетентностно-ориентированной задачи (нижеследующие критерии оценки являются примерными и могут корректироваться):

6-5 баллов выставляется обучающемуся, если решение задачи демонстрирует глубокое понимание обучающимся предложенной проблемы и разностороннее ее рассмотрение; свободно конструируемая работа представляет собой логичное, ясное и при этом краткое, точное описание хода решения задачи (последовательности (или выполнения) необходимых трудовых действий) и формулировку доказанного, правильного вывода (ответа); при этом обучающимся предложено несколько вариантов решения или оригинальное, нестандартное решение (или наиболее эффективное, или наиболее рациональное, или оптимальное, или единственно правильное решение); Компетентностно-ориентированная задача № решена в установленное преподавателем время или с опережением времени.

4-3 балла выставляется обучающемуся, если решение задачи демонстрирует понимание обучающимся предложенной проблемы; Компетентностно-ориентированная задача № решена типовым способом в установленное преподавателем время; имеют место общие фразы и (или) несущественные недочеты в описании хода решения и (или) вывода (ответа).

2-1 балла выставляется обучающемуся, если решение задачи демонстрирует поверхностное понимание обучающимся предложенной проблемы; осуществлена попытка шаблонного решения задачи, но при ее решении допущены ошибки и (или) превышено установленное преподавателем время.

0 баллов выставляется обучающемуся, если решение задачи демонстрирует непонимание обучающимся предложенной проблемы, и (или) значительное место занимают общие фразы и голословные рассуждения, и (или). Компетентностно-ориентированная задача № не решена.