

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» ~~сентября~~ апреля 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.42 «Неврология»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург
2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.42 «Неврология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1084;
- Профессиональным стандартом «Врач-невролог», утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 января 2019 г. № 51н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.42 «Неврология» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.42 «Неврология» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.42 «Неврология» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 2013 г. № 634н):

– диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Основы организации неврологической помощи в РФ; распространенность нервных болезней, основные этапы их изучения.
2. Участие отечественных и зарубежных ученых в развитии патогенетического, клинического и профилактического направлений изучения неврологической патологии.
3. Анатомия и физиология нервной системы, анатомо-физиологические особенности детского возраста.
4. Методы диагностики нервных болезней. Принципы и методы лечения неврологических

больных.

5. Неврология развития. Эволюция двигательной функции у детей раннего возраста.
6. Нормальная физиология нервной системы, особенности детей. Патологическая физиология нервной системы.
7. Онтогенез нервной системы. Пороки развития нервной системы.
8. Проводящие пути головного и спинного мозга. Рефлекторная дуга. Строение, функционирование, регуляция мышечного тонуса. Гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса.
9. Неврологический осмотр. Особенности детского возраста. Неврологический статус комы. Эволюция рефлексов новорожденных.
10. Кровообращение головного мозга. Кровообращение спинного мозга.
11. Ликворопроводящие пути головного и спинного мозга.
12. Периферическая нервная система.
13. Вегетативная нервная система. Строение. Функции. Синдромы поражения.
14. Высшие корковые функции. Кора больших полушарий головного мозга. Основные принципы строения и функции. Проблема локализации функций. Гнозии, праксии.
15. Речь и ее расстройства у взрослых и детей. Афазия, алалия, дислалия, дисграфия, дислексия.
16. Принцип построения клинических классификаций неврологических заболеваний. Классификация болезней ВОЗ.
17. Перинатальная неврология. Принцип стандартизации, шкалы в неврологии.
18. Организация лечения больных с нервными заболеваниями в амбулаторных условиях. Принципы и возможности раннего выявления неврологических больных в работе врача общей практики.
19. Организация стационарной помощи. Основные требования к устройству неврологических отделений. Виды транспортировки больного в отделение.
20. Ведение медицинской документации. Правила выписки больных. Диспансеризация.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача 1.

Ребенку 6 месяцев. Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции. Родители отметили нарушение коммуникативных функций, затруднение движений в правых конечностях

1. Необходимые методы обследования?
2. Предположительный диагноз?
3. План наблюдения и лечения.

Задача 2.

У ребенка 12 лет внезапно возникли следующие симптомы – нарушение речи, асимметрия лица, затруднение движений правой руки.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика на догоспитальном этапе.
3. Прогноз?

Задача 3

Пациенту один год. На коже правой половины лица и правой руки – ангиомы. После проведения курса физиотерапии возник парциальный моторный приступ.

1. Предположительный диагноз. Необходимые критерии.
2. Принципы лечения данной формы заболевания.
3. Прогноз.

Задача 4

У пациента 6 лет при проведении ТКУЗДГ выявлена асимметрия кровотока, превышающая возрастные нормативы.

1. Тактика обследования и лечения.
2. Динамическое наблюдение и прогноз.

Задача 5

У пациента 12 лет, после физической нагрузки, остро возникла головная боль в затылочной области, рвота.

1. Дифференциальный диагноз.
2. Тактика.
3. Методы обследования.
4. Принципы лечения.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Методика неврологического осмотра новорожденного.
2. Методика неврологического осмотра ребенка первого года жизни.
3. Методика неврологического осмотра взрослого пациента.
4. Неврологический статус комы.
5. Проведение люмбальной пункции.

6.2.4. Тестовые задания

1. Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет:
 - а) $1/8$ от массы тела;
 - б) $1/12$ от массы тела;
 - в) $1/20$ от массы тела;
 - г) $1/4$ от массы тела.
2. Передача нервного импульса происходит:
 - а) в синапсах;
 - б) в митохондриях;
 - в) в лизосомах;
 - г) в цитоплазме.
3. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет:
 - а) длину аксона и точность проведения;
 - б) скорость проведения нервного импульса;
 - в) длину аксона;
 - г) принадлежность к чувствительным проводникам;
 - д) принадлежность к двигательным проводникам.
4. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании:
 - а) покровных костей черепа;
 - б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка;
 - в) сосудистых сплетений;
 - г) отверстий в основании черепа;
 - д) черепных швов.
5. Симпатические клетки лежат:
 - а) в передних рогах;
 - б) в задних рогах;
 - в) в передних и задних рогах;
 - г) главным образом, в боковых рогах.
6. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте:

- а) до 2 месяцев;
 - б) до 3 месяцев;
 - в) до 4 месяцев;
 - г) до 1 года.
7. К миелоэнцефальным позотоническим рефлексам относят:
- а) асимметричный тонический шейный;
 - б) симметричный тонический шейный;
 - в) тонический лабиринтный;
 - г) верно а) и б);
 - д) все перечисленные.
8. Принцип реципрокности заключается :
- а) в расслаблении антагонистов и агонистов;
 - б) в расслаблении только агонистов;
 - в) в расслаблении только антагонистов;
 - г) в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов.
9. Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста:
- а) раннего;
 - б) дошкольного;
 - в) младшего школьного;
 - г) старшего школьного.
10. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей:
- а) при стафилококковой инфекции;
 - б) грудного возраста;
 - в) при иммунодефиците;
 - г) с ликвореей;
 - д) с аллергией.
12. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются:
- а) в стволе мозга;
 - б) в затылочной доле;
 - в) в лобной доле;
 - г) в височной доле.
13. Детям назначают диазепам в суточной дозе:
- а) 0.05-0.1 мг/кг;
 - б) 0.12-0.8 мг/кг;
 - в) 1-1.5 мг/кг;
 - г) 1.5-2 мг/кг.
14. Индометацин не рекомендуется назначать детям:
- а) до 5 лет;
 - б) до 7 лет;
 - в) до 10 лет;
 - г) до 12 лет.
15. Суточная доза соннапакса (тиоридазина) для детей раннего школьного возраста составляет:
- а) 2.5-5 мг;
 - б) 5-10 мг;
 - в) 10-30 мг;
 - г) 50-100 мг.
16. В развитии генерализованного тика у детей роль наследственных факторов:
- а) отсутствует;
 - б) незначительная;
 - в) значительная;

- г) зависит от возраста родителей;
 - д) зависит от пола больного.
17. При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают:
- а) только вялые парезы ног;
 - б) только вялые парезы рук;
 - в) вялые парезы рук и ног;
 - г) только парезы мышц туловища;
 - д) парез мышц рук, ног и туловища.
18. Поражение нервной системы при наследственных нарушениях обмена у детей преимущественно связано:
- а) с нарушением мозгового кровообращения;
 - б) с эндокринными нарушениями;
 - в) с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена;
 - г) с гипоксией нейрона;
 - д) с изменением клеточной проницаемости.
19. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно:
- а) для болезни с нарушением аминокислотного обмена;
 - б) для болезни углеводного обмена;
 - в) для мукополисахаридоза;
 - г) для липидозов;
 - д) для лейкодистрофии.
20. В характеристику болезни Дауна входит все перечисленное, кроме:
- а) лица "клоуна";
 - б) олигофрении;
 - в) нарушения речи;
 - г) нарушения моторики;
 - д) пирамидной недостаточности.
21. У пациентов с болезнью Дауна обычно имеют место все перечисленные признаки, кроме:
- а) порока сердца;
 - б) ожирения;
 - в) полидактилии;
 - г) гипоспадии;
 - д) ломкости костей.
22. Синдром Марфана характеризуется:
- а) арахнодактилией;
 - б) пороками сердца;
 - в) подвывихами хрусталика;
 - г) задержкой умственного развития;
 - д) всеми перечисленными симптомами.
23. Большая масса тела при рождении, кушингоидные черты, увеличение размеров сердца, печени, селезенки, микроцефалия (реже гидроцефалия) характерны:
- а) для врожденной краснухи;
 - б) для тиреотоксической эмбриофетопатии;
 - в) для диабетической эмбриопатии;
 - г) для фетального алкогольного синдрома (ФАС).
24. Первичный гипотиреоз у детей характеризуется:
- а) сухостью и иктеричностью кожи;
 - б) грубым голосом, микроглоссией;
 - в) ломкими "матовыми" волосами;

- г) грубой задержкой психомоторного развития;
 - д) всем перечисленным.
25. Вторичная микроцефалия у детей развивается:
- а) в пренатальном периоде;
 - б) только постнатально;
 - в) в перинатальном периоде и в первые месяцы жизни;
 - г) в любом возрасте;
 - д) всегда в возрасте старше 1 года.
26. Дети с микроцефалией обычно наблюдаются невропатологом:
- а) до 15 лет;
 - б) до старшего школьного возраста;
 - в) до младшего дошкольного возраста;
 - г) в раннем возрасте, далее наблюдаются психиатром.
27. Большинство гидроцефалий у детей являются:
- а) травматическими;
 - б) токсическими;
 - в) гипоксическими;
 - г) врожденными;
 - д) приобретенными.
28. В наиболее тяжелых случаях при гидроцефалии у детей развивается:
- а) неврит зрительного нерва;
 - б) гидроанэнцефалия;
 - в) пирамидная недостаточность;
 - г) дистрофия подкорковых узлов;
 - д) поражение мозжечка и его связей.
29. Выраженный тетрапарез, психическая отсталость, псевдобульбарный синдром характерны:
- а) для гидроанэнцефалии;
 - б) для окклюзионной гидроцефалии;
 - в) для наружной гидроцефалии;
 - г) для гидроцефалии после родовой травмы;
 - д) для сообщающейся гидроцефалии;
30. Усиление пальцевых вдавлений на краниограмме характерно для гидроцефалии:
- а) только наружной;
 - б) окклюзионной;
 - в) сообщающейся.
31. Декомпенсация гидроцефалии у детей особенно часто возникает:
- а) при вирусных инфекциях;
 - б) при кишечных инфекциях;
 - в) при нейроинфекциях;
 - г) при черепных травмах;
 - д) при черепных травмах и инфекциях.
32. В течении перинатальной энцефалопатии выделяют:
- а) острый период;
 - б) ранний восстановительный период;
 - в) поздний восстановительный период;
 - г) все перечисленные периоды.
33. Выраженная мышечная гипотония новорожденных является отражением:
- а) гипоксии головного мозга, незрелости;
 - б) травмы головного и спинного мозга;

- в) повреждения мозга непрямым билирубином;
- г) дегенерации передних рогов спинного мозга;
- д) возможны все перечисленные причины.

34. Атрофия кисти, трофические нарушения и симптом Горнера типичны:

- а) для пареза Эрба – Дюшенна;
- б) для пареза Дежерин – Клюмпке;
- в) для тотального пареза руки;
- г) для пареза диафрагмы;
- д) для тетрапареза.

34. Структурный дефект головного мозга при детском церебральном параличе может оказать влияние на развитие:

- а) только двигательной сферы;
- б) только речи;
- в) головного мозга в целом;
- г) влияние не оказывает.

35. Точные сроки повреждения головного мозга при детском церебральном параличе:

- а) установить никогда нельзя;
- б) устанавливаются лишь в части случаев;
- в) всегда точно известны по сопутствующим признакам;
- г) устанавливаются только морфологически.

36. Нарушению мозгового кровообращения в интра- или неонатальном периоде, ведущему к детскому церебральному параличу, обычно предшествуют:

- а) внутриутробная инфекция;
- б) метаболические нарушения;
- в) внутриутробная гипоксия или асфиксия;
- г) травма беременной женщины;
- д) аллергия беременной женщины.

37. Сходящееся косоглазие при спастической диплегии обычно связано с поражением:

- а) ядра отводящего нерва с одной стороны;
- б) ядер отводящего нерва с обеих сторон;
- в) корешков отводящего нерва на основании мозга;
- г) ретикулярной формации мозгового ствола;
- д) коркового центра зрения с обеих сторон.

38. Распространенность детского церебрального паралича составляет на 1000 детского населения:

- а) 0.5 и ниже;
- б) 1.5-2.0;
- в) 5 и более;
- г) 10 и более;
- д) 15 и более.

39. Для гиперкинетической формы детского церебрального паралича характерно наличие:

- а) атетоза;
- б) хореического гиперкинеза;
- в) торсионной дистонии;
- г) хореоатетоза;
- д) всего перечисленного.

40. Снижение слуха при детском церебральном параличе чаще встречается:

- а) при спастической диплегии;
- б) при двойной гемиплегии;
- в) при гемипаретической форме на стороне пареза;

- г) при гиперкинетической форме после ядерной желтухи;
- д) при атонически-астатической форме.

41. На протяжении 2-3 лет жизни у ребенка с детским церебральным параличом необходимо воспитывать:

- а) стереогноз;
- б) праксис;
- в) пространственную ориентацию;
- г) предречевые и речевые навыки;
- д) все перечисленные навыки.

42. В детском, особенно раннем, возрасте силу механического удара смягчает:

- а) отсутствие плотных сращений черепных швов;
- б) эластичность покровных тканей черепа;
- в) относительное увеличение субарахноидального пространства;
- г) все перечисленное.

43. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается:

- а) эпилептический синдром;
- б) неврозоподобный синдром;
- в) гипоталамический синдром;
- г) гидроцефальный синдром;
- д) церебрастенический синдром.

44. Исходом ушиба головного мозга у детей может быть:

- а) травматический арахноидит;
- б) органический церебральный дефект;
- в) системный невроз;
- г) травматическая эпилепсия;
- д) церебрастенический и гипертензионно-гидроцефальный синдром.

45. Эпидуральная гематома часто наблюдается у детей:

- а) при переломе костей свода черепа;
- б) при переломе основания черепа;
- в) при переломе только внутренней пластинки;
- г) только при линейном переломе.

46. При переломе основания черепа у детей часто возникает:

- а) эпидуральная гематома;
- б) субарахноидальное кровоизлияние;
- в) субпапневротическая гематома;
- г) гемипарез;
- д) ликворрея.

47. Санаторно-курортное лечение больным с травмой спинного мозга показано у детей:

- а) спустя 1-2 месяца;
- б) спустя 2-3 месяца;
- в) спустя 5-6 месяцев;
- г) спустя 1 год.

48. С целью предупреждения развития стойкой церебрастении после острого периода черепно-мозговой травмы рекомендуется назначение детям:

- а) ноотропов;
- б) липоцеребрина;
- в) фитина, кальция глицерофосфата;
- г) витаминов;
- д) всего перечисленного.

49. При частичном разрыве спинного мозга у детей возможно:

- а) почти полное восстановление;
 - б) частичное восстановление;
 - в) положительной динамики не бывает;
 - г) положительная динамика лишь в раннем возрасте.
50. При переломе позвонка, его смещении и вывихе может возникнуть:
- а) субарахноидальное кровоизлияние;
 - б) синдром сдавления спинного мозга и корешков;
 - в) распространенный полирадикулоневрит;
 - г) поражение передних рогов спинного мозга;
 - д) серозный менингит.

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Неврология [Электронный ресурс] / Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441435.html>
2. Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров ; под общ. ред. Е.И. Гусева – М. : Литтерра, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502928.html>
3. Нейрометаболические заболевания у детей и подростков : диагностика и подходы к лечению [Электронный ресурс] / С. В. Михайлова, Е. Ю. Захарова, А. С. Петрухин – М. : Литтерра, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502546.html>
4. Практическая неврология [Электронный ресурс] / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html>
5. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Электронный ресурс] / К.В. Котенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – (Серия "Библиотека врача-специалиста"). Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437490.html>
6. Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>

Дополнительная литература:

1. Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия [Электронный ресурс] / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шахпаронова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428528.html>
2. Частная неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.html>
3. Клиническая эпилептология [Электронный ресурс] / Киссин М.Я. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419427.html>