

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Владимирский государственный университет  
имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых»  
(ВлГУ)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор  
по образовательной деятельности

А.А.Панфилов

2019 г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ  
НЕВРОПАТОЛОГИЯ**

(наименование дисциплины)

Направление подготовки 43.03.03 – Специальное (дефектологическое) образование

Профиль/программа подготовки – Логопедия

Уровень высшего образования – бакалавриат

Форма обучения – очная

Семестр	Трудоемкость зач. ед./час.	Лекции, час.	Практич. занятия, час.	Лаборат. работы, час.	СРС, час.	Форма промежуточной аттестации (экз./зачет)
4	4/144	18	18	-	72	Экзамен, 36 ч.
Итого	4/144	18	18	-	72	Экзамен, 36 ч.

Владимир 2019

## 1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины - формирование системы знаний о строении и принципе функционирования нервной системы; о структуре дефекта, его локализации, многообразии и степени выраженности патологических проявлений

Задачи:

- на уровне представлений ознакомить студентов с основными аспектами и проблемами науки невропатологии и психиатрии; сформировать понятия о симптоме и синдроме, являющихся базой для представления патологии нервной системы;

- на уровне воспроизведения: ознакомить с теориями, концепциями, направлениями современной науки, онтогенезом, филогенезом НС, невропатологическими симптомами и синдромами;

- на уровне понимания: владеть знаниями о функционировании различных механизмов психики при различных заболеваниях НС.

## 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

Дисциплина «Невропатология» относится к базовой части учебного плана

Пререквизиты дисциплины «Возрастная анатомия, физиология и гигиена», «Основы нейрофизиологии и высшей нервной деятельности».

## 3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенные с планируемыми результатами освоения ОПОП

Код формируемых компетенций	Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине характеризующие этапы формирования компетенций (показатели освоения компетенции)
1	2	3
ОПК – 8	полное	Знать: - сущность педагогического общения; - способы построения межличностных отношений; - технологии продуктивного общения для решения конкретных профессионально-педагогических задач Уметь: анализировать различные коммуникативные ситуации, выстраивая наиболее целесообразную стратегию собственного поведения Владеть: навыками и приемами эффективного разрешения возникающих в образовательном процессе различных педагогических задач и ситуаций.
ПК-4	полное	Знать: основные направления образовательнокоррекционной деятельности с детьми с нарушением зрения с различной структурой дефекта; структуру и основные направления анализа образовательнокоррекционной деятельности. Основные функции педагога на каждом этапе педагогического процесса. Основные направления деятельности педагога. Уметь: анализировать опыт специалистов по организации и реализации образовательнокоррекционной деятельности. Осуществлять психологопедагогический анализ уроков по предметам учебных планов Владеть: навыками работы с информационным и источниками; навыками критического анализа; навыками анализа уроков по предметам учебных планов.
ПК-6	полное	Знать: методы проведения специальных медико-психолого-педагогических

		обследований, основные клинико-психолого-педагогические квалификации нарушений в развитии у лиц с ОВЗ Уметь: оперировать основные методы осуществления дифференциальной диагностики лиц с ОВЗ. Владеть: современными методиками и технологиями организации медико-психолого-педагогического обследования лиц с ОВЗ
--	--	--

#### 4. ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ

Трудоёмкость дисциплины составляет 4 зачетных единицы, 144 часа

№ п/п	Наименование тем и/или разделов/тем дисциплины	Семестр	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)			Объем учебной работы, с применением интерактивных методов (в часах / %)	Формы текущего контроля успеваемости, форма промежуточной аттестации (по семестрам)
				Лекции	Практические занятия	Лабораторные работы		
1	Общие сведения о невропатологии	4	1-3	5	5	20	5/50%	
2	Наследственные нервные болезни	4	4-8	5	5	20	5/50%	Рейтинг контроль №1
3	Инфекционные травматические и функциональные болезни	4	9-12	4	4	20	4/50%	Рейтинг контроль №2
4	Невропатологические основы речи, слуха, зрения	4	13-18	4	4	12	4/50%	Рейтинг контроль №3
Всего за 4 семестр:		4	18	18	18	72	18/50%	Экзамен
Наличие в дисциплине КП/КР						-		
Итого по дисциплине		4	18	18	18	72	18/50%	Экзамен

#### Содержание лекционных занятий по дисциплине

##### Раздел 1. Общие сведения о невропатологии

Тема 1. Определение предмета невропатологии детского возраста, задач данного курса.

Тема 2. Связь невропатологии и дефектологии с целью оптимальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями.

Тема 3. Краткие анатомо – физиологические данные и общая морфология центральной и периферической нервной системы.

Тема 4. Развитие нервной системы ребенка.

Тема 5. Морфология нервной клетки.

Тема 6. Кровоснабжение центральной нервной системы.

Тема 7. Вегетативная нервная система.

Тема 8. Топический и нозологический диагноз заболеваний нервной системы.

Тема 9. Современные представления об организации произвольного движения.

Тема 10. Пирамидный путь: строение, функциональное значение.

Тема 11. Центральные и периферические мотонейроны.

Тема 12. Клинические признаки их поражения на различных уровнях ( периферический нерв, сплетение, корешок, сегмент спинного мозга, боковой канатик, внутренняя капсула, лучистый венец, кора головного мозга).

Тема 13. Центральная, периферическая, вегетативная нервная система, особенности строения и функции.

Тема 14. Принципы работы основных анализаторов (зрительного, слухового, кожно-кинестетического).

Тема 15. Центральный и периферический парезы: изменения мышечного тонуса и рефлексов, трофики мышц.

Тема 16. Головной мозг. Анатомия продолговатого мозга и моста. Ромбовидная ямка. Проводящие пути и краниальные нервы. Анатомия мозжечка. Форма и положение, пути и ядра мозжечка.

Тема 17. Пирамидная и экстрапирамидная система. Строение синапса. Оболочки головного мозга, желудочки мозга, цереброспинальная жидкость.

Тема 18. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни как следствие поражение нервной системы различного генеза. Выявить вредные факторы, действующие на мозг в период его интенсивного развития.

Тема 19. Формирование двигательных навыков детей первого года жизни по триместрам. Основы психической деятельности.

Тема 20. До речевое развитие ребенка первого года жизни.

Тема 21. Методика исследования перво-психических функций адекватно возрасту ребенка и оценка отклонений в развитии на каждом возрастной этапе.

Тема 22. Анатомия и физиология спинного мозга. Структура столбов спинного мозга. Сегментарный аппарат и проводящие пути спинного мозга. Рефлекторная деятельность спинного мозга. Симптомы и синдромы поражения спинного мозга, методы их диагностики.

## **Раздел 2. Наследственные нервные болезни**

Тема 1. Роль черепно-мозговых нервов и значение нарушения их функций в организме человека.

Тема 2. Нарушения функций черепных нервов с I по XII пары. Причины и механизмы их возникновения, формы заболеваний.

Тема 3. Бульбарная группа нервов. Ее основные функции и их нарушения. Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Механизмы их возникновения, основные признаки. Дифференциальная диагностика этих параличей. Значение этих параличей в формировании структуры дефекта и патологии речевой функции. Методы, позволяющие определить наличие бульбарного и псевдобульбарного параличей.

Тема 4. Приемы выявления симптомов орального автоматизма. Вегетативная нервная система: симпатический и парасимпатический отделы. Возрастные особенности функций вегетативной нервной системы.

Тема 5. Центры регуляции вегетативных функций. Синдромы поражения вегетативной нервной системы (гипоталамические синдромы) – этиология, клиническая картина, значение для дефектологии. Методы исследования вегетативных функций в норме и при патологических состояниях.

Тема 6. Классификация агнозий (зрительной, слуховой, тактильной).

Характеристика предметной, оптико-пространственной, буквенной, лицевой, цветовой, симультанной агнозий, нарушения слуховой памяти, слуховой ритмики, амузии.

Тема 7. Виды нарушений праксиса (моторная, кинестетическая, зрительно-пространственная, регуляторная апраксия). Их клинические особенности.

Тема 8. Значение агнозий и апраксий для обучения, трудовой деятельности и право-левой ориентировки у детей. Методы выявления агнозий. Методы исследования апраксий.

## **Раздел 3. Инфекционные травматические и функциональные болезни**

Тема 1. Менингиты и энцефалиты. Полиомиелит. Этиология, классификация, клиническая картина.

Тема 2. Тактика педагога-дефектолога при обучении детей, перенесших острые нейроинфекции.

Тема 3. Поражение нервной системы при ревматизме – малая хореза. Этиология, клинические проявления, последствия. Тактика педагога-дефектолога в отношении заболевшего ученика в остром и отдаленном периоде малой хорезы.

Тема 4. Сифилитические поражения нервной системы.

Тема 5. Патогенез черепно-мозговой травмы. Виды закрытой черепно-мозговой травмы. Основные характеристики этих состояний. Остаточные явления ушиба головного мозга и их роль в формировании дефекта. Адекватность оценки состояния ребенка при травме и тактика педагога-воспитателя при этом.

Тема 6. Эпилепсия симптоматическая и первично-генерализованная.

#### **Раздел 4. Невропатологические основы речи, слуха, зрения**

Тема 1. Основные этапы речевого развития. Анатомо-физиологические механизмы речи в норме и патологии. Виды нарушений нервной системы, влияющие на работу речедвигательного аппарата, артикуляцию звуков, голосообразование, звукопроизношение.

Тема 2. Дизартрии, их виды. Некоторые патологические процессы в нервной системе, приводящие к дизартрии.

Тема 3. Роль поражения периферического двигательного нейрона в возникновении бульбарной дизартрии. Значение расстройства деятельности центрального двигательного нейрона в появлении псевдобульбарной дизартрии. Механизмы нарушения звукопроизношения при этом. Дифференциальная диагностика бульбарной и псевдобульбарной дизартрий.

Тема 4. Роль мозжечка в формировании речи. Его влияние на голосообразование и артикуляцию звуков. Характеристика речевых расстройств при мозжечковой дизартрии.

Тема 5. Характеристика речевых расстройств при экстрапирамидной (подкорковой, гиперкинетической) дизартрии. Методы обнаружения экстрапирамидной дизартрии и ее отличие от других форм дизартрии.

Тема 6. Коррекция разных видов дизартрий.

Тема 7. Поражение корковых речевых зон: алалия, ее причины. Виды алалий. Моторная и сенсорная алалии.

Тема 8. Афазии. Причины и механизмы их появления. Принципиальное отличие от алалий. Виды афазий. Моторная афазия. Сходство и различие с дизартрией. Сенсорная афазия. Ее виды. Место поражения в коре головного мозга и механизмы их появления. Основные признаки, характеризующие разные виды афазий. Дифференциальная диагностика между ними. Комплексная коррекционная работа с такими детьми.

Тема 9. Расстройства чтения и письма – дислексия и дисграфия. Причины и механизмы их возникновения. Основные характеристики этих нарушений. Методы их выявления. Связь этих расстройств с нарушениями устной речи и двигательных расстройств в целом.

Тема 10. Методы лечения и реабилитации детей с нарушением мозгового кровообращения, опухолями головного мозга, ДЦП, эпилепсией, инфекционными заболеваниями, нарушениями мозгового кровообращения и др.

#### **Содержание практических/лабораторных занятий по дисциплине**

##### **Раздел 1. Общие сведения о невропатологии**

Тема 1. Определение предмета невропатологии детского возраста, задач данного курса.

- Тема 2. Связь невропатологии и дефектологии с целью оптимальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями.
- Тема 3. Краткие анатомо – физиологические данные и общая морфология центральной и периферической нервной системы.
- Тема 4. Развитие нервной системы ребенка.
- Тема 5. Морфология нервной клетки.
- Тема 6. Кровоснабжение центральной нервной системы.
- Тема 7. Вегетативная нервная система.
- Тема 8. Топический и нозологический диагноз заболеваний нервной системы.
- Тема 9. Современные представления об организации произвольного движения.
- Тема 10. Пирамидный путь: строение, функциональное значение.
- Тема 11. Центральный и периферический мотонейроны.
- Тема 12. Клинические признаки их поражения на различных уровнях ( периферический нерв, сплетение, корешок, сегмент спинного мозга, боковой канатик, внутренняя капсула, лучистый венец, кора головного мозга).
- Тема 13. Центральная, периферическая, вегетативная нервная система, особенности строения и функции.
- Тема 14. Принципы работы основных анализаторов (зрительного, слухового, кожно-кинестетического).
- Тема 15. Центральный и периферический парезы: изменения мышечного тонуса и рефлексов, трофики мышц.
- Тема 16. Головной мозг. Анатомия продолговатого мозга и моста. Ромбовидная ямка. Проводящие пути и краниальные нервы. Анатомия мозжечка. Форма и положение, пути и ядра мозжечка.
- Тема 17. Пирамидная и экстрапирамидная система. Строение синапса. Оболочки головного мозга, желудочки мозга, цереброспинальная жидкость.
- Тема 18. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни как следствие поражения нервной системы различного генеза. Выявить вредные факторы, действующие на мозг в период его интенсивного развития.
- Тема 19. Формирование двигательных навыков детей первого года жизни по триместрам. Основы психической деятельности.
- Тема 20. До речевое развитие ребенка первого года жизни.
- Тема 21. Методика исследования нервно-психических функций адекватно возрасту ребенка и оценка отклонений в развитии на каждом возрастном этапе.
- Тема 22. Анатомия и физиология спинного мозга. Структура столбов спинного мозга. Сегментарный аппарат и проводящие пути спинного мозга. Рефлекторная деятельность спинного мозга. Симптомы и синдромы поражения спинного мозга, методы их диагностики.

## **Раздел 2. Наследственные нервные болезни**

- Тема 1. Роль черепно-мозговых нервов и значение нарушения их функций в организме человека.
- Тема 2. Нарушения функций черепных нервов с I по XII пары. Причины и механизмы их возникновения, формы заболеваний.
- Тема 3. Бульбарная группа нервов. Ее основные функции и их нарушения. Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Механизмы их возникновения, основные признаки. Дифференциальная диагностика этих параличей. Значение этих параличей в формировании структуры дефекта и патологии речевой функции. Методы, позволяющие определить наличие бульбарного и псевдобульбарного параличей.
- Тема 4. Приемы выявления симптомов орального автоматизма. Вегетативная нервная система: симпатический и парасимпатический отделы. Возрастные особенности функций вегетативной нервной системы.

Тема 5. Центры регуляции вегетативных функций. Синдромы поражения вегетативной нервной системы (гипоталамические синдромы) – этиология, клиническая картина, значение для дефектологии. Методы исследования вегетативных функций в норме и при патологических состояниях.

Тема 6. Классификация агнозий (зрительной, слуховой, тактильной).

Характеристика предметной, оптико-пространственной, буквенной, лицевой, цветовой, симультанной агнозий, нарушения слуховой памяти, слуховой аритмии, амузии.

Тема 7. Виды нарушений праксиса (моторная, кинестетическая, зрительно-пространственная, регуляторная апраксия). Их клинические особенности.

Тема 8. Значение агнозий и апраксий для обучения, трудовой деятельности и право-левой ориентировки у детей. Методы выявления агнозий. Методы исследования апраксий.

### **Раздел 3. Инфекционные травматические и функциональные болезни**

Тема 1. Менингиты и энцефалиты. Полиомиелит. Этиология, классификация, клиническая картина.

Тема 2. Тактика педагога-дефектолога при обучении детей, перенесших острые нейроинфекции.

Тема 3. Поражение нервной системы при ревматизме – малая хорея. Этиология, клинические проявления, последствия. Тактика педагога-дефектолога в отношении заболевшего ученика в остром и отдаленном периоде малой хорей.

Тема 4. Сифилитические поражения нервной системы.

Тема 5. Патогенез черепно-мозговой травмы. Виды закрытой черепно-мозговой травмы. Основные характеристики этих состояний. Остаточные явления ушиба головного мозга и их роль в формировании дефекта. Адекватность оценки состояния ребенка при травме и тактика педагога-воспитателя при этом.

Тема 6. Эпилепсия симптоматическая и первично-генерализованная.

### **Раздел 4. Невропатологические основы речи, слуха, зрения**

Тема 1. Основные этапы речевого развития. Анатомо-физиологические механизмы речи в норме и патологии. Виды нарушений нервной системы, влияющие на работу речедвигательного аппарата, артикуляцию звуков, голосообразование, звукопроизношение.

Тема 2. Дизартрии, их виды. Некоторые патологические процессы в нервной системе, приводящие к дизартрии.

Тема 3. Роль поражения периферического двигательного нейрона в возникновении бульбарной дизартрии. Значение расстройства деятельности центрального двигательного нейрона в появлении псевдобульбарной дизартрии. Механизмы нарушения звукопроизношения при этом. Дифференциальная диагностика бульбарной и псевдобульбарной дизартрий.

Тема 4. Роль мозжечка в формировании речи. Его влияние на голосообразование и артикуляцию звуков. Характеристика речевых расстройств при мозжечковой дизартрии.

Тема 5. Характеристика речевых расстройств при экстрапирамидной (подкорковой, гиперкинетической) дизартрии. Методы обнаружения экстрапирамидной дизартрии и ее отличие от других форм дизартрии.

Тема 6. Коррекция разных видов дизартрий.

Тема 7. Поражение корковых речевых зон: алалия, ее причины. Виды алалий. Моторная и сенсорная алалии.

Тема 8. Афазии. Причины и механизмы их появления. Принципиальное отличие от алалий. Виды афазий. Моторная афазия. Сходство и различие с дизартрией. Сенсорная афазия. Ее виды. Место поражения в коре головного мозга и механизмы их появления.

Основные признаки, характеризующие разные виды афазий. Дифференциальная диагностика между ними. Комплексная коррекционная работа с такими детьми.

Тема 9. Расстройства чтения и письма – дислексия и дисграфия. Причины и механизмы их возникновения. Основные характеристики этих нарушений. Методы их выявления. Связь этих расстройств с нарушениями устной речи и двигательных расстройств в целом.

Тема 10. Методы лечения и реабилитации детей с нарушением мозгового кровообращения, опухолями головного мозга, ДЦП, эпилепсией, инфекционными заболеваниями, нарушениями мозгового кровообращения и др.

## 5. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В преподавании дисциплины «Невропатология» используются разнообразные образовательные технологии как традиционные, так и с применением активных и интерактивных методов обучения.

Активные и интерактивные методы обучения:

Интерактивная лекция (1 –4 раздел);

Групповая дискуссия (1 –4 раздел);

Ролевые игры (1-4 раздел);

Тренинг (1-4 раздел);

Анализ ситуаций (1 –4 раздел);

Применение имитационных моделей (1 –4 раздел);

Разбор конкретных ситуаций (1 –4 раздел);

## 6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

### *1 рейтинг контроль*

001. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы

- а) верхней прямой
- б) наружной прямой
- в) нижней прямой
- г) нижней косой

002. Мидриаз возникает при поражении

- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
- г) среднего непарного ядра
- д) ядра медиального продольного пучка



003. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
- а) T6 или T7
  - б) T8 или T9
  - в) T9 или T10
  - г) T10 или T11
004. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а) гипотрофии мышц
  - б) повышения сухожильных рефлексов
  - в) нарушения функции тазовых органов
  - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
005. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- а) палеостриатума
  - б) неостриатума
  - в) медиального бледного шара
  - г) латерального бледного шара
006. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
  - б) медиально
  - в) вентрально
  - г) дорсально
007. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
  - б) медиально
  - в) вентрально
  - г) дорсально
008. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
- а) в продолговатом мозге
  - б) в мосту мозга
  - в) в ножках мозга
  - г) в зрительном бугре
009. Медиатором тормозного действия является
- а) ацетилхолин
  - б) ГАМК
  - в) норадреналин
  - г) адреналин
010. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а) в латеральном ядре бледного шара
  - б) в полосатом теле
  - в) в медиальном ядре бледного шара
  - г) в субталамическом ядре
011. Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атакия
- а) мозжечковая
  - б) сенситивная
  - в) вестибулярная
  - г) корковая
012. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а) красное ядро
  - б) люисово тело

- в) черное вещество
  - г) полосатое тело
013. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
  - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
  - в) зрительной лучистости
  - г) зрительных трактов
014. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- а) зрительного тракта
  - б) зрительного перекреста
  - в) наружного колленчатого тела
  - г) зрительной лучистости
015. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а) биназальная
  - б) гомонимная
  - в) битемпоральная
  - г) нижнеквадрантная
016. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а) зрительного тракта
  - б) зрительного перекреста
  - в) зрительной лучистости
  - г) внутренней капсулы
017. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- а) задний спинно-мозжечковый
  - б) передний спинно-мозжечковый
  - в) лобно-мосто-мозжечковый
  - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
018. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- а) обонятельного бугорка
  - б) обонятельной луковицы
  - в) височной доли
  - г) теменной доли
019. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
  - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
  - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
  - г) зрительной лучистости с двух сторон
020. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
  - б) шейного отдела спинного мозга
  - в) поясничного утолщения спинного мозга
  - г) конского хвоста спинного мозга
021. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется
- а) в верхних отделах моста мозга
  - б) в нижних отделах моста мозга
  - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
  - г) в ножках мозга
022. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
  - б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
  - в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
  - г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

023. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
- а) динамическая
  - б) вестибулярная
  - в) статическая
  - г) сенситивная
024. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
  - б) в правом полушарии мозжечка
  - в) в мосту мозга слева
  - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
025. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
- а) астроциты
  - б) олигодендроглициты
  - в) микроглициты
  - г) эпендимоциты
026. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла
- а) вестибулярного
  - б) крылонебного
  - в) коленчатого
  - г) Гассерова
027. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается
- а) на третьем месяце внутриутробного развития
  - б) в конце первого года жизни
  - в) в начале второго года жизни
  - г) на последнем месяце внутриутробного развития
028. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов
- а) C1-C4
  - б) C2-C5
  - в) C3-C6
  - г) C4-C7
  - д) C5-C8
029. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) C5-C8
  - б) C5-C8, T1-T2
  - в) C6-C8
  - г) C8-T2
030. Нервные импульсы генерируются
- а) клеточным ядром
  - б) наружной мембраной
  - в) аксоном
  - г) нейрофиламентами
031. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят
- а) черное вещество
  - б) гиппокамп
  - в) миндалина
  - г) мамиллярные тела
  - д) ретикулярная формация
032. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра
- а) нежное и клиновидное
  - б) спинно-мозгового пути тройничного нерва
  - в) подъязычных нервов
  - г) лицевого, отводящего нервов

033. В состав среднего мозга не входят
- а) красные ядра
  - б) ядра блокового нерва
  - в) ядра глазодвигательного нерва
  - г) ядра отводящего нерва
034. Гемипарез, гемиплегия, гемипарез характерны для поражения
- а) бледного шара
  - б) хвостатого ядра
  - в) красного ядра
  - г) таламуса
035. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
  - б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
  - в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
  - г) спастическим парезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
036. Истинный астероэгноз обусловлен поражением
- а) лобной доли
  - б) височной доли
  - в) теменной доли
  - г) затылочной доли
037. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении
- а) наружных отделов зрительного перекреста
  - б) язычной извилины
  - в) глубоких отделов теменной доли
  - г) первичных зрительных центров в таламусе
038. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
- а) инкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
  - б) инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
  - в) телец Меркеля
  - г) телец Фатера - Пачини
039. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга
- а) С3-С4
  - б) С5-С6
  - в) С7-С8
  - г) С8-Т1
  - д) Т1-Т2
040. Парное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
- а) на свет
  - б) на болевое раздражение
  - в) на конвергенцию
  - г) на аккомодацию
041. Больной со зрительной агнозией
- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
  - б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
  - в) не видит предметы по периферии полей зрения
  - г) видит предметы, но не узнает их
042. Больной с моторной афазией
- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
  - б) не понимает обращенную речь и не может говорить
  - в) может говорить, но не понимает обращенную речь
  - г) может говорить, но речь скандированная

043. Больной с сенсорной афазией
- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
  - б) понимает обращенную речь, но не может говорить
  - в) может говорить, но забывает названия предметов
  - г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
  - д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
044. Амнестическая афазия наблюдается при поражении
- а) лобной доли
  - б) теменной доли
  - в) стыка лобной и теменной доли
  - г) стыка височной и теменной доли
045. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- а) ножек мозга
  - б) моста мозга
  - в) продолговатого мозга
  - г) покрышки среднего мозга
046. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
  - б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
  - в) колена внутренней капсулы слева
  - г) заднего бедра внутренней капсулы слева
047. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
- а) в основании ножки мозга
  - б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
  - в) в области красного ядра
  - г) в основании нижней части моста мозга
048. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного
- а) спинальной формы рассеянного склероза
  - б) цервикальной сирингомиелии
  - в) экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
  - г) интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
  - д) верно а) и в)
  - е) верно б) и г)
049. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие
- а) нижнего вялого парапареза
  - б) диссоциированной параанестезии
  - в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
  - г) сенситивной атаксии нижних конечностей
050. Ветвью шейного сплетения является
- а) малый затылочный нерв
  - б) подкрыльцовый нерв
  - в) лучевой нерв
  - г) срединный нерв
051. Ветвью плечевого сплетения является
- а) диафрагмальный нерв
  - б) подкрыльцовый нерв
  - в) надключичный нерв
  - г) большой ушной нерв
052. В состав поясничного сплетения входит
- а) бедренный нерв
  - б) бедренно-половой нерв
  - в) седалищный нерв

- г) верно а) и б)  
д) верно а) и в)
053. Малый затылочный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов  
а) C3-C4  
б) C1-C3  
в) C2-C4  
г) C1-C4
054. Бедренный нерв образуют корешки  
а) L3  
б) L2-L4  
в) L1-L2  
г) L1-L4
055. Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов  
а) S1-S3  
б) S1-S5  
в) L4-S4  
г) L3-S5
056. Седалищный нерв составляют волокна корешков  
а) S1-S2  
б) L5-S3  
в) S2-S3  
г) L5-S5
057. Малоберцовый нерв составляют волокна корешков  
а) L1-L2  
б) L2-L3  
в) L1-S2  
г) L4-S1
058. Надключичный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов  
а) C3-C4  
б) C2-C4  
в) C4-C6  
г) C2-C6
059. Большой ушной нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов  
а) C1-C2  
б) C1-C4  
в) C3  
г) C5
060. Диафрагмальный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов  
а) C1-C2  
б) C2-C3  
в) C3-C5  
г) C1-C5
061. При поражении диафрагмального нерва отмечается  
а) затруднение дыхания  
б) затруднение глотания  
в) икота  
г) рвота  
д) верно а) и в)  
е) верно а) и б)
062. Подкрыльцовый нерв иннервирует  
а) двуглавую мышцу плеча  
б) разгибатели предплечья  
в) дельтовидную мышцу  
г) все перечисленное

063. При поражении кожно-мышечного нерва отмечается
- а) снижение карпорадиального рефлекса
  - б) ослабление сгибания предплечья
  - в) снижение сгибательно-локтевого рефлекса
  - г) верно а) и б)
  - д) верно б) и в)
064. Поясничное сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) Th12-L4
  - б) L1-L5
  - в) Th11-L5
  - г) L1-L4
065. В большеберцовый нерв входят волокна корешков
- а) L1-L2
  - б) L3-L4
  - в) L4-S3
  - г) L1-S3
066. Компрессионное поражение запирательного нерва сопровождается
- а) болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
  - б) болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
  - в) болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
  - г) болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
067. При параличе Дюшенна - Эрба страдает функция мышц
- а) дельтовидной и трехглавой плеча
  - б) двуглавой и внутренней плеча
  - в) сгибателей кисти
  - г) верно а) и б)
  - д) верно б) и в)
068. Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при повреждении нерва
- а) срединного
  - б) локтевого
  - в) большеберцового
  - г) малоберцового
  - д) правильно а) и б)
  - е) правильно а) и в)
069. Для паралича Дежерин - Кломпке характерно нарушение чувствительности
- а) на наружной поверхности плеча
  - б) на внутренней поверхности плеча
  - в) на наружной поверхности предплечья
  - г) на внутренней поверхности предплечья
  - д) верно а) и в)
  - е) верно б) и г)
070. Для поражения лучевого нерва в верхней трети плеча не характерна слабость
- а) разгибателей предплечья
  - б) разгибателей кисти
  - в) мышцы, отводящей 1-й палец
  - г) дельтовидной мышцы
071. Для поражения лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерно наличие
- а) паралича разгибателей предплечья
  - б) выпадения рефлекса с трехглавой мышцей
  - в) паралича разгибателей кисти
  - г) верно а) и б)
  - д) верно а) и в)

072. Для поражения локтевого нерва на уровне запястья не является характерным
- а) слабость разгибания и приведения пятого пальца
  - б) нарушение приведения первого пальца
  - в) наличие гипестезии на тыльной поверхности пятого пальца
  - г) наличие парестезии по внутренней поверхности кисти
073. При поражении срединного нерва не возникает
- а) нарушение сгибания 1-го, 2-го и отчасти 3-го пальцев кисти
  - б) нарушение пронации кисти
  - в) слабость разгибателей средних фаланг 2-го и 3-го пальцев кисти
  - г) снижение мышечно-суставного чувства в концевых фалангах 2-го и 3-го пальцев кисти
  - д) атрофии межкостных мышц кисти
074. Для поражения бедренного нерва выше пупартовой связки характерно наличие
- а) гипестезии на передней поверхности бедра
  - б) паралича сгибателей бедра
  - в) паралича разгибателей голени
  - г) всего перечисленного
  - д) верно а) и б)
075. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов
- а) кортикоспинальных
  - б) кортиконуклеарных
  - в) лобно-мосто-мозжечковых
  - г) руброспинальных
076. Для тегментального синдрома не является характерным наличие
- а) атаксии на стороне очага
  - б) тремора, миоклонии на стороне очага
  - в) гемигипестезии на противоположной стороне
  - г) нарушения старт-рефлекса
  - д) гипотонии, миоза, энтофтальма на противоположной стороне
077. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении
- а) теменной доли
  - б) височной доли
  - в) лобной доли
  - г) затылочной доли
078. Слуховая агнозия наступает при поражении
- а) теменной доли
  - б) лобной доли
  - в) затылочной доли
  - г) височной доли
079. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня
- а) верхних отделов продолговатого мозга
  - б) нижних отделов продолговатого мозга
  - в) красных ядер
  - г) моста мозга
080. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клода) не является характерным наличие
- а) паралича глазодвигательного нерва на стороне очага
  - б) гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне
  - в) гемиатаксии на противоположной стороне
  - г) гипотонии мышц конечностей на противоположной стороне
  - д) интенционного тремора на противоположной стороне
081. Для альтернирующего синдрома Раймона - Сестана характерно наличие
- а) пареза взора
  - б) паралича глазодвигательного нерва
  - в) паралича отводящего нерва
  - г) спазма мимических мышц



082. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов
- а) лицевого и отводящего
  - б) лицевого и глазодвигательного
  - в) языкоглоточного нерва и блуждающего
  - г) подъязычного и добавочного
083. Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва
- а) языкоглоточного
  - б) блуждающего
  - в) добавочного
  - г) подъязычного
084. Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко) не является характерным наличие
- а) паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага
  - б) атаксии на стороне очага
  - в) сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага
  - г) нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне
  - д) гемипареза на противоположной очагу стороне
085. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли
- а) лобной
  - б) височной
  - в) теменной
  - г) затылочной
086. Асимметрия лицевой мускулатуры по типу центрального пареза лицевого нерва на фоне эмоциональных реакций больного (симптом Венсана) наблюдается при нарушении связей между таламусом
- а) и верхними отделами теменной доли
  - б) и нижними отделами теменной доли
  - в) и височной долей
  - г) и лобной долей
087. Апраксия возникает при поражении
- а) лобной доли доминантного полушария
  - б) лобной доли недоминантного полушария
  - в) теменной доли доминантного полушария
  - г) теменной доли недоминантного полушария
088. Расстройство схемы тела отмечается при поражении
- а) височной доли доминантного полушария
  - б) височной доли недоминантного полушария
  - в) теменной доли доминантного полушария
  - г) теменной доли недоминантного полушария
089. Сенсорная афазия возникает при поражении
- а) верхней височной извилины
  - б) средней височной извилины
  - в) верхнетеменной доли
  - г) нижней теменной доли
090. К лимбическому отделу больших полушарий мозга не относится
- а) гиппокамп
  - б) прозрачная перегородка
  - в) поясная извилина
  - г) круговая борозда островка
  - д) гипоталамус
091. Моторная апраксия в левой руке развивается
- а) при поражении колена мозолистого тела
  - б) при поражении ствола мозолистого тела
  - в) при поражении утолщения мозолистого тела
  - г) при всем перечисленном

092. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

- а) С5-Т10
- б) Т1-Т12
- в) С8-Л3
- г) Т6-Л4

093. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

- а) L4-L5-S1
- б) L5-S1-S2
- в) S1-S3
- г) S2-S4
- д) S3-S5

*2 рейтинг контроль*

001. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

- а) давлением шейных вен
- б) давлением на переднюю брюшную стенку
- в) наклоном головы вперед
- г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах

002. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

- а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- б) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
- в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения

003. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается

- а) в 10 раз
- б) в 6 раз
- в) в 4 раза
- г) в 2 раза

004. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

- а) 80-110 ммоль/л
- б) 40-60 ммоль/л
- в) 200-260 ммоль/л
- г) 120-130 ммоль/л

005. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно

- а) гиперемия, стертость границ диска
- б) раннее снижение зрительной функции
- в) сужение границ поля зрения
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

006. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

- а) на менингококковый менингит
- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой

007. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже

- а) папулезной сыпи
- б) телеангиэктазий
- в) "кофейных" пятен
- г) витилиго
- д) розеолезной сыпи

008. Рефлекс Чедлока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают

- а) сдавлением икроножной мышцы
- б) сдавлением ахиллова сухожилия
- в) штриховым раздражением подошвы
- г) штриховым раздражением кожи наружной лодыжки

009. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком

- а) ретробульбарной опухоли орбиты
- б) тромбоза глазничной артерии
- в) каротидно-кавернозного соустья
- г) супраселлярной опухоли гипофиза
- д) артериодэндотелиомы крыла основной кости

010. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует

- а) сильно наклонить голову больного вперед
- б) сдавить яремные вены
- в) надавить на переднюю брюшную стенку
- г) наклонить голову больного назад
- д) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

011. Для выявления амнестической афазии следует

- а) проверить устный счет
- б) предложить больному назвать окружающие предметы
- в) предложить больному прочитать текст
- г) убедиться в понимании больным обращенной речи

012. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному

- а) поднять руку
- б) коснуться правой рукой левого уха
- в) сложить заданную фигуру из спичек
- г) выполнить различные движения по подражанию

013. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному

- а) коснуться пальцем кончика носа
- б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
- в) сесть из положения лежа на спине со скрепленными на груди руками
- г) стоя, отклониться назад

014. Двусторонний экзофтальм является признаком

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

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

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

016. Проведение огневорологической калорической пробы противопоказано

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

017. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного

- а) с фуникулярным миелозом
- б) с дистальной моторной диабетической полинейропатией
- в) с невралгической амиотрофией Шарко - Мари
- г) с прогрессирующей мышечной дистрофией

д)с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

- 018.Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно
- а)для статико-локомоторной атаксии
  - б)для динамической атаксии
  - в)для лобной атаксии
  - г)для сенситивной атаксии
- 019.Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного
- а)осуществить фланговую походку
  - б)стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
  - в)стоя, отклониться назад
  - г)пройти с закрытыми глазами
- 020.Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("отрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком
- а)невриномы слухового нерва
  - б)невриномы тройничного нерва
  - в)холестеатомы мостомозжечкового угла
  - г)всех перечисленных новообразований
- 021.Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения
- а)ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов
  - б)перекреста зрительных нервов
  - в)шиповной борозды обеих затылочных долей
  - г)верно а) и б)
  - д)верно б) и в)
- 022.Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны
- а)для полиневропатии Гийена - Барре
  - б)для болезни (синдрома) Рейно
  - в)для синдрома Толоса - Ханта
  - г)для гранулематоза Вегенера
- 023.Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского
- а)стибают голову больного вперед
  - б)надавливают на область лонного сочленения
  - в)выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
  - г)сдавливают четырехглавую мышцу бедра
- 024.При оценке дермографизма следует учитывать, что в норме
- а)красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища
  - б)красный дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
  - в)белый дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища
  - г)белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
  - д)верно а) и г)
  - е)верно б) и в)
- 025.Особенности топографии нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении
- а)четверохолмия
  - б)продолговатого мозга
  - в)гипоталамуса
  - г)спинного мозга
- 026.В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
- а)Ашнера (глазосердечный рефлекс)
  - б)клиностатическая
  - в)ортостатическая
  - г)шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
- 027.Рассасывание физиологического раствора при пробе Олдрича замедлено
- а)при повышении тонуса симпатической нервной системы
  - б)при повышении тонуса парасимпатической нервной системы

- в) при снижении тонуса симпатической нервной системы  
г) верно б) и в)

028. Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить

- а) место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела  
б) рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры  
в) два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела  
г) на ощупь знакомые предметы

029. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах

- а) сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног  
б) сгибателях ног и разгибателях рук  
в) сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно  
г) повышение тонуса в агонистах сочетается со снижением тонуса в антагонистах

030. Продолжительность калорического нистагма при экспериментальной отоневрологической пробе в норме составляет

- а) 30 с  
б) 60 с  
в) 120 с  
г) 140 с

031. Дугообразная деструкция пирамиды височной кости и сопутствующие штриховые дугообразные петрификаты являются характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва  
б) холестеатомы мостомозжечкового угла  
в) невриномы тройничного нерва  
г) опухолемомы тройничного (Гассерова) узла  
д) всех перечисленных объемных образований

032. Координаторная синкинезия при произвольных движениях здоровых мышц характеризуется появлением в паретичных мышцах

- а) физиологически адекватных движений  
б) хореоатетойдных гиперкинезов  
в) мышечной ригидности  
г) произвольных сокращений с физиологически неадекватным движением

033. Продолжительность поствращательного нистагма при экспериментальной пробе в кресле Барани в норме составляет

- а) 30 с  
б) 60 с  
в) 5 с  
г) 120 с

034. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет

- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию  
б) нижнеквадрантную гемианопсию  
в) битемпоральную гемианопсию  
г) биназальную гемианопсию  
д) верхнеквадрантную гемианопсию

035. В норме уровень гематокрита у женщин равен

- а) 0.36-0.42 /л (36-42%)  
б) 0.12-0.26 /л (12-26%)  
в) 0.56-0.68 /л (56-68%)  
г) 0.78-0.96 /л (78-96%)

036. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс

- а) Бабинского  
б) Оппенгейма  
в) Россолимо  
г) Г'ордона  
д) Чеддока

037. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяют в случаях, если необходимо
- выявить отек мозга, сопутствующий инсульту
  - установить геморрагическое пропитывание очага ушиба мозга
  - определить геморрагический инфаркт мозга
  - оценить состояние гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса
038. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования
- четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
  - визуализируются сосуды мозга и оболочек
  - можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга
  - легко определяются петрификаты в ткани мозга
039. Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если
- у больного с инсультом диагностирован инфаркт миокарда
  - у больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола
  - у больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром Гертвига - Мажанди
  - верно все перечисленное
  - ничего из перечисленного
040. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить
- компьютерную томографию
  - компьютерную томографию с контрастированием
  - магнитно-резонансную томографию
  - позитронно-эмиссионную томографию
  - все методы одинаково информативны
041. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее
- 1.5+1.5 мм
  - 2.5+2.5 мм
  - 3.5+3.5 мм
  - 4.5+4.5 мм
042. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие
- лимфоцитарного плеоцитоза
  - увеличения содержания белка
  - увеличения содержания глюкозы и хлоридов
  - верно а) и б)
  - верно б) и в)
043. Характерным электроэнцефалографическим признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является
- диффузное снижение вольтажа волн
  - появление d- и q-волн
  - наличие пиков (спайков) и острых волн
  - наличие асимметричных гигантских волн
  - наличие сонных веретен
044. Разрешающая способность компьютерной томографии по определению разницы плотности разных тканей позволяет отличить
- ткань мозга и желудочки
  - ткань мозга и мозговые сосуды
  - ткань серого и белого вещества
  - все перечисленное
  - верно а) и в)
045. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
- усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
  - нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
  - усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
  - нарастанием неврологической симптоматики после пункции

046. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе
- а) Квеккенштедта
  - б) Стукса
  - в) Пуссера
  - г) верно б) и в)
  - д) верно а) и в)
047. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается
- а) невринома III в I (отитрической) стадии клинического течения
  - б) невринома III во II (отоневрологической) стадии клинического течения
  - в) опухоль височной доли
  - г) опухоль лобной доли
048. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного
- а) вирусами гриппа
  - б) пневмококком
  - в) вирусом паротита
  - г) туберкулезной палочкой
049. Решающее значение в диагностике менингита имеет
- а) острое начало заболевания с повышением температуры
  - б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
  - в) изменение спинномозговой жидкости
  - г) синдром инфекционно-токсического шока
050. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
  - б) нижнеквадрантную гемианопсию
  - в) битемпоральную гемианопсию
  - г) биназальную гемианопсию
  - д) верхнеквадрантную гемианопсию
051. Ликворологическими признаками, отличающими церебральный цистицеркоз от эхинококкоза, является
- а) повышение давления цереброспинальной жидкости
  - б) лимфоцитарно-моноцитарный плеоцитоз
  - в) наличие в ликворе эозинофилов
  - г) наличие в ликворе базофилов
052. Прорыв абсцесса в ликворные пути можно диагностировать на основании появления у больного
- а) высокой температуры
  - б) менингеального синдрома
  - в) мутной спинномозговой жидкости при пункции
  - г) всего перечисленного
  - д) верно а) и б)
053. Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в церебральной жидкости
- а) нарастания титра ВИЧ-антител
  - б) высокого лимфоцитарного плеоцитоза
  - в) повышения содержания иммуноглобулина G
  - г) верно а) и в)
  - д) верно а) и б)
054. Для подтверждения распространения воспалительного процесса на спинной мозг при гнойном эпидурите грудного отдела применяют следующие методы исследования, за исключением
- а) ревизии субарахноидального пространства
  - б) лумбальной пункции
  - в) нисходящей миелографии
  - г) компьютерной томографии
  - д) магнитно-резонансной томографии

055. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через
- а) 1 ч от начала заболевания
  - б) 2 ч от начала заболевания
  - в) 4 ч от начала заболевания
  - г) 6 ч и более от начала заболевания
056. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя
- а) 1 ч от начала кровоизлияния
  - б) 3 ч от начала кровоизлияния
  - в) 6 ч от начала кровоизлияния
  - г) 12 ч от начала кровоизлияния
  - д) 24 ч от начала кровоизлияния
057. Признак изоэлектрической линии при эхоэнцефалографии при лобно-затылочной локации характерен
- а) для объемного процесса субтенториальной локализации
  - б) для коматозного состояния
  - в) для опухоли гипофиза
  - г) для отравления барбитуратами
058. Наиболее высоким уровнем накопления изотопа при проведении радионуклидной г-сцинтиграфии отличаются
- а) менингиомы
  - б) краниофарингиомы
  - в) аденомы гипофиза
  - г) невриномы III нерва
  - д) астроцитомы
059. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится
- а) электроэнцефалографии
  - б) компьютерной томографии
  - в) ангиографии
  - г) эхоэнцефалографии
060. Для правильного проведения пробы с гипервентиляцией при записи ЭЭГ больной должен делать в минуту глубоких вдохов
- а) 10-15
  - б) 16-20
  - в) 20-24
  - г) 25-30
061. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать
- а) гипоксию и гипоканию
  - б) гипероксию и гипоканию
  - в) гипоксию и гиперкапнию
  - г) гипероксию и гиперкапнию
062. При локализации опухоли в глубинных отделах полушария головного мозга очаговые изменения электрической активности головного мозга наблюдаются в виде
- а) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся на несколько областей коры противоположного очагу полушария
  - б) низкоамплитудных колебаний, локализующихся в одной из областей коры гомолатерального очагу полушария
  - в) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария
  - г) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры как больного, так и здорового полушария
  - д) низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария
063. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является
- а) аллергия к йоду
  - б) открытая черепно-мозговая травма



- в)выраженная внутричерепная гипертензия
  - г)наличие инородных металлических тел
  - д)кровоизлияние в опухоль мозга
064. Анализ крови при гепатоцеребральной дистрофии выявляет
- а)нейтрофильный лейкоцитоз
  - б)лимфоцитоз
  - в)ускорение СОЭ
  - г)снижение гемоглобина
  - д)тромбоцитопению
065. Анализ крови при эритремии выявляет
- а)замедление СОЭ до 1-2 мм/ч
  - б)тромбоцитопению
  - в)снижение вязкости крови
  - г)все перечисленное
  - д)верно а) и в)
066. В норме при пробе Стукея давление ликвора повышается
- а)в 1.5 раза
  - б)в 3 раза
  - в)в 6 раз
  - г)в 8.5 раз
067. При синдроме Иценко - Кушинга в крови определяется повышенное содержание
- а)пролактина
  - б)кортикотропина
  - в)соматостатина
  - г)тиреотропина
068. При диагностике абсцесса головного мозга из контрольных методов исследования получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью
- а)невроцифалографии
  - б)вентрикулографии
  - в)ангиографии
  - г)г-сцинтиграфии
  - д)всего перечисленного
069. Радиоизотопная г-сцинтиграфия головы малоинформативна
- а)при арахноидэндотелиомах
  - б)при менингосаркомах
  - в)при доброкачественных глиомах
  - г)при метастатических опухолях
070. Патологическим ритмом ЭЭГ считается
- а)а-ритм амплитудой до 100 мкВ
  - б)б-ритм амплитудой до 15 мкВ
  - в)с-ритм амплитудой свыше 40 мкВ
  - г)т-ритм амплитудой до 50 мкВ
071. В норме давление ликвора в положении сидя равно
- а)110-180 мм вод. ст.
  - б)280-310 мм вод. ст.
  - в)220-260 мм вод. ст.
  - г)160-220 мм вод. ст.
072. При проведении числовой субтракционной ангиографии в отличие от классической ангиографии
- а)контрастное вещество не используют
  - б)контрастное вещество вводят в вену
  - в)используют меньшее количество рентгеновской пленки
  - г)верно б) и в)
073. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена
- а)опалесценция

- б) фибриновая пленка
- в) ксантохромия
- г) верно а) и б)

074. Спондилография наименее информативна при локализации спинальной опухоли

- а) интрамедуллярно
- б) субдурально
- в) эпидурально
- г) эпидурально-экстравертебрально

075. Синдром Клиппеля - Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками

- а) краниостеноза
- б) платибазии
- в) остеопороза турецкого седла
- г) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
- д) срастанием нескольких шейных позвонков

076. Содержание глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах

- а) 1.2-2.2 ммоль/л
- б) 2.5-4.4 ммоль/л
- в) 3.6-5.2 ммоль/л
- г) 2.6-5.2 ммоль/л
- д) 0.8-5.2 ммоль/л

077. Для коматозного состояния не характерно

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

078. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния

- а) 2-3 метра
- б) 3-4 метра
- в) 6-7 метров
- г) 10 метров и более

079. При исследовании крови больных фуникулярным миелозом отмечается

- а) гипохромия
- б) гиперхромия
- в) микроцитоз
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

080. Электронистагмографию можно проводить

- а) при ясном сознании
- б) при оглушении
- в) при соноре
- г) при коме
- д) при любом уровне сознания

081. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью

- а) поверхностных электродов
- б) игловидных электродов
- в) мультиполярных электродов
- г) всего перечисленного
- д) верно б) и в)

082. Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков

- а) атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной стороне
- б) застойных дисков с двух сторон
- в) атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон

г)застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения

083.Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать

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

084.Симптом Эйсберга - Дайка (атрофия корней дужек позвонков и увеличение расстояния между ними на спондилограммах) наиболее характерен

- а)для дисгормональной спондилопатии
- б)для миеломной болезни
- в)для болезни Педжета
- г)для экстрamedулярной опухоли

085.К ликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы, кроме

- а)Квеккеништедта
- б)Пуссена
- в)Стукея
- г)Мак-Клюра - Олдрича

086.Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет

- а)повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- б)понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- в)повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- г)понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию

087.Метод тромбозластографии определяет

- а)вязкость крови
- б)гематокрит
- в)скорость свертываемости крови
- г)содержание фибриногена
- д)все перечисленное

088.Время кровотечения (способ Дукке) у здорового человека не превышает

- а)8 мин
- б)4 мин
- в)10 мин
- г)2 мин

089.Противопоказанием для проведения нисходящей миелографии является

- а)синдром компрессии конского хвоста
- б)опухоль краниоспинальной локализации
- в)компрессионная радикуломиелоишемия
- г)кистозно-слипчивый арахноидит в верхнегрудном отделе спинального субарахноидального пространства

090.Наиболее информативным методом дополнительного исследования для диагностики опухоли ствола мозга является

- а)компьютерная томография
- б)магнитно-резонансная томография
- в)электроэнцефалография
- г)радионуклидная g-сцинтиграфия

091.В норме клиностатическая проба вызывает

- а)замедление пульса на 6-10 ударов в минуту
- б)учащение пульса на 6-10 ударов в минуту
- в)замедление пульса на 14-20 ударов в минуту
- г)учащение пульса на 14-20 ударов в минуту

092.У здорового человека наклон головы назад в положении стоя (проба Ортнера) вызывает

- а)учащение пульса более, чем на 10 ударов в минуту
- б)замедление пульса не более, чем на 10 ударов в минуту

- в) учащение пульса не более, чем на 10 ударов в минуту
- г) замедление пульса более, чем на 10 ударов в минуту

093. При компьютерно-томографической диагностике рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является

- а) перивентрикулярное белое вещество
- б) субкортикальное белое вещество
- в) мост мозга
- г) мозжечок

*3 рейтинг контроль*

001. Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет

- а) 1/8 от массы тела
- б) 1/12 от массы тела
- в) 1/20 от массы тела
- г) 1/4 от массы тела

002. Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки

- а) униполярные
- б) биполярные
- в) мультиполярные
- г) псевдоуниполярные
- д) верно а) и б)

003. Передача нервного импульса происходит

- а) в синапсах
- б) в митохондриях
- в) в лизосомах
- г) в цитоплазме

004. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет

- а) 15-20 мл
- б) 35-40 мл
- в) 60-80 мл
- г) 80-100 мл

005. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет

- а) длину аксона и точность проведения
- б) скорость проведения нервного импульса
- в) длину аксона
- г) принадлежность к чувствительным проводникам
- д) принадлежность к двигательным проводникам

006. Нейроглия выполняет

- а) опорную и трофическую функцию
- б) опорную и секреторную функцию
- в) трофическую и энергетическую функцию
- г) только секреторную функцию
- д) только опорную функцию

007. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании

- а) покровных костей черепа
- б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
- в) сосудистых сплетений
- г) отверстий в основании черепа
- д) черепных швов

008. Давление спинно-мозговой жидкости у детей школьного возраста в норме составляет

- а) 15-20 мм вод. ст.
- б) 60-80 мм вод. ст.
- в) 120-170 мм вод. ст.
- г) 180-250 мм вод. ст.
- д) 260-300 мм вод. ст.

009. Симпатические клетки лежат
- а) в передних рогах
  - б) в задних рогах
  - в) в передних и задних рогах
  - г) главным образом, в боковых рогах
010. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка
- а) XII грудного
  - б) I поясничного
  - в) III поясничного
  - г) III поясничного
011. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте
- а) до 2 месяцев
  - б) до 3 месяцев
  - в) до 4 месяцев
  - г) до 1 года
012. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте
- а) до 1-2 месяцев
  - б) до 3-4 месяцев
  - в) до 5-6 месяцев
  - г) до 7-8 месяцев
013. К миелоэнцефальным позотоническим рефлексам относят
- а) асимметричный тонический шейный
  - б) симметричный тонический шейный
  - в) тонический лабиринтный
  - г) верно а) и б)
  - д) все перечисленные
014. Зрительное сосредоточение на предмете появляется у детей
- а) к концу первого месяца жизни
  - б) в середине второго месяца жизни
  - в) в начале третьего месяца жизни
  - г) к концу третьего месяца жизни
015. Принцип реципрокности заключается
- а) в расслаблении антагонистов и агонистов
  - б) в расслаблении только агонистов
  - в) в расслаблении только антагонистов
  - г) в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов
016. При гипозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен
- а) в четверохолмии
  - б) во внутренней капсуле слева
  - в) в мосту мозга слева
  - г) в левой ножке мозга
017. Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста
- а) раннего
  - б) дошкольного
  - в) младшего школьного
  - г) старшего школьного
018. Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием
- а) аллергии
  - б) иммунологической реактивности
  - в) повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови
  - г) всего перечисленного
019. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей
- а) при стафилококковой инфекции
  - б) грудного возраста

- в) при иммунодефиците
- г) с ликвореей
- д) с аллергией

020. При инфекционно-токсическом шоке предпочтительно применять

- а) пенициллин
- б) левомицетин
- в) ампициллин
- г) гентамицин
- д) цефалоспорины

021. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- а) в стволе мозга
- б) в затылочной доле
- в) в лобной доле
- г) в височной доле

022. Разовая доза нитрозепама (раледорма), назначаемая детям в возрасте от 1 года до 5 лет, составляет

- а) 2.5-5 мг
- б) 5-10 мг
- в) 10-15 мг
- г) 15-20 мг

023. 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

024. Разовая доза фенибута для детей до 8 лет составляет

- а) 5-10 мг
- б) 20-30 мг
- в) 50-100 мг
- г) 150-200 мг

025. Индометацин не рекомендуется назначать детям

- а) до 5 лет
- б) до 7 лет
- в) до 10 лет
- г) до 12 лет

026. Детям в возрасте от 6 до 12 месяцев парацетамол назначают в разовой дозе

- а) 5-10 мг
- б) 25-50 мг
- в) 100-150 мг
- г) 200-500 мг

027. 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

028. Для миоклонических гиперкинезов при миоклонус-эпилепсии у детей характерна

- а) стабильность
- б) колебание интенсивности по дням
- в) колебание интенсивности по месяцам
- г) интенсивность определяется только возрастом

029. 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

030. Плече-лопаточно-лицевая форма миопатии (Ландузи - Дежарна) имеет
- а)аутосомно-доминантный тип наследования
  - б)аутосомно-рецессивный тип наследования
  - в)аутосомно-рецессивный, сцепленный с X-хромосомой тип наследования
  - г)аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный тип наследования
  - д)тип наследования неизвестен
031. При невральнoй 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
032. При миастении у детей наблюдаются следующие вегетативные нарушения
- а)повышенная потливость
  - б)артериальная гипотония
  - в)функциональные изменения со стороны сердца
  - г)функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта
  - д)все перечисленные
033. 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
034. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет
- а)от 2 до 6 месяцев
  - б)от 2 месяцев до 1 года
  - в)от 2 месяцев до 3 лет
  - г)от 2 месяцев до 5-6 лет
  - д)всю жизнь
035. 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
036. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений
- а)половых хромосом
  - б)аутосом
  - в)обмена аминокислот
  - г)обмена витаминов
  - д)обмена углеводов
037. В характеристику болезни Дауна входит все перечисленное, кроме
- а)лица "клоуна"
  - б)олигофрении
  - в)нарушения речи
  - г)нарушения моторики
  - д)пирамидной недостаточности
038. При синдроме Шершевского - Тернера кариотип больного
- а)46 XX
  - б)45 XO
  - в)47 XXУ

г)47 XX/XY

039. У пациентов с болезнью Дауна обычно имеют место все перечисленные признаки, кроме
- а) порока сердца
  - б) ожирения
  - в) полидактилии
  - г) гипоспадии
  - д) ломкости костей
040. Синдром Шершевского - Тернера чаще встречается
- а) у девочек
  - б) у мальчиков
  - в) у лиц обоего пола
  - г) только у взрослых
041. Синдром Марфана характеризуется
- а) арахнодактилией
  - б) пороками сердца
  - в) подвывихами хрусталика
  - г) задержкой умственного развития
  - д) всеми перечисленными симптомами
042. При гепато-церебральной дистрофии мышечный тонус изменен по типу
- а) гипотонии
  - б) пирамидной спастичности
  - в) экстрапирамидной ригидности
  - г) дистонии
  - д) повышения по смешанному экстрапирамидному и пирамидному типу
043. 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)
044. Микседемоподобный синдром с задержкой психического развития отмечается у новорожденных от матерей, страдающих
- а) гипертиреозом
  - б) гипотиреозом
  - в) диффузным токсическим зобом
  - г) очаговым ("островчатым") зобом
  - д) струмой
045. 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
046. При микроцефалии у детей обычно
- а) головной мозг относительно больше черепа
  - б) головной мозг значительно меньше черепа
  - в) уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга
  - г) уменьшается лишь мозговой череп относительно лицевого
  - д) мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально
047. 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



048. Прогноз при микроцефалии у детей определяется
- а) темпом роста головы
  - б) размером мозгового черепа
  - в) выраженностью двигательного дефекта
  - г) степенью умственной отсталости
  - д) сроком начала терапии
049. 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
050. Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии
- а) наружной
  - б) внутренней
  - в) открытой или сообщающейся
  - г) гиперпродуктивной
  - д) абсорбтивной
051. Большинство гидроцефалий у детей являются
- а) травматическими
  - б) гипоксическими
  - в) гипоксическими
  - г) врожденными
  - д) приобретенными
052. При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление
- а) стойко высокое
  - б) нормальное
  - в) пониженное
  - г) неустойчивое с тенденцией к повышению
  - д) неустойчивое с тенденцией к понижению
053. 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
054. Ребенок с врожденной гидроцефалией обычно рождается
- а) с нормальной или слегка увеличенной головой
  - б) с увеличением окружности головы на 4-5 см
  - в) с уменьшенной головой
  - г) с увеличением окружности головы на 5-8 см
055. 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
056. Вегетативные нарушения особенно четко выражены у детей при окклюзии на уровне
- а) бокового желудочка
  - б) III желудочка
  - в) I желудочка
  - г) на любом уровне
057. Усиление пальцевых вдавлений на краниограмме характерно для гидроцефалии
- а) только наружной
  - б) окклюзионной

в)сообщающейся

058.Резкое уменьшение кольца свечения характерно для гидроцефалии

- а)наружной
- б)сообщающейся
- в)любой
- г)окклюзионной в начальном периоде
- д)окклюзионной с гидроанэнцефалией

059.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

060.Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

- а)о метаболическом алкалозе
- б)о метаболическом ацидозе
- в)о нарушении церебральной гемодинамики
- г)об обезвоживании
- д)о поражении дыхательного центра

061.В течении перинатальной энцефалопатии выделяют

- а)острый период
- б)ранний восстановительный период
- в)поздний восстановительный период
- г)все перечисленные периоды

062.У доношенных детей чаще всего наблюдаются

- а)субдуральные кровоизлияния
- б)субарахноидальные кровоизлияния
- в)внутрижелудочковые кровоизлияния
- г)перивентрикулярные кровоизлияния
- д)паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния

063.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

064.В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется

- а)заменное переливание крови
- б)фототерапия
- в)фенобарбитал
- г)преднизолон
- д)все перечисленное

065.Атрофия кисти, трофические нарушения и симптом Горнера типичны

- а)для пареза Эрба - Дюшенна
- б)для пареза Дежерин - Клюбке
- в)для тотального пареза руки
- г)для пареза диафрагмы
- д)для тетрапареза

066.В комплексной терапии акушерских параличей применяются

- а)массаж, ЛФК
- б)поперечный электрофорез эуфиллина и никотиновой кислоты
- в)ортопедические укладки
- г)инфлорексотерапия
- д)все перечисленные методы

067. 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
068. Детский церебральный паралич и перинатальная энцефалопатия имеют
- а) клиническую общность
  - б) общность только по времени воздействия повреждающего фактора
  - в) только этиологическую общность
  - г) общность этиологии и времени повреждения
  - д) однотипность течения
069. 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
070. К основным патогенетическим факторам детского церебрального паралича относятся
- а) инфекционный
  - б) токсический
  - в) гипоксический
  - д) травматический
  - е) все перечисленные
071. 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
072. При спастической диплегии у детей отмечается
- а) только центральный парез дистальных отделов ног
  - б) только парапарез ног
  - в) только тетрапарез
  - г) парапарез ног или тетрапарез
073. 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
074. Преобладание поражения проксимальных отделов рук над дистальным при центральном тетрапарезе характерно
- а) для спастической диплегии только у грудных детей
  - б) для двойной гемиплегии только у грудных детей
  - в) для спастической диплегии в любом возрасте
  - г) для двойной гемиплегии в любом возрасте
  - д) для натальной травмы спинного мозга
075. 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

076. У ребенка с мышечной гипотонией в первые 2-3 месяца жизни может сформироваться детский церебральный паралич в форме
- а) атонически-астатической
  - б) спастической диплегии
  - в) гиперкинетической
  - г) любой из перечисленных
077. Для гиперкинетической формы детского церебрального паралича характерно наличие
- а) атетоза
  - б) хореического гиперкинеза
  - в) торсионной дистонии
  - г) хореоатетоза
  - д) всего перечисленного
078. Диагностика двойной гемиплегии возможна у детей
- а) на первом месяце жизни
  - б) с 1.5 лет
  - в) с рождения
  - г) примерно с 5-8-месячного возраста
  - д) около 1 года
079. 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
080. Детский церебральный паралич в первые месяцы жизни может быть заподозрен на основании
- а) факторов риска по течению беременности и родам
  - б) патологической поструральной активности
  - в) четкой задержки в двигательном и психическом развитии
  - г) нарушений мышечного тонуса
  - д) всего перечисленного
081. 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
082. Холинолитические препараты (циклодол, ридинол, тропацин) показаны при детском церебральном параличе
- а) с экстрапирамидной ригидностью, атетозом, торсионной дистонией
  - б) не показаны
  - в) показаны при атонически-астатической форме
  - г) показаны при наличии хореического гиперкинеза
083. 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
084. При наличии менингеального синдрома после черепно-мозговой травмы у детей необходимы
- а) электроэнцефалография
  - б) биохимическое исследование крови
  - в) определение остроты зрения и исследование глазного дна
  - г) спинно-мозговая пункция
  - д) рентгенография основания черепа
085. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается
- а) эпилептический синдром

- б)неврозоподобный синдром
- в)гипоталамический синдром
- г)гидроцефальный синдром
- д)церебрастенический синдром

086.Очаг ушиба головного мозга чаще возникает у детей

- а)только в области удара
- б)только в стволе мозга
- в)в области удара или противоудара
- г)только субтенториально
- д)в области подкорковых узлов

087.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

088.В детском возрасте при травме чаще встречаются

- а)оболочечные кровоизлияния
- б)паренхиматозные кровоизлияния
- в)внутрижелудочковые кровоизлияния
- г)паренхиматозные и внутрижелудочковые кровоизлияния

089.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

090.Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей

- а)подостро
- б)после "светлого" промежутка
- в)волнообразно
- г)остро
- д)начальный период асимптомен

091.При переломе основания черепа у детей часто возникает

- а)эпидуральная гематома
- б)субарахноидальное кровоизлияние
- в)субапоневротическая гематома
- г)гемипарез
- д)ликворрея

092.Заключение об инвалидности с детства после травмы спинного мозга выдается

- а)только детям школьного возраста
- б)в зависимости от характера остаточных явлений
- в)только при наличии тетрапареза
- г)только в раннем возрасте

093.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

## ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Боль. Классификация и причины.
2. Влияние биологических факторов на нервную систему ребенка.

3. Возрастные периоды, возрастные кризисы и неврологические заболевания.
4. Деменизирующие заболевания нервной системы.
5. Деонтология в неврологии.
6. Дифференциация невралгий, невритов, плекситов.
7. Дифференциация симптомов и синдромов.
8. Инсульты детского возраста.
9. Клиника рассеянного склероза.
10. Клинические проявления ДЦП. Этиология и патогенез лечения.
11. Коррекция дислексии и дисграфии.
12. Критерии неврологического здоровья.
13. Методы обследования в неврологии.
14. Методы обследования неврологических больных.
15. Минимальная мозговая дисфункция.
16. Наследственные болезни обмена веществ.
17. Неврологические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.
18. Неврологические симптомы интеллектуальных расстройств.
19. Неврологические нарушения при общих и мозговых инфекциях.
20. Неврологические нарушения при сифилитическом поражении головного мозга.
21. Неврологические основы расстройства памяти.
22. Общий обзор анатомии нервной системы человека.
23. Объект, предмет, задачи невропатологии.
24. Отличия проявления неврозов у подростков от деменции.
25. Патогенез нарушений мышления и интеллекта.
26. Подготовка женщины к беременности.
27. Полисомия половых хромосом.
28. Понятие о дизонтогенезах.
29. Понятие о митохондриальных болезнях.
30. Понятие о периферическом параличе.
31. Понятие о расстройстве темпа и ритма речи.
32. Понятие о центральном параличе.
33. Понятие об агнозии.
34. Понятие об апраксии.
35. Поражение вегетативной нервной системы.
36. Последствия гемолитической болезни новорожденных.
37. Последствия полисомии аутосом.
38. Причины патологии нервной системы ребенка.
39. Причины расстройства зрительных функций.
40. Причины, лечение менингита.
41. Прогрессирующая мышечная дистрофия.
42. Развитие мозга ребенка в эмбриогенезе.
43. Развитие нервной системы ребенка в филогенезе и онтогенезе.
44. Расстройства слуховых функций.
45. Роль биологических и социальных факторов в развитии мозга ребенка.
46. Роль родителей в профилактике детских страхов.
47. Синдромы поражения спинного мозга.
48. Современные методы исследования в неврологии.
49. Современные направления в детской неврологии.
50. Социальные факторы, воздействующие на нервную систему ребенка.
51. Уровни неврологической патологии.
52. Формы и прогноз вирусных заболеваний детей.
53. Функциональные расстройства нервной системы ребенка.
54. Характеристика логоневроза.
55. Характерные признаки инфекционных заболеваний нервной системы ребенка.
56. Эпилептический синдром.
57. Этиология и коррекция дислалии.
58. Этиология и патогенез абсцесса головного мозга.
59. Этиология и патогенез неврологических заболеваний.
60. Этиология и патогенез токсоплазмоза.
61. Этиология, лечение, профилактика ночного энуреза.
62. Этиология, лечение паралича и порезов.
63. Этиология, патогенез, лечение заболеваний спинного мозга.
64. Этиология, патогенез, лечение энцефалитов.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Систематическая проработка конспектов занятий, учебной и специальной литературы (по вопросам к параграфам, главам учебных пособий, составленным преподавателем).  
Составление сообщений, схем, таблиц и тезисов

1. Функциональные блоки головного мозга. Состав. Функции.
2. Компенсаторные возможности головного мозга.
3. Развитие неравно-психических функций в условиях патологии.
4. Особенности развития сенсорных реакций ребенка первого года жизни.
5. Особенности развития моторных функций у детей первого года жизни. Сопоставление моторных функций с уровнями включения нервной системы.
6. Психомоторное и речевое развитие детей второго года жизни.
7. Особенности психомоторного и речевого развития ребенка третьего года жизни.
8. Особенности психомоторного развития дошкольников и детей младшего школьного возраста.
9. Значение экзогенных факторов для психомоторного развития ребенка.
10. Синдром зрительных нарушений (нарушение остроты зрения, цветоощущения).
11. Алалия. Причины. Виды. Признаки ДЦП. Спастика гемиплегия и двойная гемиплегия. Признаки.
12. ДЦП. Анатомически-агнатическая и гиперкинетическая формы. Признаки  
двигательные (параличи, гиперкинезы),
13. речевые расстройства (дизартрия, моторная алалия, дислалия),
14. психические расстройства (умственная отсталость,
15. вторичная ЗПР,
16. эмоциональная возбудимость, лабильность. Принципы лечения первых болезней.
17. Болезнь Паркинсона.
18. Основы реабилитации больных с патологией нервной системы.
19. Болезнь Альцгеймера.
20. Олигофрения.
21. Расстройства памяти и мышления.
22. Принципы диагностики и реабилитации первых признаков заболеваний нервной системы у детей.

### Темы эссе:

1. Миастения
2. Туберозный склероз
3. Обструктивная внутрижелудочковая гидроцефалия
4. Рассеянный склероз
5. Болезнь Альцгеймера
6. Синдром Ангельмана
7. Нарушения слуха вследствие воздействия профессионально вредных факторов
8. Мозговые нарушения при героиновой зависимости
9. Геморрагические инсульты в среднем возрасте
10. Хorea Гентингтона
11. Синдром фрагильной X хромосомы
12. Ишемические инсульты у новорожденных
13. Гнойный менингит у новорожденных и младенцев
14. Аменция
15. Поражения головного мозга при гельминтозах
16. Эпилепсия
17. Поражения головного мозга при болезни Вильсона-Коновалова
18. Поражения головного мозга при синдроме Штурге-Вебера

19. Опухоли гипофиза
20. Поражения головного мозга при синдроме
21. Синдром Веста
22. Поражения головного мозга при туберозном склерозе
23. Перинатальные геморрагические инсульты.
24. Неврологические аспекты болезни Пика.
25. Болезни двигательного нейрона..

## 7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 7.1. Книгообеспеченность

Наименование литературы: автор, название, вид издания, издательство	Год издания	КНИГООБЕСПЕЧЕННОСТЬ	
		Количество экземпляров изданий в библиотеке ВлГУ в соответствии с ФГОС ВО	Наличие в электронной библиотеке ВлГУ
1	2	3	4
Основная литература*			
1. Бадалян, Левон Оганесович. Невропатология : учебник для дефектологических факультетов высших педагогических учебных заведений / Л. О. Бадалян .— Москва : Академия, 2000 .— 381 с. : ил., портр. — (Высшее образование) .— Библиогр.: с. 370 .— ISBN 5-7695-0324-6.	2000		<a href="http://index.lib.vlsu.ru/cgi-bin/zgate.exe?present+9780+default+1+1+F+1.2.840.10003.5.102+rus">http://index.lib.vlsu.ru/cgi-bin/zgate.exe?present+9780+default+1+1+F+1.2.840.10003.5.102+rus</a>
2. Ляпидевский, Сергей Семенович. Невропатология. Естественнонаучные основы специальной педагогики : учебник для вузов / С. С. Ляпидевский ; под ред. В. И. Селиверстова .— Москва : Владос, 2000 .— 383 с. : ил. — (Коррекционная педагогика) .— Библиогр.: с. 352-353 .— ISBN 5-691-00420-4.	2000		<a href="http://index.lib.vlsu.ru/cgi-bin/zgate.exe?present+9780+default+3+1+F+1.2.840.10003.5.102+rus">http://index.lib.vlsu.ru/cgi-bin/zgate.exe?present+9780+default+3+1+F+1.2.840.10003.5.102+rus</a>
Дополнительная литература*			
1. Петрухин А.С., Детская неврология. В 2-х томах. Том 1. Общая неврология [Электронный ресурс] : учебник / Петрухин А.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-2262-5 -	2012		<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422625.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422625.html</a>



2. Нельсон А.И., Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Электронный ресурс] / Нельсон А. И. - 3-е изд. (эл.). - М. : БИНОМ, 2015. - 371 с. - ISBN 978-5-9963- 2624-2	2015		<a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785996326242.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785996326242.html</a>
3. Котов С.В., Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] / Котов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1886-4	2011		<a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418864.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418864.html</a>

## 7.2. Периодические издания

## 7.3. Интернет-ресурсы

<http://www.studentlibrary.ru/>  
<http://www.iprbookshop.ru/>  
<http://znanium.com/>  
<http://www.bibliorossica.com/>  
<https://biblioclub.ru/>

## 8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для реализации данной дисциплины имеются специальные помещения для проведения занятий лекционного типа, занятий практического/лабораторного типа, текущего контроля и промежуточной аттестации.

Практические/лабораторные занятия проводятся в аудиториях 529а, 529б, 209а  
Перечень используемого программного обеспечения: Word, Excel, PowerPoint

Рабочую программу составил Фортова Л.К.

(ФИО, подпись)

Рецензент

(представитель работодателя) медицинский психолог ВОПБ №1 г. Владимира,  
судмедэксперт Семенова Ю.В.

(место работы, должность, ФИО, подпись)

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры ПМ и СП

Протокол № 11 от 25.06.19 года

Заведующий кафедрой

(ФИО, подпись)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методической комиссии  
направления 44.03.03 Специальное (дефектологическое)

Протокол № 12 от 2.07.19 года

Председатель комиссии

(ФИО, подпись)

**ЛИСТ ПЕРЕУТВЕРЖДЕНИЯ  
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

Рабочая программа одобрена на 2020/2021 учебный год.

Протокол заседания кафедры № 15 от 2.07.20 года.

Заведующий кафедрой .

Рабочая программа одобрена на \_\_\_\_\_ учебный год.

Протокол заседания кафедры № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_.

Рабочая программа одобрена на \_\_\_\_\_ учебный год.

Протокол заседания кафедры № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_.

Рабочая программа одобрена на \_\_\_\_\_ учебный год.

Протокол заседания кафедры № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_.

Рабочая программа одобрена на \_\_\_\_\_ учебный год.

Протокол заседания кафедры № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_.

Рабочая программа одобрена на \_\_\_\_\_ учебный год.

Протокол заседания кафедры № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_.