

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ**

**«НЕВРОЛОГИЯ»**

Научная специальность: 3.1.24 – Неврология

Кафедра: неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО

Форма обучения: \_\_\_\_\_ очная \_\_\_\_\_

Нижний Новгород

2022

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неврология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неврология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

*(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.)*

*Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)*

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тестирование	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
4	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
<i>код и наименование формируемой компетенции</i>			

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Оценочные средства для текущего контроля.

##### Тестирование

Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология нервной системы. Топическая диагностика

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:

А. Верхней прямой

**Б. Наружной прямой**

В. Нижней прямой

Г. Нижней косой

2. Мидриаз возникает при поражении:

А. Верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва

Б. Нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва

**В. Мелкоклеточного ядра глазодвигательного нерва**

Г. Среднего непарного ядра

Д. Ядра медиального продольного пучка

3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Th 10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

А. Th6 или Th7

**Б. Th8 или Th9**

В. Th9 или Th10

Г. Th10 или Th11

4. При центральном параличе не наблюдается:

А. Гипотрофии мышц

Б. Повышения сухожильных рефлексов

В. Нарушения функции тазовых органов

**Г. Нарушения электровозбудимости нервов и мышц**

5. Хореический гиперкинез возникает при поражении:

А. Палеостриатума

**Б. Неостриатума**

В. Медиального бледного шара

Г. Латерального бледного шара

6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

А. Латерально

**Б. Медиально**

В. Вентрально

Г. Дорсально

7. 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

8. 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

9. Основным медиатором тормозного действия является:

А. Ацетилхолин

**Б. ГАМК**

В. Нордреналин

Г. Адреналин

10. 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

11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

А. Мозжечковая

**Б. Сенситивная**

В. Вестибулярная

Г. Лобная

12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:

**А. Красное ядро**

Б. Люисово тело

В. Черное вещество

Г. Полосатое тело

13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении:

А. Центральных отделов перекреста зрительных нервов

**Б. Наружных отделов перекреста зрительных нервов**

В. Зрительной лучистости

Г. Зрительных трактов

14. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление:

А. Зрительного тракта

**Б. Зрительного перекреста**

В. Наружного коленчатого тела

Г. Зрительной лучистости

15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:

А. Биназальная

**Б. Гомонимная**

В. Битемпоральная

Г. Нижнеквадрантная

16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:

А. Зрительного тракта

**Б. Зрительного перекреста**

В. Зрительной лучистости

Г. Внутренней капсулы

17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:

А. Задний спинно-мозжечковый

**Б. Передний спинно-мозжечковый**

В. Лобно-мосто-мозжечковый

Г. Затылочно-височно-мостомозжечковый

18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

А. Обонятельного бугорка

Б. Обонятельной луковицы

**В. Височной доли**

Г. Теменной доли

19. 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

20. 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**

21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:

А. В покрышке моста мозга

Б. В основании моста мозга

**В. В покрышке среднего мозга**

Г. В основании среднего мозга

22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:

А. С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне

Б. С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага

**В. С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага**

Г. С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:

А. Динамическая

Б. Вестибулярная

**В. Статическая**

Г. Сенситивная

24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексом справа очаг локализуется:

А. В левом мостомозжечковом углу

Б. В правом полушарии мозжечка

**В. В мосту мозга слева**

Г. В области верхушки пирамиды левой височной кости

25. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают:

А. Астроциты

**Б. Олигодендроглиоциты**

В. Микроглиоциты

Г. Эпендимоциты

26. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:

А. Вестибулярного

Б. Крылонебного

**В. Коленчатого**

Г. Гассерова

27. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается:

А. На 3-м месяце внутриутробного развития

Б. В конце 1-го года жизни

В. В начале 2-го года жизни

**Г. На последнем месяце внутриутробного развития**

28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинномозговых нервов:

**А. С1 - С4**

Б. С2 - С5

В. С3 - С6

Г. С4 - С7

Д. С5 - С8

29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов:

А. С5 - С8

**Б. С5 - Th2**

В. С6 - С8

Г. С8 - Th2

30. Нервные импульсы генерируются:

А. Клеточным ядром

**Б. Наружной мембраной**

В. Аксоном

Г. Нейрофиламентами

31. Алексия наблюдается при поражении:

А. Верхней лобной извилины

Б. Парагиппокампальной извилины

В. Таламуса

**Г. Угловой извилины**

32. На срезе каудального отдела продолговатого мозга не различают ядра:

А. Нежное и клиновидное

Б. Спинномозгового пути тройничного нерва

В. Подъязычных нервов

**Г. Лицевого, отводящего нервов**

33. В состав среднего мозга не входят:

А. Красные ядра

Б. Ядра блокового нерва

В. Ядра глазодвигательного нерва

**Г. Ядра отводящего нерва**

34. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:

А. Бледного шара

- Б. Хвостатого ядра
- В. Красного ядра
- Г. Таламуса**

35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

- А. Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути**
- Б. Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
- В. Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
- Г. Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов

36. Истинный астереогноз обусловлен поражением:

- А. Лобной доли
- Б. Височной доли
- В. Теменной доли**
- Г. Затылочной доли

37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении:

- А. Наружных отделов зрительного перекреста
- Б. Язычной извилины**
- В. Глубинных отделов теменной доли
- Г. Первичных зрительных центров в таламусе

38. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде:

- А. Неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
- Б. Инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе**
- В. Телец Меркеля
- Г. Телец Фатера - Пачини

39. 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 - Th1
- Д. Th1 - Th2

40. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка:

- А. На свет
- Б. На болевое раздражение
- В. На конвергенцию
- Г. На аккомодацию**

41. 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**

42. 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

43. Больной с сенсорной афазией:

А. Не может говорить

Б. Понимает обращенную речь, но не может говорить

В. Может говорить, но забывает название предметов

Г. Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь

**Д. Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

44. Амнестическая афазия наблюдается при поражении:

А. Лобной доли

Б. Теменной доли

В. Стыка лобной и теменной долей

**Г. Стыка височной и теменной долей**

45. 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

46. 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 X нерва слева

В. Колена внутренней капсулы слева

Г. Заднего бедра внутренней капсулы слева

47. 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 моста мозга**

48. 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. Экстремедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- Г. Интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г**

49. 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**

50. Ветвью шейного сплетения является:

- А. Малый затылочный нерв**
- Б. Подкрыльцовый нерв
- В. Лучевой нерв
- Г. Сердинный нерв

51. Ветвью плечевого сплетения является:

- А. Диафрагмальный нерв
- Б. Подкрыльцовый нерв**
- В. Надключичный нерв
- Г. Большой ушной нерв

52. 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

53. Малый затылочный нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

- А. С3 - С4
- Б. С1 - С3**
- В. С2 - С4
- Г. С1 - С4

54. Бедренный нерв образуют корешки:

- А. L3
- Б. L2 - L4**
- В. L1 - L2
- Г. L1 - L4

55. Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов:

- А. S1 - S3
- Б. S1 - S5
- В. L4 - S4**

Г. L3 - S5

56. Седалищный нерв составляют волокна корешков:

А. S1 - S2

**Б. L5 - S3**

В. S2 - S3

Г. L4 - S5

57. Малоберцовый нерв составляют волокна корешков:

А. L1 - L2

Б. L5 - S3

В. L1 - S2

**Г. L4 - S1**

58. Надключичный нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

А. C3 - C4

**Б. C2 - C4**

В. C4 - C6

Г. C2 - C6

59. Большой ушной нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

А. C1 - C2

Б. C1 - C4

**В. C3**

Г. C5

60. Диафрагмальный нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

А. C1 - C2

Б. C2 - C3

**В. C3 – C5**

Г. C1 – C5

61. 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

62. Подкрыльцовый нерв иннервирует:

А. Двуглавую мышцу плеча

Б. Разгибатели предплечья

**В. Дельтовидную мышцу**

Г. Все перечисленное

63. 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**

64. Поясничное сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов:

- А. Th12 – L4**
- Б. L1 – L5
- В. Th11 – L5
- Г. L1 - L4

65. В большеберцовый нерв входят волокна корешков:

- А. L1 - L2
- Б. L3 - L4
- В. L4 - S3**
- Г. L1 - S3

66. Компрессионное поражение запирающего 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**

67. 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

68. 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**

69. Для паралича Дежерина-Клюмпке 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**

70. Для поражения лучевого нерва в верхней трети плеча не характерна слабость:

- А. Разгибателей предплечья
- Б. Разгибателей кисти
- В. Мышц, отводящих 1 палец
- Г. Дельтовидной мышцы**

71. Для поражения лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерно наличие:

- А. Паралича разгибателей предплечья
- Б. Выпадения рефлекса с трехглавой мышцы
- В. Паралича разгибателей кисти
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В**

72. Для поражения локтевого нерва на уровне запястья не является характерным:

- А. Слабость разгибания и приведения V пальца
- Б. Нарушение приведения 1 пальца**
- В. Наличие гипестезии на тыльной поверхности V пальца
- Г. Наличие парестезии по внутренней поверхности кисти

73. При поражении срединного нерва возникает:

- А. Нарушение сгибания I, II и отчасти III пальцев кисти
- Б. Нарушение пронации кисти
- В. Слабость разгибателей средних фаланг II и III пальцев кисти
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно все перечисленное**

74. Для поражения бедренного нерва выше паховой связки характерно наличие:

- А. Гипестезии на передней поверхности бедра
- Б. Паралича сгибателей бедра
- В. Паралича сгибателей голени
- Г. Всего перечисленного
- Д. Верно А и Б**

75. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

- А. Кортикоспинальных
- Б. Кортиконуклеарных**
- В. Лобно-мосто-мозжечковых
- Г. Руброспинальных

76. Для синдрома поражения покрышки среднего мозга характерны:

- А. Атаксии на стороне очага
- Б. Тремор, миоклонии на стороне очага
- В. Гемигипестезии на противоположной стороне
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно все перечисленное**

77. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:

- А. Теменной доли
- Б. Височной доли
- В. Лобной доли**
- Г. Затылочной доли

78. Слуховая агнозия наступает при поражении:

- А. Теменной доли
- Б. Лобной доли
- В. Затылочной доли
- Г. Височной доли**

79. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга на уровне:

- А. Верхних отделов продолговатого мозга
- Б. Нижних отделов продолговатого мозга
- В. Красных ядер**
- Г. Моста мозга

80. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клодта) характерно наличие:

- А. Паралича глазодвигательного нерва на стороне очага
- Б. Гемиатаксии на противоположной очагу стороне
- В. Гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне
- Г. Верно А и Б**
- Д. Верно все перечисленное

81. Для альтернирующего синдрома Раймона-Сестана характерно наличие паралича:

- А. Взора**
- Б. Глазодвигательного нерва
- В. Лицевого нерва
- Г. Подъязычного нерва

82. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов:

- А. Лицевого и отводящего**
- Б. Лицевого и глазодвигательного
- В. Языкоглоточного и блуждающего
- Г. Подъязычного и добавочного

83. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов:

- А. Языкоглоточного, блуждающего, добавочного**
- Б. Блуждающего, добавочного, подъязычного
- В. Добавочного, языкоглоточного, подъязычного
- Г. Блуждающего, лицевого, тройничного

84. При поражении дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко) не наблюдается:

- А. Паралич мягкого неба, голосовой связки на стороне очага
- Б. Атаксия на стороне очага
- В. Сегментарные расстройства чувствительности на лице на стороне очага
- Г. Нарушение болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне
- Д. Гемипарез на противоположной очагу стороне**

85. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли:

- А. Лобной**
- Б. Височной
- В. Теменной
- Г. Затылочной

86. Периферический парез неба, язычка, голосовой связки с одной стороны и спастический гемипарез с гемипарезом с другой стороны называют синдромом:

- А. Джексона
- Б. Шмидта
- В. Гасперини
- Г. Авеллиса**

87. Конструктивная апраксия возникает при поражении:

- А. Лобной доли доминантного полушария
- Б. Лобной доли недоминантного полушария
- В. Теменной доли доминантного полушария**
- Г. Теменной доли недоминантного полушария

88. 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**

89. Сенсорная афазия возникает при поражении:

- А. Верхней височной извилины**
- Б. Средней височной извилины
- В. Верхнетеменной доли
- Г. Нижней теменной доли

90. Расстройства памяти типа корсаковского синдрома возникают при поражении:

- А. Медио-базальных отделов височной доли**
- Б. Верхних отделов теменной доли
- В. Нижних отделов лобной доли
- Г. Верхних отделов затылочной доли

91. 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

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

- А. C5 -Th10
- Б. Th1 - Th2
- В. C8 - L3**
- Г. Th 6 - L4

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

- А. L4 - L5
- Б. L5 – S1,
- В. S1 – S2
- Г. S2 - S4**
- Д. S4 – S5

94. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:

- А. C4 – C5
- Б. C6 - C7
- В. C8 - Th1**
- Г. Th2 –Th3

95. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении:

- А Четверохолмия
- Б. Продолговатого мозга
- В. Гипоталамуса
- Г. Спинного мозга**

96. Интегральная деятельность обоих полушарий головного мозга обеспечивается:

- А Проекционными волокнами
- Б. Ассоциативными волокнами
- В. Комиссуральными волокнами**
- Г. Ассоциативными полями корковых отделов анализаторов

97. Ассоциативные волокна связывают:

- А. Симметричные части обоих полушарий
- Б. Несимметричные части обоих полушарий
- В. Кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
- Г. Различные участки коры одного и того же полушария**

98. Астереогноз возникает при поражении:

- А. Язычной извилины теменной доли
- Б. Верхней височной извилины

- В. Нижней лобной извилины
- Г. Верхней теменной доли**

99. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:

- А. В верхних отделах передней центральной извилины слева
- Б. В нижних отделах передней центральной извилины слева
- В. В заднем роге внутренней капсулы
- Г. В роге внутренней капсулы
- Д. В среднем отделе передней центральной извилины справа**

100. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:

- А. В переднем роге внутренней капсулы
- Б. В верхнем отделе задней центральной извилины справа
- В. В нижнем отделе передней центральной извилины справа
- Г. В верхнем отделе передней центральной извилины справа**
- Д. В нижнем отделе задней центральной извилины справа

## Раздел 2. Методы исследования в неврологии

2.1. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается:

- А. Сдавлением шейных вен
- Б. Давлением на переднюю брюшную стенку
- В. Наклоном головы вперед**
- Г. Разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном суставе

2.2. 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

2.3. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Веккештедта давление цереброспинальной жидкости повышается:

- А. В 10 раз
- Б. В 6 раз
- В. В 4 раза
- Г. В 2 раза**

2.4. Содержание хлоридов в цереброспинальной 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**

2.5. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно:

- А. Гиперемия, стертость границ диска**
- Б. Ранее снижение зрительной функции
- В. Сужение границ поля зрения
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В

2.6. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении:

- А. На менингококковый менингит**
- Б. На герпетический менингоэнцефалит
- В. На грибковый менингит
- Г. На менингит, вызванный синегнойной палочкой

2.7. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

- А. Папулезной сыпи
- Б. Телеангиэктазий
- В. «Кофейных» пятен**
- Г. Витилиго
- Д. Розеолезной сыпи

2.8. Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают:

- А. Сдавлением икроножной мышцы
- Б. Сдавлением ахиллова сухожилия
- В. Штриховым раздражением подошвы
- Г. Штриховым раздражением кожи наружной лодыжки**

2.9. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:

- А. Ретробульбарной опухоли орбиты
- Б. Тромбоза глазничной артерии
- В. Каротидно-кавернозного соустья**
- Г. Супраселлярной опухоли гипофиза
- Д. Арахноидэндотелиомы крыла основной кости

2.10. Для исследования проводимости 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

2.11. Для выявления амнестической афазии следует:

- А. Проверить устный счет
- Б. Предложить больному назвать окружающие предметы**
- В. Предложить больному прочитать тест

Г. Выполнить различные движения по подражанию

2.12. 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

2.13. Для выявления асинергии Бабинского следует предложить больному:

А. Коснуться пальцем кончика носа

Б. Осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук

**В. Сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками**

Г. Стоя, отклониться назад

2.14. 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

2.15. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка:

А. На свет

Б. На болевое раздражение

В. На конвергенцию

**Г. На аккомодацию**

2.16. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:

А. При остром нарушении мозгового кровообращения

Б. При внутричерепной гипертензии

В. При коматозном состоянии

**Г. При перфорации барабанной перепонки**

Д. При всем перечисленном

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

А. С фуникулярным миелозом

Б. С дистальной моторной диабетической полинейропатией

В. С невральной амиотрофией Шарко—Мари

**Г. С прогрессирующей мышечной дистрофией**

Д. С мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

2.18. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно:

А. Для статико-локомоторной атаксии

**Б. Для динамической атаксии**

- В. Для лобной атаксии
- Г. Для сенситивной атаксии

2.19. 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**

2.20. 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

2.21. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения:

- А. Ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов
- Б. Перекреста зрительных нервов
- В. Шпорной борозды обеих затылочных долей**
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

2.22. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны:

- А. Для полиневропатии Гийена—Барре
- Б. Для болезни (синдрома) Рейно**
- В. Для синдрома Толозы—Ханта
- Г. Для гранулематоза Вегенера

2.23. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского:

- А. Сгибают 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

2.24. 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

2.25. Особенности топографии нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении:

- А. Четверхолмия
- Б. Продолговатого мозга
- В. Гипоталамуса
- Г. Спинного мозга**

2.26. В норме учащения пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

- А. Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- Б. Клиностатическая
- В. Ортостатическая**
- Г. Шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

2.27. 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

2.28. 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

2.29. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах:

- А. Сгибателях и. пронаторах рук и разгибателей 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

2.30. Продолжительность калорического нистагма при экспериментальной отоневрологической пробе в норме составляет:

- А. 30 с
- Б. 60 с**
- В. 120 с
- Г. 140 с

2.31. 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. Опухоли тройничного (гассерова) узла
- Д. Всех перечисленных объемных образований

2.32. Кординаторная синкинезия при произвольных движениях здоровых мышц характеризуется появлением в паретичных мышцах:

А. Физиологически адекватных движений

Б. Хореатоидных гиперкинезов

В. Мышечной ригидности

**Г. Произвольных сокращений с физиологически неадекватным движением**

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

**А. 30 с**

Б. 60 с

В. 5 с

Г. 120 с

2.34. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

А. Одностороннюю гомонимую гемианопсию

Б. Нижнеквадрантную гемианопсию

В. Битепоральную гемианопсию

**Г. Биназальную гемианопсию**

Д. Верхнеквадрантную гемианопсию

2.35. В норме уровень гематокрита у женщин равен:

**А. 36-42%**

Б. 12-26%

В. 56-68%

Г. 78-96%

2.36. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

А. Бабинского

Б. Оппенгейма

**В. Россолимо**

Г. Гордона

Д. Чеддока

2.37. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяются в случаях, если необходимо:

А. Выявить отек мозга, сопутствующий инсульту

Б. Установить геморрагическое пропитывание очага ушиба мозга

В. Определить геморрагический инфаркт мозга

**Г. Оценить состояние гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса**

2.38. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяется тем, что при этом методе рентгенологического исследования:

А. Четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозгом

Б. Визуализируются сосуды мозга и оболочек

**В. Можно сравнить показатели поглощения рентгеновского излучения разными структурами мозга**

Г. Легко определяются петрификаты в ткани мозга

2.39. Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если:

А. У больного с инфарктом диагностирован инфаркт миокарда

Б. У больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола

В. У больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром Гертвига—Мажанди

Г. Верно все перечисленное

**Д. Ничего из перечисленного**

2.40. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:

А. Компьютерную томографию

Б. Компьютерную томографию с контрастированием

**В. Магнитно-резонансную томографию**

Г. Позитронно-эмиссионную томографию

Д. Все методы одинаково информативны

2.41. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не всегда позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее:

**А. 1,5x1,5 мм**

Б. 2,5x2,5 мм

В. 3,5x3,5 мм

Г. 4,5x4,5 мм

2.42. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие:

А. Лимфоцитарного плеоцитоза

Б. Увеличение содержания белка

**В. Увеличение содержания глюкозы и хлоридов**

Г. Верно А и Б

Д. Верно Б и В

2.43. Характерным электроэнцефалографическим признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является:

А. Диффузное снижение вольтажа волн

Б. Появление 5- и 9-волн

**В. Наличие пиков (спайков) и острых волн**

Г. Наличие сонных веретен

2.44. Разрешающая способность компьютерной томографии по определению разницы плотности разных тканей позволяет отличить:

А. Ткань мозга и желудочки

Б. Ткань мозга и мозговые сосуды

В. Ткань серого и белого вещества

Г. Все перечисленное

**Д. Верно А и В**

2.45. Симптом «вклинивания» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

- А. Усилением корешковых болей при сдавливании шейных вен
- Б. Нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
- В. Усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
- Г. Нарастанием неврологической симптоматики после пункции**

2.46. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе:

- А. Квеккенштедта
- Б. Стукея**
- В. Пуссера
- Г. Верно Б и В
- Д. Верно А и В

2.47. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии интракраниальной гипертензии, если подозревается:

- А. Невринома VIII в I (отитической) стадии клинического течения
- Б. Невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения
- В. Опухоль височной доли**
- Г. Опухоль лобной доли

2.48. Значительное снижение уровня сахара в цереброспинальной жидкости (до 0,1 г/л) характерно для менингита, вызванного:

- А. Вирусами гриппа
- Б. Пневмококком
- В. Вирусом паротита
- Г. Микобактерией туберкулеза**

2.49. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- А. Острое начало заболевания с повышением температуры
- Б. Острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- В. Изменение цереброспинальной жидкости**
- Г. Синдром инфекционно-токсического шока

2.50. При повреждениях внутренних участков перекреста зрительных нервов при периметрии выявляется:

- А. Односторонняя гомонимная гемианопсия
- Б. Нижнеквадрантная гемианопсия
- В. Битемпоральная гемианопсия**
- Г. Биназальная гемианопсия
- Д. Верхнеквадрантная гемианопсия

2.51. Ликворологическим признаком, отличающим церебральный цистицеркоз от эхинококкоза, является:

- А. Повышение давления цереброспинальной жидкости

Б. Лимфоцитарно-моноцитарный плеоцитоз

**В. Наличие в ликворе эозинофилов**

Г. Наличие в ликворе базофилов

2.52. Наиболее достоверный симптом прорыва абсцесса в ликворные пути - появление у больного:

А. Высокой температуры

Б. Менингеального синдрома

**В. Мутной цереброспинальной жидкости при пункции**

Г. Всего перечисленного

Д. Верно А и Б

2.53. Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в цереброспинальной 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

2.54. Для подтверждения распространения воспалительного процесса на спинной мозг при гнойном эпидурите грудного отдела применяют следующие методы исследования, за исключением:

**А. Ревизии субарахноидального пространства**

Б. Люмбальной пункции

В. Нисходящей миелографии

Г. Компьютерной томографии

Д. Магнитно-резонансной томографии

2.55. 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**

2.56. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии спустя:

**А. Сразу после кровоизлияния**

Б. через 3 ч после кровоизлияния

В. через 6 ч после кровоизлияния

Г. через 12 ч после кровоизлияния

Д. через 24 ч после кровоизлияния

2.57. Наибольшее диагностическое значение в распознавании объемного полушарного очага при проведении эхоэнцефалографии имеет:

**А. Степень смещения срединного сигнала**

- Б. Появления дополнительных латеральных сигналов
- В. Ширина III желудочка
- Г. Верно все перечисленное

2.58. Наиболее высоким уровнем накопления изотопа при проведении радионуклидной у-сцинтиграфии отличаются:

- А. Менингиомы**
- Б. Краниофарингиомы
- В. Аденомы гипофиза
- Г. Невриномы VIII нерва
- Д. Астроцитомы

2.59. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится:

- А. Электроэнцефалографии
- Б. Компьютерной томографии
- В. Ангиографии**
- Г. Эхоэнцефалографии

2.60. 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

2.61. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызывать:

- А. Гипоксию и гипокапнию
- Б. Гипероксию и гипокапнию**
- В. Гипоксию и гиперкапнию
- Г. Гипероксию и гиперкапнию

2.62. 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 пораженного, так и здорового полушария
- Д. Низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария

2.63. 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

2.64. Анализ крови при гепатоцеребральной дистрофии выявляет:

- А. Нейтрофильный лейкоцитоз
- Б. Лимфоцитоз
- В. Увеличение СОЭ
- Г. Тромбоцитопению
- Д. Снижение церулоплазмينا**

2.65. Анализ крови при эритремии выявляет:

- А. Замедление СОЭ до 1—2 мм/ч**
- Б. Тромбоцитопению
- В. Снижение вязкости крови
- Е. Все перечисленное
- Д. Верно А и В

2.66. 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

2.67. При синдроме Иценко-Кушинга в крови определяется повышенное содержание:

- А. Пролактина
- Б. Кортикотропина**
- В. Соматостатина
- Г. Тиреотропина

2.68. При диагностике абсцесса головного мозга из контрольных методов исследования получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью:

- А. Пневмоэнцефалографии
- Б. Вентрикулографии
- В. Ангиографии
- Г. у-сцинтиграфии**
- Д. Всего перечисленного

2.69. Радиоизотопная сцинтиграфия головы малоинформативна:

- А. При арахноидэндотелиомах
- Б. При менингосаркомах
- В. При доброкачественных глиомах**
- Г. При метастатических опухолях

2.70. Патологическим ритмом ЭЭГ считается:

- А. Альфа-ритм амплитудой до 100 мкВ

- Б. Бета-ритм амплитудой до 100 мкВ
- В. Дельта-ритм амплитудой до 100 мкВ**
- Г. Тета-ритм амплитудой до 100 мкВ

2.70. 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.

2.72. При проведении числовой субтракционной ангиографии в отличие от классической ангиографии:

- А. Контрастное вещество не используют
- Б. Контрастное вещество можно вводить в вену**
- В. Используют меньшее количество рентгеновской пленки
- Г. Верно Б и В

2.73. 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

2.75. Синдром Клиппеля—Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками:

- А. Краниостеноза
- Б. Платибазии
- В. Остеопороза турецкого седла
- Г. Выступанием зуба II шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
- Д. Срастанием нескольких шейных позвонков**

2.76. 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

2.77. 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**

2.78. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния:

- А. 2-3 м

Б. 3-4 м

**В. 6-7 м**

Г. 10 м и более

2.79. При исследовании крови больных фуникулярным миелозом отмечается:

А. Гипохромия

**Б. Гиперхромия**

В. Микроцитоз

Г. Верно А и В

Д. Верно Б и В

2.80. Электронистагмографию можно проводить:

А. При ясном сознании

Б. При оглушении

В. При сопоре

Г. При коме

**Д. При любом уровне сознания**

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

А. Поверхностных электродов

**Б. Игольчатых электродов**

В. Мультиполярных электродов

Г. Всего перечисленного

Д. Верно Б и В

2.82. Офтальмологический синдром Фостера—Кеннеди характеризуется наличием признаков:

**А. Атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу 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

2.83. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субрахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

А. Ангиографию

Б. Реоэнцефалографию

В. Компьютерную томографию

**Г. Транскраниальную ультразвуковую доплерографию**

2.84. Симптом Элсберга—Дайка (атрофия корней дужек позвонков и увеличение расстояния между ними на спиндилограммах) наиболее характерен:

А. Для дисгормональной спондилопатии

Б. Для миеломной болезни

В. Для болезни Педжета

**Г. Для экстрamedулярной опухоли**

2.85. К ликвординамическим относятся следующие диагностические пробы, кроме:

- А. Квеккештедта
- Б. Пуусеппа
- В. Стукея
- Г. Мак-Клюра—Олдрича**

2.86. Исследование плазмы больного гепатолентикулярной дегенерацией 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**

2.87. Метод тромбозластографии определяет:

- А. Вязкость крови**
- Б. Гематокрит
- В. Скорость свертывания крови
- Г. Содержание фибриногена
- Д. Все перечисленные

2.88. Время кровотечения (способ Дуке) у здорового человека не превышает:

- А. 8 мин
- Б. 4 мин**
- В. 10 мин
- Г. 2 мин

2.89. 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

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

- А. Компьютерная томография
- Б. Магнитно-резонансная томография**
- В. Электроэнцефалография
- Г. Радионуклидная сцинтиграфия

2.91. В норме клиностатическая проба вызывает:

- А. Замедление пульса на 6-10 уд./мин**
- Б. Учащение пульса на 6-10 уд./мин
- А. Замедление пульса на 14-20 уд./мин
- Б. Учащение пульса на 14-20 уд./мин

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

- А. Учащение пульса более, чем на 10 уд./мин

**Б. Замедление пульса не более, чем на 10 уд./мин**

В. Учащение пульса не более, чем на 10 уд./мин

Г. Замедление пульса более, чем на 10 уд./мин

2.93. При МРТ диагностики рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек являются:

А. Перивентрикулярное белое вещество

**Б. Субкортикальное белое вещество**

В. Мост мозга

Г. Мозжечок

2.94. Решающее значение в диагностике внутречерепных аневризм имеет:

А. Сцинтиграфия

**Б. Ангиография**

В. Компьютерная томография

Г. Реоэнцефалография

2.95. Исследование клеточного иммунитета при ВИЧ-инфекции выявляет:

**А. Снижение числа Т-хелперов**

Б. Повышение числа Т-супрессоров

В. Повышение числа Т-киллеров

Г. Повышение числа В-лимфоцитов

Д. Повышение числа Т-хелперов

2.96. Компьютерная томография головного мозга не позволяет:

**А. Дифференцировать гистологическую структуру опухоли**

Б. Дифференцировать серое и белое вещество мозга

В. Определить состояние ликворных путей

Г. Определить области ишемии и кровоизлияния

Д. Определить зону перифокального отека

2.97. Уменьшение «ореола свечения» при диафаноскопии характерно:

**А. Для наружной гидроцефалии**

Б. Для гидроанэнцефалии

В. Для внутренней гидроцефалии на начальном этапе

Г. Для сообщающейся гидроцефалии

2.98. Усиление пальцевых вдавлений на рентгенограммах черепа свидетельствует:

А. Об окклюзионной открытой гидроцефалии

**Б. Об окклюзионной закрытой гидроцефалии**

В. О внутричерепной гипотензии

Г. Верно А и Б

Д. Верно все перечисленное

2.99. Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является:

А. Классическая электроэнцефалография

Б. Реоэнцефалография

- В. Компьютерная томография
- Г. Магнитно-резонансная томография
- Д. Позитронно-эмиссионная томография**

2.100. В норме верхний край зуба II шейного позвонка расположен выше линии, соединяющей твердое небо с задним краем большого затылочного отверстия:

- А. На 1—2 мм**
- Б. На 3-4 мм
- В. На 4-5 мм
- Г. На 6-7 мм

### Раздел 3. Принципы и методы лечения неврологических больных

3.1. Для уменьшения процессов свободно-радикального окисления в раннем периоде черепно-мозговой травмы применяется:

- А. Альфа-токоферола ацетат**
- Б. Аскорбиновая кислота
- В. Дексаметазон
- Г. Фенобарбитал
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и Б

3.2. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять:

- А. Гидрокортизон
- Б. Преднизолон
- В. Дексаметазон**
- Г. Кортизон

3.3. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение:

- А. Адреналина
- Б. Норадrenalина
- В. Мезатона
- Г. Дофамина**

3.4. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- А. Ингибиторы МАО
- Б. Трициклические антидепрессанты
- В. Нейролептики
- Г. Барбитураты**
- Д. Все перечисленные препараты

3.5. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют:

- А. Диазепам
- Б. Аминазин
- В. Пропазин
- Г. Гексенал

**Д. Любой из перечисленных препаратов**

3.6. Гиперактивацию симпатико-адреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют:

**А. Нейролептики**

- Б. Антидепрессанты
- В. Барбитураты
- Г. Всеми перечисленными препаратами
- Д. Верно А и Б

3.7. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через гематоэнцефалический барьер обладает:

- А. Цефалексин
- Б. Клиндамицин
- В. Рифампицин
- Г. Цефтриаксон**

3.8. При лечении гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме противопоказан:

- А. Маннитол**
- Б. Реополиглюкин
- В. Полиглюкин
- Г. Альбумин
- Д. 5% раствор глюкозы

3.9. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает:

- А. Маннитол
- Б. Глицерин
- В. Лазикс
- Г. Альбумин**

3.10. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апалический или акинетико-ригидный синдром) назначают:

- А. Циклодол
- Б. Пирацетам
- В. Энцефабол
- Г. Галоперидол
- Д. Наком**

3.11. К «дневным» транквилизаторам относится:

- А. Мидазолам (флормидал)

- Б. Нитразепам (эуноктин)
- В. Диазепам (реланиум)
- Г. Тофизопам (грандаксин)**

3.12. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

- А. Спустя 3 дня после травмы
- Б. Спустя неделю после травмы
- В. В резидуальном периоде
- Г. В любые сроки**
- Д. Правильно Б и В

3.13. Для угнетения гиперактивности вестибуловегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают:

- А. Анаприлин
- Б. Беллатаминал
- В. Метоклопрамид
- Г. Верно все перечисленное
- Д. Верно Б и В**

3.14. Для купирования мышечных проявлений нейрогенного гипервентиляционного синдрома назначают:

- А. Прозерин
- Б. Глюконат или хлорид кальция**
- В. Хлорид калия
- Г. Верно все перечисленное
- Д. Верно А и Б

3.15. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является:

- А. Введением в вену кардиотонических средств
- Б. Введение в вену антигипертензивных средств
- В. Освобождение дыхательных путей от инородных тел**
- Г. Верно А и Б

3.16. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия:

- А. 5% раствора глюкозы
- Б. 4% раствора гидрокарбоната натрия**
- В. Раствора поляризующей смеси
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

3.17. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению:

- А. Кардиотонических средств
- Б. Симпатомиметиков
- В. Низкомолекулярных декстранов**

Г. Осмотических диуретиков

3.18. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания:

- А. 5% раствора глюкозы
- Б. 0,9% раствора хлорида натрия
- В. Дистиллированной воды
- Г. Любого из препаратов**
- Д. Верно Б и В

3.19. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают:

- А. Центральные антигипертензивные средства
- Б. Осмотические диуретики
- В. Петлевые диуретики
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно Б и В**

3.20. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:

- А. Нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
- Б. Резкая болезненность суставов
- В. Нарушение функции тазовых органов
- Г. Сердечная недостаточность II - III ст.**
- Д. Нарушение координации

3.21. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:

- А. Цитостатики
- Б. Туберкулостатические препараты
- В. Нитрофураны (фуразалидон, фурадонин)
- Г. Противомаларийные препараты
- Д. Препараты всех перечисленных групп**
- Е. Верно А и Б

3.22. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают:

- А. Кортикостероиды
- Б. Хлорохин
- В. Аминогликозиды
- Г. Антихолинэстеразные препараты**
- Д. Все перечисленные препараты

3.23. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:

- А. Кортикостероиды
- Б. Противосудорожные препараты
- В. Противопаркинсонические препараты
- Г. Центральные антигипертензивные препараты
- Д. Все перечисленные препараты**

3.24. Ингибиторы МАО:

- А. Снижают накопление норадреналина
- Б. Увеличивают накопление норадреналина
- В. Снижают накопление дофамина
- Г. Увеличивают накопление дофамина
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г**

3.25. К ингибиторам МАО относятся:

- А. Нуредаль, пиразидол**
- Б. Аминазин, тизерцин
- В. Седуксен, радедорм
- Г. Амитриптилин, триптизол
- Д. L-ДОФА, наком

3.26. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся:

- А. Аминазин, тизерцин
- Б. Трифтазин, френолон
- В. Меллерил, сонапакс
- Г. Галоперидол, дроперидол**

3.27. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов:

- А. Адреналина
- Б. Норадреналина
- В. Дофамина**
- Г. Адетилхолина
- Д. Серотонина

3.28. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения:

- А. Акинезию и ригидность
- Б. Оромандибулярную дискинезию
- В. Генерализованный тик
- Г. Верно А и В
- Д. Верно все перечисленное**

3.29. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются:

- А. Мозжечковые расстройства
- Б. Экстрапирамидные расстройства**
- В. Вестибулярные расстройства
- Г. Координаторные расстройства
- Д. Слуховые и зрительные галлюцинации

3.30. Тиоридазин (меллерил, сонапакс) не назначают:

- А. При нарушениях поведения
- Б. При тикозном гиперкинезе
- В. При депрессивном состоянии

## Г. При артериальной гипотензии

3.31. К антидепрессантам седативного действия относятся:

А. Мелипрамин

Б. Пиразидол

В. Индопан

**Г. Амитриптилин**

Д. Все перечисленные препараты

3.32. Холинергический криз снимается введением:

А. Ганглиоблокирующих средств

Б. Мышечных релаксантов

**В. Атропина**

Г. Адреналина

Д. Норадrenalина

3.33. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов — проявление передозировки:

**А. Атропина**

Б. Прозерина

В. Ацетилхолина

Г. Пилокарпина

Д. Галантамина

3.34. Холинергический криз при передозировке прозерина проявляется:

А. Мидриазом

Б. Миозом

В. Усилением перистальтики

Г. Миофасцируляциями

Д. Верно А, В и Г

**Е. Верно Б, В и Г**

3.35. Мышечные релаксанты применяют:

А. При введении назогастрального зонда

Б. При катетеризации мочевого пузыря

**В. При интубации трахеи**

Г. При спазме привратника желудка

Д. При бронхоспазме

3.36. К  $\beta$ -адреноблокаторам относится:

А. Анаприлин

Б. Обзидан

В. Индерал

Г. Тразикор

**Д. Фентоламин**

3.37. Биотрансформация дифенина ускоряется при сочетанном назначении:

- А. С карбамазепином**
- Б. С левомецетином
- В. С ацетилсалициловой кислотой
- Г. С неодикумарином
- Д. С изониазидом

3.38. Лечение гепатолентикулярной дегенерации пенициламином начинают с назначения:

- А. Малых доз с постепенным увеличением**
- Б. Больших доз с постепенным снижением
- В. Длительного приема средних доз
- Г. Больших доз через день

3.39. Уменьшает глубину сна, в связи с чем применяется при лечении энуреза:

- А. Амитриптилин
- Б. Сиднокарб**
- В. Пипольфен
- Г. Пирацетам
- Д. Аминалон

3.40. Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе:

- А. В течение всего дня
- Б. Утром и днем
- В. На ночь**
- Г. Утром и вечером
- Д. Днем

3.41. Электроаэрозоли положительной полярности эффективны:

- А. При респираторном ацидозе
- Б. При респираторном алкалозе
- В. При метаболическом ацидозе**
- Г. При метаболическом алкалозе
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г

3.42. Санаторно-курортное лечение больного с невралгией лицевого нерва начинают:

- А. С первых дней заболевания
- Б. Через 1-2 мес. от начала болезни**
- В. Через 6 мес. от начала болезни
- Г. Через год от начала болезни

3.43. Токсическое действие гипербарической оксигенации на нервную систему проявляется:

- А. Нарушением сознания
- Б. Развитием эпилептиформных судорог**
- В. Развитием гиперкинезов
- Г. Развитием акинезии и ригидности
- Д. Вегетативно-сосудистыми кризами

3.44. Биодоступность L-ДОФА (прохождение через гематоэнцефалический барьер) в сочетании с ингибитором периферической дофадекарбоксилазы повышается:

- А. В 2 раза
- Б. В 3 раза
- В. В 4 раза
- Г. В 5 раз**
- Д. В 6 раз

3.45. В остром периоде невротий нецелесообразно применять:

- А. Электрофорез новокаина
- Б. Электростимуляцию**
- В. Микроволны
- Г. Динамические токи
- Д. Все перечисленное

3.46. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- А. Анальгетиков
- Б. Спазмолитиков
- В. Противосудорожных средств**
- Г. Всего перечисленного
- Д. Ничего из перечисленного

3.47. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен:

- А. Аспирин
- Б. Индометацин**
- В. Эрготамин
- Г. Анаприлин
- Д. Резерпин

3.48. Иглорефлексотерапия при полинейропатии Гийена—Барре назначается в период:

- А. Нарастания парезов
- Б. Стабилизация парезов
- В. Регресса парезов
- Г. Верно все перечисленное
- Д. Верно Б и В**

3.49. Для предупреждения приступа «менструальной» мигрени целесообразно назначение:

- А. Альфа-адреноблокаторов
- Б. Бета-адреноблокаторов
- В. Нейролептиков
- Г. Антисеротониновых препаратов
- Д. Нестероидных противовоспалительных препаратов**

3.50. При климактерическом остеопорозе назначают:

- А. Кортикостероиды

- Б. Кальцитрин
- В. Половые гормоны
- Г. Верно Б и В**
- Д. Верно все перечисленное

3.51. Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является:

- А. Нестабильность позвоночного сегмента
- Б. Нарушение спинального кровообращения
- В. Резко выраженный болевой корешковый синдром
- Г. Вертебробазилярная недостаточность
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно Б и Г

3.52. Показанием к мануальной терапии неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является наличие:

- А. Спондилеза и спондилолистеза III стадии
- Б. Болевого синдрома и вегетативновисцеральных нарушений**
- В. Остеопороза позвонков
- Г. Ничего из перечисленного

3.53. Препараты наперстянки и строфанта при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают:

- А. Для нормализации сердечного ритма
- Б. Для увеличения сердечного выброса
- В. Для улучшения коронарного кровообращения
- Г. Для улучшения системной гемодинамики
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г**

3.54. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают, если у больного:

- А. Повторные ишемические атаки
- Б. Постоянная форма мерцательной аритмии
- В. Высокий гематокрит
- Г. Верно А и Б**
- Д. Все перечисленное

3.55. Антиагрегантными свойствами обладают препараты:

- А. Ацетилсалициловая кислота
- Б. Кавинтон
- В. Дипиридамол
- Г. Верно А и В**
- Д. Все перечисленное

3.56. Для этиотропной терапии гипертонической энцефалопатии применяют:

- А. Диуретики

- Б. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- В. Антагонисты кальция
- Г. Бета-адреноблокаторы
- Д. Верно А и В
- Е. Верно все перечисленное**

3.57. Для терапии дисциркуляторной энцефалопатии применяют:

- А. Антиагрегантные средства
- Б. Антиоксидантные средства
- В. Гиполипидемические средства
- Г. Верно все перечисленное**
- Д. Верно А и Б

3.58. Фармакотерапия больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью:

- А. Улучшения церебральной гемодинамики
- Б. Улучшения метаболизма мозга
- В. Регресса очаговой церебральной симптоматики
- Г. Верно все перечисленное
- Д. Верно А и Б**

3.59. Для фармакотерапии спазма мозговых артерий на фоне субарахноидального кровоизлияния предпочтительнее назначить:

- А.  $\alpha$ -адренергические блокаторы
- Б.  $\beta$ -адренергические блокаторы
- В. Антагонисты кальция**
- Г. Препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г

3.60. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются:

- А. Выраженность общемозговой симптоматики**
- Б. Гиперволемия
- В. Гиперкоагуляция
- Г. Все перечисленное

3.61. Для лечения хореи Гентингтона применяют:

- А. ДОФА-содержащие препараты
- Б. Нейролептики**
- В. Холинолитики
- Г. Агонисты дофамина

3.62. Показанием к гиперволемической гемодилуции при ишемическом инсульте является наличие:

- А. Анурии
- Б. Сердечной недостаточности

- В. Артериальное давление ниже 120/60 мм рт.ст.
- Г. Артериальное давление свыше 200/100 мм рт.ст.
- Д. Гематокрита 52%**

3.63. Какие фибринолитики при лечении закупорки артерий мозга можно назначать вместе с гепарином?

- А. Стрептокиназу
- Б. Фибринолизин**
- В. Урокиназу
- Г. Любой из перечисленных

3.64. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:

- А. Ревматизма**
- Б. АД свыше 200/100 мм рт.ст.
- В. Заболеваний печени
- Г. Язвенной болезни желудка
- Д. Тромбоцитопатии

3.65. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня:

- А. 45-60%
- Б. 36-44%
- В. 30-35%**
- Г. Любой из перечисленных уровней

3.66. Наиболее эффективным в лечении синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания является:

- А. Хлорид кальция и викасол
- Б. Эпсилон-аминокапроновая кислота
- В. Гепарин с антитромбином
- Г. Гепарин с замороженной плазмой
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г**

3.67. Интенсивная терапия при ишемическом инсульте имеет основной целью коррекцию:

- А. Гиперхолестеринемии
- Б. Гиперпротеинемии
- В. Отека мозга
- Г. Водно-электролитного дисбаланса
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г**

3.68. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилон-аминокапроновая кислота и др.) противопоказано, поскольку:

- А. Высок риск повышения артериального давления
- Б. Возможно значительное повышение внутричерепного давления
- В. Кровоизлияние уже завершилось**

Г. Возможно усиление цефалгического синдрома

3.69. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при АД 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбирать:

А. Мочевину

Б. Кортикостероидные препараты

В. Маннитол

**Г. Лазикс**

3.70. Назначение папаверина в острой стадии гипертонического кровоизлияния в мозг нецелесообразно:

А. При утрате сознания и менингеальном синдроме

**Б. При признаках расширения артерий и вен на глазном дне**

В. При артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.

Г. Верно А и Б

3.71. При субарахноидальном кровоизлиянии нецелесообразно применять:

А. Анальгетики

**Б. Антифибринолитики**

В. Дегидрационные препараты

Г. Спазмолитики

Д. Антигипертензивные средства

3.72. Для лечения эпилепсии сна целесообразно назначение:

А. Кармазепина

Б. Гексамидина

**В. Вальпроевой кислоты**

Г. Фенобарбитала

3.73. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

А. Утрата сознания

Б. Рвота

В. Психомоторное возбуждение

Г. Инфаркт миокарда

**Д. Отек легких**

3.74. При субарахноидальном кровоизлиянии из аневризмы наиболее эффективны:

А. Строгий постельный режим

Б. Антифибринолитики

В. Антагонисты кальция

Г. Удаление излившейся крови с помощью повторных люмбальных пункций

**Д. Раннее клипирование аневризмы**

3.75. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:

А. ?-токоферол и рутин

- Б. Фибринолизин и калликреин-депо
- В. Эпсилон-аминокапроновую кислоту
- Г. Гепарин и замороженную плазму**
- Д. Все перечисленное

3.76. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:

- А. Коррекции лактацидоза
- Б. Коррекции гиперкоагуляции
- В. Коррекции гиперагрегации
- Г. Торможения активации перекисного окисления липидов**
- Д. Торможения активации антифибринолитической системы

3.77. При декомпенсации гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии нецелесообразно назначение дегидратирующих средств при наличии:

- А. Артериальной гипертензии
- Б. Общемозговой симптоматики
- В. Гиперкоагуляции**
- Г. Головной боли гипертонического характера
- Д. Краевого отека диска зрительного нерва

3.78. При болезни Альцгеймера для улучшения когнитивных функций предпочтительнее назначить:

- А. Пирацетам
- Б. Галантамин**
- В. Циннаризин
- Г. Пиритинол
- Д. Глицин

3.79. Лечение паротитного менингита может включать все перечисленное, кроме:

- А. Кортикостероидов
- Б. Дезоксирибонуклеазы**
- В. Трипсина
- Г. Аскорбиновой кислоты
- Д. Глицерина

3.80. При эссенциальном дрожании следует назначить:

- А. Гексамедин
- Б.  $\beta$ -адреноблокаторы (анаприлин)
- В. ДОФА-содержащие средства (наком)
- Г. Мидантан
- Д. Верно все перечисленное
- Е. Верно А и Б**

3.81. Наиболее эффективным при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является:

- А. Бензилпенициллин
- Б. Клиндамицин

В. Эритромицин

**Г. Гентамицин**

3.82. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять:

А. Цефалексин (цепорекс)

Б. Клиндамицин (далацин)

В. Эритромицин (эритран)

**Г. Цефотаксим (клафоран)**

3.83. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

А. Клиндамицин

В. Эритромицин

Г. Канамицин

**Д. Пенициллин**

3.85. Лечение холинолитическими препаратами болезни Паркинсона противопоказано, если у больного:

А. Катаракта

Б. Закрытоугольная глаукома

В. Гипертоническая ретинопатия

**Г. Диабетическая ретинопатия**

Д. Все перечисленные заболевания

3.86. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом выбора является:

А. Хлоралгидрат

Б. Тиопентал

В. Фенобарбитал

**Г. Седуксен**

Д. Тубокурарин

3.87. Для предупреждения обострений рассеянного склероза целесообразно назначить:

А. Альфа-интерферон

**Б. Бета-интерферон**

В. Гамма-интерферон

Г. Верно все перечисленное

Д. Верно А и Б

3.88. При лечении болезни Паркинсона ежедневная доза чистой L-ДОФА без ингибитора дофадекарбоксилазы не должна превышать:

А. 2 г

Б. 2,5 г

В. 3 г

Г. 3,5 г

Д. 4 г

**Е. 1 г**

3.89. При обострении рассеянного склероза предпочтительнее назначить:

**А. Глюкокортикоидные препараты**

Б. Цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)

В. Стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)

Г. Комплексное лечение указанными средствами

3.90. При токсической генерализованной форме дифтерии для профилактики полирадикулонейропатии достаточным является введение противодифтерийной сыворотки в дозе:

А. 50-70 тыс. МЕ

Б. 70-100 тыс. МЕ

**В. 100-120 тыс. МЕ**

Г. 120-150 тыс. МЕ

Д. Указанные дозы недостаточны

3.91. Кортикостероиды при обострении рассеянного склероза следует назначать:

А. В больших дозах через день

Б. В средних дозах через день

**В. В больших дозах ежедневно**

Г. В средних дозах ежедневно

Д. По любой схеме

3.92. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов:

А. Аминалон

Б. Фенибут

**В. Баклофен**

Г. Пантогам

3.93. При лечении печеночной энцефалопатии с портальной гипертензией (портосистемная форма) средствами первого выбора являются:

А. Глюкокортикоидные препараты

Б. Ограничение введения белка с пищей

В. Неадсорбируемые антибиотики

Г. Экстракорпоральная гемосорбция

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

3.94. При лечении печеночной энцефалопатии без портальной гипертензии средствами первого выбора являются:

А. Неадсорбируемые антибиотики

Б. Кортикостероидные препараты

В. Экстракорпоральная гемосорбция

Г. Ограничение потребления белка

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

3.95. К Дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся:

А. Мидантан, Вирегит

**Б. Наком, Мадопар**

В. Парлодел, Лизурид

Г. Юмекс, Депренил

Д. Все перечисленное

3.96. Первой мерой помощи больному при эпилептическом статусе является:

А. Иммобилизация головы

Б. Иммобилизация конечностей

В. Введение воздуховода в ротоглотку

**Г. Ингаляционный наркоз закисью азота**

3.97. Концентрация противоэпилептических препаратов (фенобарбитала, фенитоина и карбамазепина) повышается при одновременном назначении:

А. Эритромицина

Б. Хлорамфеникола

В. Изониазида

Г. Циметидина

Д. Верно А и Б

**Е. Всех перечисленных препаратов**

3.98. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

**А. Типом припадка**

Б. Формой эпилепсии

В. Частотой приступов

Г. Особенности ЭЭГ

3.99. Среди противоэпилептических препаратов в меньшей степени угнетает корковые функции:

**А. Карбамазепин**

Б. Фенобарбитал

В. Бензонал

Г. Гексамидин

3.100. При частых припадках первичной генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить:

А. Максимальную дозу одного препарата

**Б. Минимальную дозу одного выбранного препарата с постепенным повышением дозы**

В. Сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических препаратов

Г. Сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств

Раздел 4. Заболевания периферической нервной системы

4.1. В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип:

- А. Этиология заболевания
- Б. Особенность течения заболевания
- В. Особенность клинической картины
- Г. Верно Б и В
- Д. Все перечисленное**

4.2. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является:

- А. Инфекционный
- Б. Токсический**
- В. Сосудистый
- Г. Метаболический
- Д. Все перечисленные

4.3. Синдром полиневропатии чаще всего проявляется:

- А. Слабостью проксимальных отделов конечностей
- Б. Расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей
- В. Вегетативными нарушениями в кистях и стопах
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В**

4.4. Для алкогольной полиневропатии характерно:

- А. Преимущественное поражение нижних конечностей
- Б. Преимущественное поражение верхних конечностей
- В. Боли в голених и стопах
- Г. Боли в предплечьях и кистях
- Д. Верно А и В**
- Е. Верно Б и Г

4.5. Лекарственные полиневропатии чаще вызывают:

- А. Цитостатики
- Б. Гипотензивные препараты
- В. Противотуберкулезные средства
- Г. Верно А и В**
- Д. Верно А и Б

4.6. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие:

- А. Расстройств глубокой чувствительности
- Б. Бульбарных расстройств
- В. Тазовых нарушений
- Г. Верно А и Б**
- Д. Верно Б и В

4.7. Диабетическая полиневропатия развивается в результате:

- А. Поражения сосудов периферических нервов
- Б. Нарушения метаболизма глюкозы

- В. Токсического повреждения миелина периферических нервов
- Г. Всего перечисленного
- Д. Верно А и Б**

4.8. Для свинцовой полиневропатии характерно наличие:

- А. Преимущественных парезов нижних конечностей
- Б. Преимущественных парезов верхних конечностей
- В. Болей в конечностях
- Г. Онемения в конечностях
- Д. Всего перечисленного
- Е. Верно Б и В**

4.9. Для мышьяковой полиневропатии характерно наличие:

- А. Преимущественных поражений нервов ног
- Б. Багрово-синюшных полос на коленях
- В. Белых полос на ногтях
- Г. Верно А и В
- Д. Верно А и Б

4.10. Пол и невропатии при пернициозной анемии сопутствует:

- А. Снижение сывороточного железа в крови
- Б. Фуникулярный миелоз
- В. Гиперацидный гастрит
- Г. Все перечисленное

4.11. Полиневропатия, связанная с недостаточностью витамина В<sub>1</sub>, возникает:

- А. При хроническом алкоголизме**
- Б. При порфирии
- В. При пеллагре
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В

4.12. Для диабетической полиневропатии характерно:

- А. Поражение черепных нервов
- Б. Преимущественное поражение нервов верхних конечностей
- В. Вегетативные расстройства
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В**

4.13. Полиневропатии при лейкозах возникают в результате:

- А. Эндолюмбального введения преднизолона
- Б. Приема цитостатиков
- В. Сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В**

4.14. Для уремической полиневропатии характерно:

- А. Снижение скорости проведения возбуждения по нервам
- Б. Поражение черепных нервов
- В. Преобладание аксональной дегенерации**
- Г. Все перечисленное

4.15. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии является:

- А. Выраженность сенситивной атаксии
- Б. Выраженность болевого синдрома
- В. Тяжесть вялых параличей конечностей
- Г. Черный цвет кала
- Д. Красный цвет мочи**

4.16. Характерными сопутствующими симптомами полиневропатии, вызванной миеломной болезнью, являются:

- А. Упорные боли в костях
- Б. Клеточно-белковая диссоциация в ликворе
- В. Патологические переломы костей
- Г. Верно Б и В
- Д. Верно А и В**

4.17. Причиной наследственно обусловленной невропатии может быть:

- А. Амилоидоз
- Б. Порфирия
- В. Гепатоцеребральная дистрофия
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и Б**

4.18. Для компрессионной невропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны:

- А. Слабость II, III пальцев кисти
- Б. Атрофия мышц возвышения мизинца
- В. Боли по ульнарной поверхности кисти
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно Б и В**

4.19. Для компрессионной невропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны:

- А. Слабость IV, V пальцев
- Б. Атрофия мышц возвышения большого пальца
- В. Усиление болей в кисти при ее сгибании
- Г. Верно Б и В**
- Д. Верно А и В

4.20. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны:

- А. Слабость подошвенных сгибателей стопы
- Б. Гипотрофия перонеальной группы мышц

В. Гипалгезия наружной поверхности голени

Г. Верно А и Б

**Д. Верно Б и В**

4.21. Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны:

А. Боль в области подошвы

Б. Припухлость в области наружной лодыжки

В. Парезы сгибателей пальцев стопы

Г. Верно Б и В

**Д. Верно А и В**

4.22. Для невралгической амиотрофии Персонейджа-Тернера характерны:

А. Дистальный парез руки

Б. Боль в области надплечья

В. Атрофия мышц плеча

Г. Корешковая гипестезия в зоне С5-С6

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

4.23. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелінопатий наиболее информативным исследованием является:

А. Иммунологическое исследование крови

**Б. Электромиография**

В. Иммунологическое исследование ликвора

Г. Биопсия мышц

4.24. В остром периоде невротий целесообразно применять:

А. Ультразвук

Б. Электростимуляция

В. Микроволновая терапия

**Г. Верно А и В**

Д. Верно А и Б

4.25. Иглорефлексотерапия при полиневропатии Гийена — Барре назначается в период:

А. Нарастания парезов

Б. Стабилизации парезов

В. Регресса парезов

Г. Верно все перечисленное

**Д. Верно Б и В**

4.26. Инфекционный полиневрит вызывают:

А. Герпес

Б. Ботулизм

**В. Проказа**

Г. Все перечисленное

Д. Верно А и Б

4.27. Для полиневропатии Гийена — Барре — Ландри характерно:

- А. Поражение черепных нервов**
- Б. Выраженные тазовые расстройства
- В. Стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно Б и В

4.28. Для полиневропатии Гийена — Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе:

- А. С 1-го дня заболевания
- Б. С 3-го дня заболевания
- В. Со 2-й недели заболевания**
- Г. С 3-й недели заболевания

4.29. Атипичная форма Фишера острой полиневропатии Гийена — Барре характеризуется:

- А. Поражением языкоглоточного нерва
- Б. Двусторонним парезом лицевого нерва
- В. Поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
- Г. Поражением глазодвигательных нервов и атаксией**
- Д. Всем перечисленным

4.30. Для невротий при узелковом периартериите характерно:

- А. Асимметричность поражения нервных стволов**
- Б. Малая выраженность болевого синдрома
- В. Поражение черепных нервов
- Г. Верно Б и В
- Д. Все перечисленное

4.31. Для изменений соска зрительного нерва при остром неврите характерны:

- А. Стушеванность границ
- Б. Гиперемия
- В. Побледнение
- Г. Верно А и Б**
- Д. Верно Б и В

4.32. К демиелинизирующим относятся полиневропатия:

- А. Гийена—Барре**
- Б. Диабетическая
- В. Порфирийная
- Г. Алкогольная

4.33. Для невротии тройничного нерва характерны:

- А. Снижение корнеального рефлекса**
- Б. Нарушение вкуса на задней трети языка
- В. Гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
- Г. Гипертрофия жевательной мускулатуры

Д. Все перечисленное

4.34. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла характерно:

- А. Снижение корнеального рефлекса
- Б. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- В. Гиперакузия
- Г. Верно все перечисленное
- Д. **Верно А и Б**

4.35. При кохлеарном неврите наблюдается:

- А. Гиперакузия
- Б. Изолированное снижение костной проводимости
- В. Изолированное снижение воздушной проводимости
- Г. **Сочетанное снижение костной и воздушной проводимости**
- Д. Верно А и В

4.36. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается:

- А. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- Б. Парез гортани
- В. **Парез мягкого неба**
- Г. Верно А и В
- Д. Верно Б и В

4.37. При поражении блуждающего нерва наблюдается:

- А. Дисфония
- Б. Нарушение сердечного ритма
- В. Бронхоспазм
- Г. Верно все перечисленное
- Д. **Верно А и Б**

4.38. Для невралгии добавочного нерва характерно:

- А. Опущение лопатки
- Б. Похудание мышц шеи
- В. Затруднение глотания
- Г. Все перечисленное
- Д. **Верно А и Б**

4.39. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием:

- А. Дизартрии
- Б. Ограничения подвижности языка
- В. **Фибрилляция мышц языка**
- Г. Сопутствующего поражения блуждающего нерва
- Д. Всего перечисленного

4.40. Для невралгии длинного грудного нерва характерно:

- А. Парез дельтовидной мышцы
- Б. Парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

**В. Парез передней зубчатой мышцы**

Г. Верно А и Б

Д. Верно Б и В

4.41. Для невропатии подкрыльцового нерва характерно:

А. Затруднения сгибания руки в локтевом суставе

Б. Болезненность руки при отведении ее за спину

**В. Слабость и атрофия дельтовидной мышцы**

Г. Слабость и атрофия трапецевидной мышцы

Д. Верно Б и Г

4.42. Признаками невропатии срединного нерва являются:

А. Слабость IV и V пальцев кисти

Б. Снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев

**В. Слабость I, II пальцев кисти**

Г. Верно Б и В

Д. Верно А и Б

4.43. Признаками поражения лучевого нерва являются:

А. «Когтистая кисть»

Б. Невозможность разгибания кисти

В. Невозможность отведения I пальца

Г. Все перечисленные

**Д. Верно Б и В**

4.44. При невропатии локтевого нерва наблюдается:

А. «Свисающая кисть»

Б. Нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти

**В. Невозможность приведения IV, V пальцев**

Г. Верно А и В

Д. Все перечисленное

4.45. При невропатии бедренного нерва наблюдается:

А. Симптом Ласега

**Б. Слабость четырехглавой мышцы бедра**

В. Отсутствие ахиллова рефлекса

Г. Все перечисленное

Д. Верно Б и В

4.46. Клиническими признаками невропатии наружного кожного нерва бедра являются:

А. Снижение коленного рефлекса

**Б. Гипестезия по наружной передней поверхности бедра**

В. Гипестезия по наружной задней поверхности бедра

Г. Верно А и Б

Д. Верно А и В

4.47. При невропатии седалищного нерва наблюдается:

- А. Симптом Вассермана
- Б. Выпадение ахиллова рефлекса**
- В. Выпадение коленного рефлекса
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и Б

4.48. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются:

- А. Парез разгибателей стопы**
- Б. Гипестезия по внутренней поверхности голени
- В. Выпадение ахиллова рефлекса
- Г. Все перечисленные
- Д. Верно А и Б

4.49. При невропатии большеберцового нерва наблюдается:

- А. Выпадение ахиллова рефлекса
- Б. Нарушение чувствительности на передней поверхности голени
- В. Парез сгибателей стопы
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и В**

4.50. От шейного сплетения не отходит:

- А. Малый затылочный нерв
- Б. Подкрыльцовый нерв**
- В. Диафрагмальный нерв
- Г. Надключичный нерв
- Д. Большой ушной нерв

4.51. От плечевого сплетения не отходит:

- А. Надключичный нерв**
- Б. Подключичный нерв
- В. Подкрыльцовый нерв
- Г. Локтевой нерв
- Д. Верно А и В

4.52. От поясничного сплетения не отходит:

- А. Бедренный нерв
- Б. Запирательный нерв
- В. Наружный кожный нерв бедра
- Г. Седалищный нерв**
- Д. Бедренно-половой нерв

4.53. От крестцового сплетения отходит:

- А. Наружный кожный нерв бедра
- Б. Запирательный нерв
- В. Седалищный нерв**
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и В

4.54. При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается:

- А. Отечность околоушной области
- Б. Болезненность при пальпации височной мышцы
- В. Ограничение подвижности нижней челюсти**
- Г. Верно А и Б
- Д. Все перечисленное верно

4.55. Для болевой миофасциальной дисфункции лица характерны:

- А. Болезненность пораженной мышцы при жевании и открывании рта
- Б. Гиперестезия в области пораженной мышцы
- В. Наличие болезненных узелков в толще жевательной мышцы
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В**

4.56. Самой частой причиной невралгии тройничного нерва являются:

- А. Заболевания придаточных пазух
- Б. Компрессия корешка нерва извитым сосудом на основании мозга**
- В. Сдавление ветвей нерва в подглазничном и нижнечелюстном каналах
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно Б и В

4.57. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:

- А. Перманентный болевой синдром
- Б. Гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей тройничного нерва
- В. Курковые зоны на лице**
- Г. Психомоторное возбуждение во время приступа
- Д. Верно Б и В

4.58. Для неврита тройничного нерва характерны:

- А. Отсутствие постоянного болевого синдрома
- Б. Гиперестезия на лице
- В. Трофические расстройства на лице
- Г. Слабость жевательной мускулатуры
- Д. Верно В и Г**
- Е. Все перечисленное

4.59. Для невралгии носоресничного нерва характерны:

- А. Приступообразные боли в области глаза и носа
- Б. Приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области
- В. Ринорея, слезотечение
- Г. Верно А и В**
- Д. Верно Б и В

4.60. Для невралгии ушно-височного нерва характерны:

- А. Наличие курковых зон в области виска
- Б. Гиперемия и гипергидроз околоушной области

В. Приступобразные боли в околоушной области

Г. Все перечисленное

**Д. Верно Б и В**

4.61. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны:

А. Приступы стреляющих болей в корне языка

Б. Приступы стреляющих болей в миндалинах

В. Наличие курковых зон в корне языка

**Г. Все перечисленное**

Д. Верно А и В

4.62. Для невралгии верхнегортанного нерва характерны:

А. Приступы болей в области гортани

Б. Пароксизмы кашля во время болевого приступа

В. Дисфония

Г. Все перечисленное верно

**Д. Верно А и Б**

4.63. Для ганглионита коленчатого узла характерны:

А. Боли в области уха с иррадиацией в затылок

Б. Герпетические высыпания в ушной раковине

В. Нарушения вкуса на задней 1/3 языка

Г. Все перечисленное

**Д. Верно А и Б**

4.64. Для невралгии затылочного нерва характерны:

А. Боль в околоушной области

**Б. Боль в области затылка с иррадиацией в надплечье**

В. Болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7

Г. Напряжение мышц шеи

Д. Все перечисленное

4.65. В период обострения невралгии тройничного нерва применяются:

А. Динамические токи на область выхода ветвей V нерва

Б. Грязевые аппликации на воротниковую зону

В. Электрофорез новокаина на область выхода ветвей V нерва

Г. Все перечисленное

**Д. Верно А и В**

4.66. Наиболее эффективным методом терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

А. Анальгетиков

Б. Спазмолитиков

**В. Противосудорожных средств**

Г. Всего перечисленного

Д. Ничего из перечисленного

4.67. Синдром нижней косой мышцы головы характеризуется:

- А. Кохлеовестибулярными и зрительными расстройствами
- Б. Постоянной болью в области затылка
- В. Гипалгезией в зоне иннервации большого затылочного нерва
- Г. Верно А и В
- Д. Верно Б и В**

4.68. Для синдрома лестничной мышцы характерны:

- А. Усиление боли в предплечье и II, III пальцах кисти при повороте головы в больную сторону
- Б. Усиление боли в предплечье и IV, V пальцах кисти при повороте головы в здоровую сторону
- В. Асимметрия артериального давления и пульса на лучевой артерии
- Г. Диффузный остеопороз кисти
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

4.69. Для синдрома малой грудной мышцы характерны:

- А. Боль по передненаружной поверхности грудной клетки с иррадиацией в руку
- Б. Усиление болевого синдрома при закладывании руки за спину
- В. Снижение артериального давления на плечевой артерии при повороте головы в здоровую сторону и при глубоком вдохе
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и Б**

4.70. Для плечелопаточного периартроза характерны:

- А. Остеопороз головки плечевой кости, увеличение размеров суставной щели плечевого сустава
- Б. Атрофия мягких тканей, окружающих плечевой сустав
- В. Снижение подвижности плечевого сустава
- Г. Все перечисленное**
- Д. Верно Б и Г

4.71. Для периостита наружного надмыщелка плечевой кости (эпикондилеза) характерны:

- А. Болезненность всех движений в плечевом суставе
- Б. Болезненность при разгибании и ротации предплечья в локтевом суставе**
- В. Сужение суставной щели плечевого сустава
- Г. Верно А и В
- Д. Все перечисленное

4.72. Для синдрома «плечо—кисть» характерны:

- А. Вегетативно-трофические нарушения на кисти**
- Б. Асимметрия артериального давления
- В. Гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно Б и В

4.73. Для заднего шейного симпатического синдрома характерны:

- А. Сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей односторонней головной болью**
- Б. Сочетание двусторонней затылочной головной боли с корешковыми чувствительными расстройствами в ульнарной области
- В. Сочетание жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

4.74. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншейдта) характеризуется:

- А. Внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления
- Б. Внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи**
- В. Внезапным приступом кохлеовестибулярных, координационных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи
- Г. Всем перечисленным
- Д. Верно А и В

4.75. Для вертеброгенной цервикальной миелопатии характерны:

- А. Выраженные расстройства тазовых функций
- Б. Смешанный верхний парапарез в сочетании со спастическим нижним парапарезом**
- В. Грубые атрофии мышц нижних конечностей
- Г. Дизартрия, дисфагия, дисфония
- Д. Все перечисленное

4.76. Для компрессии корешка С6 характерны:

- А. Болевая гипестезия I пальца кисти
- Б. Снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
- В. Снижение карпорадиального рефлекса
- Г. Болевая гипестезия V пальца кисти
- Д. Верно А и Б**
- Е. Верно В и Г

4.77. Для компрессии корешка С7 характерны:

- А. Боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча**
- Б. Боли и парестезии в области I пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
- В. Боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса
- Г. Ничего из перечисленного

4.78. Для васкулярного эпиконусного синдрома характерны:

- А. Отсутствие ахиллова рефлекса
- Б. Отсутствие анального и кремастерного рефлексов
- В. Нижний вялый парапарез
- Г. Задержка мочи

**Д. Все перечисленное**

Е. Верно А, В и Г

4.79. Для васкулярного конусного синдрома характерны:

А. Недержание мочи

Б. Анестезия в аногенитальной зоне

В. Нижний вялый парапарез

Г. Отсутствие ахилловых рефлексов

Д. Все перечисленное

**Е. Верно А и Б**

4.80. Платибазией называется краниовертебральная аномалия, при которой имеется:

**А. Уплотнение ската затылочной кости**

Б. Воронкообразное вдавление в область затылочного отверстия

В. Сращения I шейного позвонка с затылочной костью

Г. Все перечисленное

Д. Верно Б и В

4.81. Аномалией Арнольда—Киари называется патология, при которой имеется:

А. Сращение шейных позвонков

Б. Сращение I шейного позвонка с затылочной костью

**В. Смещение вниз миндалин мозжечка**

Г. Расщепление дужки I шейного позвонка

Д. Все перечисленное

4.82. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди—Уокера являются:

А. Вентрикулография

Б. Компьютерная томография мозга

В. Миелография

Г. Рентгенография краниовертебрального перехода

Д. Все перечисленные

**Е. Верно А и Б**

4.83. Для синдрома грушевидной мышцы характерно:

А. Снижение анального и кремастерного рефлекса

Б. Усиление боли в голени и стопе при приведении бедра

В. «Перемежающаяся хромота» нижней конечности

Г. Все перечисленное

**Д. Верно Б и В**

Е. Верно А и В

4.84. Клиническая картина компрессии корешков конского хвоста отличается от компрессии конуса и эпиконуса:

А. Асимметричностью поражения

Б. Интенсивным болевым синдромом, усиливающимся в положении лежа

В. Нижним вялым парапарезом

Г. Всем перечисленным

**Д. Верно А и Б**

4.85. Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является:

А. Нестабильность позвоночного сегмента

Б. Нарушение спинального кровообращения

В. Резко выраженный болевой корешковый синдром

Г. Вертебробазилярная недостаточность

**Д. Все перечисленное**

Е. Верно Б и Г

4.86. Показанием к мануальной терапии при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника является наличие:

А. Спондилеза и спондилолистеза III стадии

**Б. Болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений**

В. Остеопороза позвонков

Г. Всего перечисленного

Д. Ничего из перечисленного

4.87. Для синдрома компрессии корешка L4 характерны:

А. Боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра

Б. Слабость четырехглавой мышцы бедра

В. Отсутствие коленного рефлекса

Г. Верно А и Б

**Д. Верно Б и В**

4.88. Синдром компрессии корешка L5 проявляется:

А. Болью по внутренней поверхности голени и бедра

**Б. Слабостью разгибателей I пальца стопы**

В. Снижением ахиллова рефлекса

Г. Верно Б и В

Д. Всем перечисленным

4.89. Синдром компрессии корешка S1 проявляется:

А. Снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы

Б. Снижением коленного рефлекса

**В. Выпадением ахиллова рефлекса**

Г. Всем перечисленным

Д. Верно Б и В

4.90. Хирургическое лечение показано, если у больного с шейным остеохондрозом имеется:

А. Выраженная клиника компрессии плечевого сплетения при синдроме лестничной мышцы

Б. Компрессия остеофитами позвоночной артерии

В. Выраженный спондилез на всем протяжении шейного отдела позвоночника

**Г. Верно А и Б**

Д. Верно Б и В

4.91. Для туберкулезного спондилита характерны:

- А. Сколиоз позвоночника
- Б. Кифоз позвоночника
- В. Клиновидная деформация позвонков
- Г. Деструкция тел позвонков
- Д. Все перечисленное**
- Е. Верно А и Б

4.92. Для сакроилеита характерны:

- А. Симптом Ласега
- Б. Болезненность при сдавлении крыльев подвздошной кости
- В. Нечеткость контуров суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения, выявляемая при рентгенологическом исследовании
- Г. Верно А и В
- Д. Верно Б и В**

4.93. Клиническая картина метастатического поражения позвоночника отличается от остеохондроза:

- А. Упорным корешковым болевым синдромом
- Б. Билатеральным корешковым синдромом
- В. Компрессией спинного мозга и корешков
- Г. Всем перечисленным**

4.94. Для остеохондроза в молодом возрасте характерны:

- А. Выраженный болевой корешковый синдром**
- Б. Выраженный остеопороз позвоночника
- В. Выраженные явления остеохондроза и спондилеза на рентгенограмме позвоночника
- Г. Все перечисленные

4.95. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяют:

- А. Массаж
- Б. Грязелечение
- В. Иглорефлексотерапию**
- Г. Аппликации парафина
- Д. Все перечисленное

4.96. Для спондилоартрита (болезни Бехтерева) характерны:

- А. Остеопороз позвонков
- Б. Сакроилеит
- В. Кифоз грудного отдела позвоночника
- Г. Деструкция тел позвонков поясничного отдела
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно Б и В**

4.97. При невральной амиотрофии Шарко—Мари—Тута наблюдается:

- А. Дистальная амиотрофия конечностей**

- Б. Проксимальная амиотрофия конечностей
- В. Амиотрофия туловища
- Г. Псевдогипертрофия икроножных мышц

4.98. В развитии остеопороза позвоночника играет роль:

- А. Недостаточность половых гормонов
- Б. Повышение активности щитовидной железы
- В. Снижение уровня фосфора и кальция в крови
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и В**

4.99. Для остеопороза позвоночника характерными рентгенологическими признаками являются:

- А. Очаги деструкции в телах позвонков
- Б. Диффузный остеопороз позвонков
- В. Клиновидные переломы позвонков
- Г. Краевые разрастания концевых пластинок позвонков
- Д. Все перечисленные
- Е. Верно Б и В**

4.100. Участком возможной компрессии срединного нерва является:

- А. «Плечевой канал»**
- Б. «Спиральный канал»
- В. Наружная межмышечная перегородка плеча
- Г. Костно-фиброзный канал Гюйона

## Раздел 5. Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания нервной системы

05.1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

- А) Коксаки
- Б) простого герпеса**
- В) кори
- Г) паротита

05.2. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме

- А) кортикостероидов
- Б) дезоксирибонуклеазы**
- В) трипсина
- Г) аскорбиновой кислоты
- Д) глицерина

05.3. Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена характерно для тяжелого течения

- А) стафилококкового менингита
- Б) пневмококкового менингита
- В) менингита, вызванного вирусом Коксаки
- Г) менингококкового менингита**

Д) лимфоцитарного хориоменингита

05.4. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

А) глазодвигательные расстройства

**Б) патологические стопные знаки**

В) нарушения сна

Г) вегетативные расстройства

05.5. Острый клещевой энцефалит характеризуется

А) пиком заболеваемости в осенне-зимний период

Б) отсутствием менингального синдрома

В) снижением внутричерепного давления

**Г) вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса**

Д) нейтрофильным цитозом в ликворе

05.6. При вирусном двухволновом менингоэнцефалите обычно не бывает

А) лихорадки

**Б) атрофических спинальных параличей**

В) плеоцитоза в ликворе

Г) радикулоневрита

05.7. Общесоматические проявления СПИДа включают

А) длительную лихорадку и ночной пот

Б) диарею и потерю массы тела

В) генерализованную лимфаденопатию

Г) верно А и В

**Д) все перечисленное**

05.8. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается

**А) лимфоцитарный плеоцитоз**

Б) снижение содержания белка

В) увеличение содержания хлоридов

Г) верно А и Б

Д) верно А и В

05.9. Характерными электроэнцефалографическими признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются:

А) Диффузное снижение вольтажа волн

Б) Появление гамма- и тета- волн

**В) Наличие пиков (спайков) и острых волн**

Г) Наличие асимметричных гигантских волн

Д) Наличие сонных веретен

05.10 Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется

А) оксолин

Б) пefлоксацин

**В) ацикловир**

Г) цефтриаксон

05.11 Решающее значение в диагностике менингита имеет

А) острое начало заболевания с повышением температуры

Б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом

**В) изменения спинномозговой жидкости**

Г) признаки застоя на глазном дне

Д) верно А и Б

05.12 Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями

А) гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-менингит)

Б) пневмококком

**В) микобактерией туберкулеза**

Г) верно А и В

Д) верно Б и В

05.13. Наиболее эффективным антибиотиком при лечении гнойного стафилококкового менингита является

А) бензилпенициллин

Б) клиндамицин

В) эритромицин

**Г) гентамицин**

05.14 Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

А) лихорадки

Б) менингеального синдрома

**В) гипертензионного синдрома**

Г) нарушения сознания

Д) светобоязни

05.15. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, наблюдается

А) подострое начало без лихорадки

**Б) полимиалгия**

В) нейтрофильный плеоцитоз

Г) тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы

Д) верно В и Г

05.16 Морфологическим субстратом восстановления функций нейрональных систем и клинической ремиссии при рассеянном склерозе является

А) рассасывание фиброзной склеротической бляшки

Б) восстановление способности синтезировать нейромедиаторы в пораженных нейронах

В) восстановление нормального кругооборота нейромедиаторов в межнейрональных синапсах

**Г) периаксональная ремиелинизация в пораженных нейронах**

05.17. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита следует выбрать

- А) цефалексин
- Б) клиндамицин
- В) эритромицин
- Г) цефатоксим**

05.18 Для лечения менигококкового менингита следует выбрать

- А) клиндамицин
- Б) тетрациклин
- В) эритромицин
- Г) канамицин
- Д) бензилпенициллин**

05.19 САК, как осложнение основного заболевания, встречается при менингите, вызванном

- А) пневмококком
- Б) вирусом паротита
- В) клебсиеллой
- Г) палочкой Афанасьева-Пфейффера
- Д) стрептококком**

05.20 Абсцессы мозга, как осложнение, чаще встречаются при менингите, вызванном

- А) палочкой Афанасьева - Пфейффера
- Б) стафилококком**
- В) пневмококком
- Г) лептоспирами

05.21 К редким возбудителям серозного менингита относится

- А) вирус лимфоцитарного хореоменингита
- Б) микобактерии
- В) парагриппозный вирус**
- Г) вирус эпидемического паротита

05.22 Гнойный менингит не вызывают

- А) стафилококки
- Б) менигококки
- В) пневмококки
- Г) вульгарный протей
- Д) лептоспиры**

5.23 Характерными нарушениями иммунной системы при СПИДе, выявляемыми лабораторным путем, являются:

- А) Снижение количества Т-хелперов
- Б) Снижение отношения Т-хелперов/Т-супрессоров
- В) Снижение В-лимфоцитов
- Г) Верно А и Б**
- Д) Все перечисленное

05.24 Острый рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием

- А) нижней спастической параплегии
- Б) бульбарных расстройств
- В) экстрапирамидных нарушений**
- Г) синдрома Броун — Секара

05.25 Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются

- А) пролиферация мезоглии в белом веществе
- Б) очаги ишемии в головном мозге
- В) распад миелина
- Г) верно А и Б
- Д) верно Б и В**

05.26 Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита, вызванного

- А) пневмококком
- Б) стафилококком
- В) палочкой Афанасьева - Пфейффера
- Г) менингококком**
- Д) стрептококком

05.27 Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного

- А) синегнойной палочкой
- Б) стафилококками
- В) вирусом простого герпеса
- Г) вирусами Коксаки и ЕСНО**

05.28 Решающее значение в дифференциальной диагностике принадлежит

- А) особенностям клинической картины
- Б) данным компьютерной томографии
- В) анамнестическим данным
- Г) особенностям серологических реакций**

05.29. Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением

- А) головного мозга
- Б) спинного мозга
- В) корешков и периферических нервов
- Г) верно А и Б**
- Д) все перечисленное

05.30. Снижение остроты зрения при рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением

- А) сетчатой оболочки
- Б) зрительного нерва**
- В) первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле
- Г) лучистого венца Границоле в затылочной доле
- Д) коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

05.31. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита применяют

- А) нестероидные противовоспалительные средства
- Б) анаболические стероидные препараты
- В) синтетические глюкокортикоиды**
- Г) эстрогенные стероидные препараты

05.32. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после «малой бопериода, характеризуются наличием

- А) судорог мышц
- Б) фибриллярных подергиваний
- В) вялых параличей конечностей
- Г) все перечисленное
- Д) верно А и Б**

05.33. Особенности коревого энцефалита обусловлены:

- А) Периваскулярными ишемическими очагами
- Б) Периваскулярными геморрагическими очагами
- В) Тромбозами мозговых вен
- Г) Верно А и В
- Д) Верно Б и В**

05.34 В спинномозговой жидкости на второй неделе паралитической стадии острого полиомиелита (в отличие от первой недели) находят

- А) нормальный уровень глюкозы
- Б) белково-клеточную диссоциацию**
- В) нормальный уровень хлоридов
- Г) эозинофильный цитоз

05.35. Особенности остаточных двигательных нарушений после перенесенного полиомиелита определяются:

- А) Асимметричным поражением мышц конечностей и туловища
- Б) Замедлением роста и нарушением трофики конечностей
- В) Нарушением координации и статики
- Г) Верно А и Б**
- Д) Верно А и В

05.36 Дифференциальный диагноз непаралитической формы острого полиомиелита следует проводить

- А) с вирусным серозным менингитом
- Б) с бактериальным серозным менингитом
- В) с острой демиелинизирующей полирадикулоневропатией Гийена - Барре
- Г) с переднероговой формой клещевого энцефалита
- Д) верно А и Б
- Е) со всем перечисленным**

05.37 Подозрение на абсцесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками

- А) нарастающей внутричерепной гипертензии
- Б) очагового церебрального поражения
- В) общемозговыми симптомами
- Г) верно А и Г
- Д) всеми перечисленными**

05.38 При диагностике абсцесса головного мозга из контрастных методов получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью

- А) пневмоэнцефалографии
- Б) вентрикулографии
- В) ангиографии
- Г) сцинтиграфии**
- Д) всего перечисленного

05.39. Для подострого склерозирующего панэнцефалита не характерны

- А) длительные ремиссии**
- Б) начало в 10 лет
- В) нормальный цитоз ликвора
- Г) миоклонии
- Д) периодические комплексы на ЭЭГ

05.40. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является

- А) массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
- Б) хирургическое удаление абсцесса**
- В) промывание полости абсцесса диоксидином
- Г) промывание полости абсцесса антибиотиками
- Д) применение противовоспалительных доз лучевой терапии

05.41. Дифференциальная диагностика подострого склерозирующего панэнцефалита проводится

- А) с лейкоэнцефалитом Шильдера
- Б) с болезнью Галлевордена-Шпатца
- В) с опухолью мозга
- Г) верно Б и В
- Д) со всем перечисленным**

05.42. Нарушение походки при дифтерийной полиневропатии может быть обусловлено

- А) нижним спастическим парапарезом
- Б) мозжечковой атаксией
- В) экстрапирамидной ригидностью
- Г) сенситивной атаксией**

05.43. БАС с преимущественным поражением шейного утолщения спинного мозга необходимо дифференцировать

- А) с вертеброгенной миелопатией
- Б) с переднероговой формой сирингомиелии
- В) с интрамедуллярной опухолью

Г) верно А и Б

**Д) со всем перечисленным**

05.44 Этиотропная фармакотерапия токсоплазмоза проводится

**А) хлоридином**

Б) канамицином

В) фурадоном

Г) эритромицином

05.45 Синдромом Аргайла Робертсона называют

**А) отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию**

Б) отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции

В) отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет

Г) отсутствие реакции на конвергенцию и аккомодацию в сочетании с анизокорией

05.46. При наследственной болезни острова Гуам синдром БАС сочетается

А) с паркинсонизмом

Б) с деменцией

В) с амаврозом

Г) со всем перечисленным

**Д) верно А и Б**

05.47. Одним из первых неврологических симптомов ботулизма является

**А) парез аккомодации**

Б) псевдобульбарный синдром

В) поражение XII нерва

Г) гиперсаливация

Д) верно В и Г

05.48. Высокий риск летального исхода полиневропатии при дифтерии определяется поражением

А) бульбарных черепных нервов

Б) диафрагмы

В) миокарда

Г) верно А и Б

**Д) всего перечисленного**

05.49. Для лечения судорог и спазмов при столбняке препаратом первого выбора является

А) хлоралгидрат

Б) тиопентал

В) фенobarбитал

**Г) седуксен**

Д) тубокурарин

05.50. Снижение зрения при периаксиальном энцефалите Шильдера обусловлено

А) атрофией зрительных нервов

- Б) поражением первичных зрительных центров
- В) поражением зрительных путей
- Г) всем перечисленным
- Д) верно А и Б**

05.51. Диагностическими признаками церебрального цистицеркоза являются

- А) выявления кист с помощью компьютерной томографии в ткани и желудочках мозга**
- Б) сенситивная атаксия, и снижение сухожильных рефлексов
- В) Верно А и Г
- Г) все перечисленное

05.52 Для церебрального цистицеркоза характерен плеоцитоз

- А) нейтрофильный
- Б) нейтрофильно-лимфоцитарный
- В) лимфоцитарно-базофильный
- Г) лимфоцитарный
- Д) лимфоцитарно-моноцитарный**

05.53 Клиническими и морфологическими особенностями иммунозависимого корево го энцефалита являются

- А) возникновение неврологических симптомов на 3-6-й день после появления сыпи
- Б) возникновение неврологических симптомов на 2-3-й неделе после возникновения сыпи
- В) субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
- Г) субстрат-перивенозные кровоизлияния
- Д) верно А и В**
- Е) верно Б и Г

05.54 Для клинической картины спинной сухотки характерно на личие

- А) болевого синдрома и сенситивной атаксии**
- Б) патологических стопных знаков и нарушения функции та зовых органов
- В) нижнего спастического парапареза со снижением сухожильных рефлексов
- Г) все перечисленное

05.55 Для сифилитического поражения слуховых нервов характерно

- А) снижение костной проводимости при сохранении воздушной**
- Б) снижение воздушной проводимости при сохранении костной
- В) снижение костной и воздушной проводимости
- Г) сохранение костной и воздушной проводимости

05.56. Морфологическим субстратом ранних форм нейросифилиса являются:

- А) Воспалительные изменения в оболочках головного и спинного мозга
- Б) Воспалительные изменения в сосудах ЦНС
- В) Дегенеративные изменения паренхимы головного и спинного мозга
- Г) Очаги демиелинизации в ЦНС
- Д) Все перечисленное
- Е) Верно А и Б**

05.57 Для поражения зрительных нервов при сифилитическом базальном менингите характерно

- А) изменение полей зрения
- Б) нарушение цветоощущения
- В) папиллит с кровоизлияниями
- Г) верно А и Б**

5.58. Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде:

- А) Гуммы мозга
- Б) Спинной сухотки
- В) Менинговаскулярного (или васкулярного) сифилиса
- Г) Бессимптомного поражения оболочек
- Д) Верно А, Б и В
- Е) Всего перечисленного**

05.59 Диагноз нейросифилиса подтверждается следующими методами исследования цереброспинальной жидкости, за исключением

- А) реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора
- Б) коллоидной реакции Ланге
- В) коллоидной реакции Таката - Ара**
- Г) реакции иммобилизации бледных трепонем

05.60 Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено

- А) вялыми параличами ног
- Б) мозжечковой атаксией
- В) сенситивной атаксией**
- Г) снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
- Д) табетической артропатией

05.61 Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают

- А) пароксизмы тахикардии
- Б) колебания артериального давления
- В) пароксизмы болей пронизывающего характера**
- Г) эпизоды профузной потливости и общей слабости
- Д) все перечисленное

05.62 Первичная табетическая атрофия зрительных нервов при спинной сухотке характеризуется следующими изменениями на глазном дне

- А) побледнением височных половин дисков
- Б) серой окраской дисков
- В) отеком дисков
- Г) сохранностью границ дисков
- Д) верно А и В
- Е) верно Б и Г**

05.70 Для подострой энцефалопатии Крейтцфельда - Якоба не характерно наличие

- А) пирамидного синдрома

- Б) мозжечковой атаксии
- В) экстрапирамидного синдрома
- Г) сенситивной атаксии**
- Д) эпилептического синдрома

05.71. Острый гнойный эпидурит может быть осложнением

- А) абсцесса и флегмоны органов
- Б) остеомиелита
- В) пансинусита
- Г) верно А и Б**
- Д) всего перечисленного

05.72. Патогенез неврологических симптомов эпидурита обусловлен

- А) воспалительно-токсическим влиянием очага
- Б) компрессией корешков
- В) нарушением кровообращения в оболочках
- Г) верно А и Б**
- Д) все перечисленное

05.73. Неврологические симптомы острого эпидурита представлены

- А) корешковыми болями
- Б) компрессией спинного мозга
- В) утратой сознания
- Г) верно А и Б**
- Д) верно А и В

05.74 Антирабичевская аллергическая послепрививочная

энцефаломиелополирадикулоневропатия, возникающая спустя месяцы после вакцинации, характеризуется следующими признаками:

- А) Начало без общеинфекционных признаков
- Б) Умеренно выраженное поражение центральной и периферической нервной системы
- В) Белково-клеточная диссоциация в ликворе
- Г) Верно А и Б**
- Д) Верно все перечисленное

05.75. Различают следующие формы энцефалита Шильдера

- А) психоорганическую
- Б) паралитическую
- В) затылочно-теменную
- Д) все перечисленные формы**
- Е) верно А и Б

05.76. Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в ликворе

- А) нарастания титра ВИЧ-антител
- Б) лимфоцитарного плеоцитоза
- В) повышение иммуноглобулина G

**Г) верно А, Б и В**

Д) верно А и Б

05.77 Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами

А) снижением памяти и критики

Б) дезориентированностью

В) прогрессирующей деменцией

Г) галлюцинациями

**Д) всеми перечисленными**

05.78 Возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются

А) микобактерии туберкулеза

Б) аденовирусы

В) кандиды

Г) листерии

**Д) вирусы простого герпеса**

05.79 Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется

А) энцефалопатией

Б) острым рецидивирующим менингитом

В) миелопатией

**Г) всем перечисленным**

Д) верно А и Б

05.80 Поражение нервной системы, вызываемое выработанными при СПИДе антителами к нервной ткани, проявляется в форме

А) менингита

Б) менингоэнцефалита

В) энцефаломиелита

**Г) полиневропатии**

Д) всего перечисленного

05.81 Главным патогенетическим звеном при дифтерийной полиневропатии является блокада дифтерийным токсином

А) ретроградного аксонального транспорта

Б) синаптической передачи

**В) синтеза белка на уровне ядра шванновской клетки**

Г) «калий-натриевого насоса» на поверхности мембраны шванновской клетки

Д) кальциевых каналов

05.82 Морфологические изменения при дифтерийной полиневропатии обусловлены

А) лимфоидной инфильтрацией периферических нервов

Б) дегенерацией аксонов

**В) сегментарной демиелинизацией**

Г) пролиферацией шванновских клеток

05.83 Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить

- А) аминалон
- Б) фенибут
- В) пантогам
- Г) тизанидин**

05.84. Признаком дефицита клеточного иммунитета при обострении рассеянного склероза является

- А) Т-лимфопения
- Б) В-лимфоцитоз
- В) Увеличение Т-киллеров
- Г) все перечисленное
- Д) верно А и Б**

05.85. Феномен «клинической диссоциации» при рассеянном склерозе характеризуется наличием

- А) горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов
- Б) центральных парезов в конечностях и отсутствием расстройств чувствительности
- В) расстройств чувствительности сегментарного или проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей
- Г) центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией**
- Д) клонусом стоп без патологических стопных рефлексов

## Раздел 6. Сосудистые заболевания нервной системы

06.1. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является

- А) альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
- Б) альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
- В) альтернирующий оптикопирамидный синдром**
- Г) сенсорная афазия
- Д) все перечисленное

06.2. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие

- А) классических альтернирующих синдромов
- Б) глазодвигательных расстройств
- В) двигательных и чувствительных нарушений
- Г) «пятнистости» поражения ствола по длиннику**
- Д) вестибуломозжечковых нарушений

06.3. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится

- А) симптомы орального автоматизма
- Б) преобладание пареза в руке

- В) хватательный рефлекс
- Г) апраксия левой руки
- Д) все перечисленное**

06.4. Для поражения основного ствола правой средней мозговой артерии характерно наличие

- А) левосторонней гемианестезии, хватательного рефлекса**
- Б) левосторонней гемиплегии, апраксии
- В) анозогнозии, левосторонней гемиплегии
- Г) левосторонней гемианестезии, левосторонней гемиплегии, анозогнозии
- Д) анозогнозии, левосторонней гемиплегии, апраксии

06.5. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

- А) гомонимной гемианопсии**
- Б) битемпоральной гемианопсии
- В) биназальной гемианопсии
- Г) концентрического сужения полей зрения
- Д) отека дисков зрительных нервов

06.6. Синдром Захарченко – Валленберга. (латеральный медулярный синдром) возникает при закупорке

- А) коротких циркулярных артерий моста
- Б) длинных циркулярных артерий моста
- В) парамедианных артерий моста
- Г) нижней передней артерии мозжечка
- Д) нижней задней артерии мозжечка**

06.7. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения относятся рецепторы

- А) синокаротидной зоны
- Б) магистральных и мозговых сосудов
- В) вазомоторных центров ствола
- Г) верно А и Б
- Д) верно Б и В**

06.8. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства

- А) притока крови по артериям мозга
- Б) системы микроциркуляции
- В) оттока по интракраниальным венам
- Г) верно А и Б**
- Д) верно Б и В

06.9. К гуморальным факторам регуляции мозгового кровообращения относятся

- А) катехоламины
- Б) пептиды
- В) липопротеины
- Г) верно А и Б**

Д) верно Б и В

06.10. Развитие гипертонической энцефалопатии чаще связано с

- А) стенозом крупных сосудов
- Б) спазмом мозговых сосудов
- В) поражением мелких мозговых сосудов**
- Г) повышением свертываемости крови

06.11. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль

- А) пролапс митрального клапана
- Б) повышение фибринолитической активности крови
- В) снижения активности свертывающей системы
- Г) стеноз магистральных сосудов на шее**
- Д) всё перечисленное

06.12. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются

- А) при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера
- Б) при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такааясу)
- В) при височном артериите Хортона - Магата – Брауна**
- Г) при облитерирующем тромбангите Винивартера-Бюркера
- Д) при гранулематозном ангиите Вегенера

06.13. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

- А) базилярная (основная)
- Б) позвоночная**
- В) внутренняя сонная
- Г) наружная сонная
- Д) затылочная

06.14. Решающим условием адекватного коллатерального крово обращения головного мозга является состояние

- А) тонуса и реактивности сосудов
- Б) реологических свойств крови
- В) свертывающей-противосвертывающей системы
- Г) архитектоники артериального круга мозга (Виллизиева круга)**
- Д) системной и центральной гемодинамики

06.15. Диагноз нач. проявлений недост. кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются

- А) церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года
- Б) церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев**
- В) нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- Г) стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- Д) стойкая очаговая церебральная симптоматика

06.16. Субъективные церебральные симптомы при НПНКМ обычно появляются

- А) в утренние часы

- Б) в вечерние часы
- В) после физической нагрузки
- Г) после эмоционального стресса
- Д) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга**

06.17. Для декомпенсации НПНКМ характерно

- А) появление рассеянной неврологической симптоматики
- Б) увеличение частоты и продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов**
- В) появление очаговой неврологической симптоматики
- Г) появление эпизодов в ночное время
- Д) верно все перечисленное

06.18. Симптомы НПНКМ обычно бывают

- А) эпизодическими**
- Б) перманентными
- В) латентными
- Г) верно А и Б
- Д) верно А и В

06.19. Патогенетическим фактором головной боли при НПНКМ может быть

- А) спазм артерий мозга
- Б) гипотония и дилатация артерий мозга
- В) гипотония и дилатация вен мозга
- Г) повышение напряжения мышц мягких покровов головы
- Д) верно все перечисленное**

06.20. Головокружение при НПНКМ обусловлено

- А) дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии
- Б) дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии
- В) колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха
- Г) дисциркуляцией в артериях вертебробазиллярного бассейна**
- Д) верно все перечисленное

06.21. Больным с нач. проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия

- А) дегидратирующими средствами
- Б) фибринолитическими средствами
- В) антифибринолитическими средствами
- Г) вазоактивными средствами**
- Д) антикоагулянтными средствами

06.22. Для лечения тревоги у больных с НПНКМ применяется

- А) нитразепам
- Б) феназепам**
- В) пимозид
- Г) сиднокарб

Д) фенамин

06.23. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика поддается полному регрессу в течение

**А) 1 суток**

Б) 1 недели

В) 2 недель

Г) 3 недель

Д) 1 месяца

06.24. При лечении декомпенсации НПНКМ не применяют

А) электрофорез

Б) электросон

**В) грязелечение**

Г) бальнеотерапию

Д) аэроионотерапию

06.25. При НПНКМ причиной инвалидности служит

А) цефалгический симптомокомплекс

Б) снижение памяти

В) вестибулярный симптомокомплекс

Г) все перечисленное

**Д) ничего из перечисленного**

06.26 Стадии ДЭ выделяют на основании

А) выраженности неврологических расстройств

Б) показателей ЭЭГ и РЭГ

В) выраженности психических расстройств

Г) степени повышения АД

**Д) верно А и В**

06.27. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика поддается полному регрессу не позднее

А) 1 недели

**Б) 3 недель**

В) 1 месяца

Г) 3 месяцев

Д) 6 месяцев

06.28. Декомпенсации ДЭ способствуют

А) нарушение ритма сердца

Б) колебания АД

В) повышение агрегационной и коагуляционной активности крови

Г) верно А и Б

Д) верно Б и В

**Е) верно все перечисленное**

06.29. Для диагностики патологической извитости позвоночных артерий следует применить

- А) реоэнцефалографию
- Б) ультразвуковую доплерографию
- В) ангиографию**
- Г) компьютерную томографию
- Д) верно А и В
- Е) верно Б и Г

06.30. Для проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие

- А) апатико-абулического синдрома
- Б) синдрома аутоагнозии
- В) синдрома сенсомоторной афазии
- Г) вестибуло-мозжечкового синдрома**
- Д) верно все перечисленное

06.31. При закупорке общей сонной артерии находят на той же стороне

- А) снижение пульсации внутр. сон. артерии
- Б) усиление пульсации внутр. сон. артерии
- В) снижение пульсации височной арт.
- Г) усиление пульсации височной арт.
- Д) верно А и В**
- Е) верно Б и Г

06.32. При закупорке внутренней сонной артерии находят на той же стороне

- А) снижение пульсации наружной. сон. артерии
- Б) снижение пульсации височной арт.
- Г) усиление пульсации наружной сон. артерии
- Д) усиление пульсации височной арт.
- Д) верно А и Б
- Е) верно В и Г**

06.33. Для бульбарного с-ма при ХНМК, в отличие от псевдобульбарного, характерно наличие

- А) дизартрии
- Б) дисфонии
- В) дисфагии
- Г) фибрилляции языка**
- Д) симптомов орального автоматизма

06.34. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении

- А) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
- Б) пирамидных и мозжечковых путей не доминантного полушария
- В) пирамидных и экстрапиримидных путей доминантного полушария
- Г) пирамидных и экстрапиримидных путей не доминантного полушария
- Д) пирамидных путей доминантного и не доминантного полушарий**

06.35. При формулировании диагноза сосудистого заболевания мозга на первое место выносятся

- А) этиология сосудистого процесса
- Б) характер нарушения мозгового кровообращения**
- В) пораженный сосудистый бассейн
- Г) клинический синдром
- Д) состояние трудоспособности

06.36. Отличием инфаркта в бассейне передней артерии сосуда того сплетения (передняя ворсинчатая) от инфарктов в бассейнах других мозговых артерий служит отсутствие

- А) гемиплегии
- Б) гемианестезии
- В) афазии**
- Г) вазомоторных нарушений в области парализованных конечностей
- Д) гемианопсии

06.37. Препараты наперстянки и строфанта при декомпенсации ДЭ назначают

- А) для нормализации ритма сердца
- Б) для увеличения сердечного выброса
- В) для улучшения коронарного выброса
- Г) для улучшения системной гемодинамики
- Д) верно А и В
- Е) верно Б и Г**

06.38. Антикоагулянты при декомпенсации ДЭ назначают, если у больного

- А) повторные ТИА
- Б) постоянная мерцательная аритмия
- В) высокий гематокрит
- Г) все перечисленное
- Д) верно А и Б**

06.39. Для антиагрегантной терапии ДЭ на фоне атеросклероза назначают

- А) винпоцетин
- Б) редергин
- В) курантил
- Г) аспирин
- Д) верно А и Б
- Е) верно В и Г**

06.40. Для гипотензивной терапии при ДЭ назначают

- А) ингибиторы АПФ
- Б) диуретики
- Г) антагонисты кальция
- Д) блокаторы бета-рецепторов
- Д) верно А и В
- Е) все перечисленное**

06.41. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение

- А) антигипертензивных препаратов

- Б) вазоактивных средств
- В) антиагрегантов
- Г) антиоксидантов
- Д) препаратов, нормализующих липидный обмен**

06.42 Вторичная профилактика ДЭ не имеет целью

- А) предупреждение возникновения сосудистого заболевания
- Б) предупреждение прогрессирования заболевания
- В) предупреждение инсульта
- Г) все перечисленное
- Д) верно Б и В**

06.43. Причиной ПНМК чаще бывает

- А) артерио-артериальная эмболия**
- Б) спазм мозговых артерий
- В) кардиогенная эмболия
- Г) верно А и Б
- Д) верно Б и В

06.44. Фармакотерапия больным НПНКМ проводится с целью

- А) улучшения церебральной гемодинамики
- Б) улучшения метаболизма мозга
- В) регресса очаговой симптоматики
- Г) все перечисленное
- Д) верно А и Б**

06.45. Что отличает ишемию в бассейне внутренней сонной артерии от ишемии в вертебробазилярном бассейне?

- А) двоение в глазах
- Б) альтернирующие синдромы
- В) двусторонние парезы
- Г) атаксия
- Д) оптико-гемиплегический синдром**

06.46. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) является

- А) повышение вязкости крови
- Б) повышение активности свертывающей системы
- В) ухудшение реологических свойств крови
- Г) снижение системного перфузионного давления**
- Д) повышение агрегации форменных элементов крови

06. 47. Подключичный с-м обкрадывания возникает при закупорке

- А) безымянной арт.
- Б) проксимального отдела подключичной арт.
- В) дистального отдела подключичной арт.
- Г) все перечисленное

**Д) верно А и Б**

06.48. Стволовая симптоматика при подключичном синдроме об крадывания появляется или усиливается

А) при глубоком вдохе

Б) при повороте головы в сторону поражения

**В) при упражнениях рукой на стороне поражения**

Г) в положении лежа

Д) при задержке дыхания

06.49. для фармакотерапии ПНМК на почве спазма мозговых арт. предпочтительнее

А) альфа-блокаторы

Б) бета-блокаторы

В) антагонисты кальция

Г) эуфиллин, трентал

**Д) верно А и В**

Е) верно Б и Г

06.50. Решающее влияние на прогноз преходящего НМК оказывает

А) адекватный уровень артериального давления

Б) состояние вязкости и текучести крови

В) состояние свертывающей системы крови

**Г) сохранный проходимость приводящих артерий**

Д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

06.51. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется только в

А) белом веществе больших полушарий, коре мозжечка

Б) белом веществе полушарий мозжечка

В) в сером веществе головного мозга

**Г) любая локализация**

06.52. К развитию тромбоза мозговых арт. приводит

А) повышение вязкости крови и агрегации тромбоцитов

Б) повышение коагуляционной активности крови

В) повышение фибринолитической активности крови

Г) все перечисленное

**Д) верно А и Б**

06.53. С помощью МРТ очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется от начала заболевания

А) через 1 ч

Б) через 3 ч

В) через 6 ч

**Г) к концу первых суток**

06.54. Нетромботический ишемический инсульт возникает в результате

А) спазма артерий

- Б) при недостаточном притоке крови в мозг
- В) артерио-артериальной микроэмболии
- Г) кардиогенной эмболии
- Д) верно А и Б**
- Е) верно В и Г

06.55. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате

- А) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
- Б) спазма сосудов пораженного участка мозга
- В) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
- Г) «расширения здоровых» сосудов неповрежденного отдела мозга**
- Д) раскрытия артерио-венозных анастомозов

06.56. Обкрадывание здорового участка в пользу ишемического очага после введения вазотонических средств происходит в результате

- А) сужения здоровых сосудов неповрежденных отделов мозга**
- Б) сужения сосудов пораженного участка мозга
- В) расширения сосудов пораженного участка мозга
- Г) восстановления ауторегуляции мозгового кровообращения
- Д) восстановления реактивности сосудов в очаге ишемии

06.57. Для 1 стадии ДВС-синдрома характерно

- А) гипокоагуляция
- Б) гиперкоагуляция
- В) внутрисосудистая агрегация элементов крови
- Г) верно Б и В**
- Д) верно А и Б

06.58. Для тромбоза мозговых сосудов характерно

- А) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
- Б) постепенное нарастание очаговой симптоматики
- В) малая выраженность общемозговой симптоматики
- Г) верно все перечисленное**

06.59. Для эмболии мозговых артерий характерно

- А) постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
- Б) внезапное развитие очаговой симптоматики**
- В) отек диска зрительного нерва на стороне эмболии
- Г) наличие общемозговой симптоматики
- Д) верно все перечисленное

06.60. Тромбоз основной артерии проявляется

- А) поражением варолиева моста
- Б) корковой слепотой
- В) вегетативно-висцеральными кризами
- Г) верно А и Б

**Д) верно все перечисленное**

06.61. Поражение, нервной системы при узелковом периаартериите проявляется

- А) множественными мононейропатиями
- Б) миелопатией
- В) субарахноидальными кровоизлияниями
- Г) паренхиматозными кровоизлияниями
- Д) верно А и Б
- Е) всем перечисленным**

06.62. Показанием для назначения дегидратации при ишемическом инсульте является

- А) выраженность общемозговой симптоматики**
- Б) гиповолемия
- В) гиперкоагулопатия
- Г) все перечисленное

06.63. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте улучшают

- А) церебральную гемодинамику
- Б) водно-электролитный баланс
- В) реологические свойства крови
- Г) верно А и В**
- Д) все перечисленное

06.64. Показанием к гипervолемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие

- А) анурии
- Б) сердечной недостаточности
- В) АД ниже 120/60 мм рт .ст.
- Г) АД выше 200/100 мм рт .ст.
- Д) Гематокрита выше 42%**

06.65. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

- А) молодого возраста больного
- Б) продолжительности закупорки менее 6 ч**
- В) отсутствия анурии
- Г) геморрагического синдрома
- Д) АД ниже 200/10 мм рт. ст.

06.66. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте противопоказана при наличии

- А) АД выше 200/100 мм рт. ст.
- Б) заболеваний печени
- В) язвенной болезни желудка
- Г) верно А и В
- Д) все перечисленное**

06.67. Критерием эффективности гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня

- А) 45-49%
- Б) 39-44%
- В) 35-38%**
- Г) 30-34%
- Д) 25-29%

06.68. Наиболее эффективны в лечении ДВС

- А) хлористый кальций и викасол
- Б) Э-аминокапроновая кислота
- В) гепарин с антитромбином
- Г) гепарин с замороженной плазмой
- Д) верно А и Б
- Е) верно В и Г**

06.69. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции

- А) метаболического ацидоза
- Б) гиперфибриногенемии**
- В) гиперпротеинемии
- Г) гиперлипидемии
- Д) верно все перечисленное

06.70. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков не показано, т.к.

- А) высок риск повышения АД
- Б) высок риск повышения ВЧД
- В) кровоизлияние завершилось**
- Г) возможно усиление менингеального синдрома
- Д) все перечисленное

06.71. КТ выявляет зону гиподенсности в очаге ишемического инсульта через

- А) 1 ч
- Б) 2 ч
- В) 4 ч
- Г) 6 ч и более от начала заболевания**

06.72. Гипертоническое кровоизлияние в мозг сопровождается

- А) сдавлением мозга и смещением ствола
- Б) закупоркой артерий основания
- В) отеком мозга
- Г) верно А и В**
- Д) всем перечисленным

06.73. Гиперосмолярный синдром специфичен

- А) для тромботического инфаркта мозга
- Б) для геморрагического инфаркта мозга
- В) для кровоизлияния в мозг
- Г) верно Б и В

**Д) ни для чего из перечисленного**

06.74. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным признаком является:

- А) Утрата сознания
- Б) Кровянистый ликвор
- В) Смещение срединного эхо сигнала
- Г) Очаговая неврологическая симптоматика
- Д) Верно Б и Г**
- Е) Верно все перечисленное

06.75. При кровоизлиянии в понто-бульбарный отдел ствола мозга не является обязательным:

- А) Утрата сознания
- Б) Горметония и дещеребрационная ригидность
- В) Атоническая геми- и/или тетраплегия
- Г) Верно А и Б
- Д) Верно А и В**

06.76. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие:

- А) Утраты сознания, гемипареза
- Б) Атаксии
- В) Глазодвигательных расстройств
- Г) Верно А и Б
- Д) Верно Б и В**

06.77. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания патогномичен

- А) для тромботического инфаркта
- Б) для нетромботического инфаркта
- В) для геморрагического инфаркта
- Г) для кровоизлияния в мозг
- Д) ни для чего из перечисленного**

06.78. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается

- А) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
- Б) повышение мышечного тонуса в сгибателях рук и разгибателях нижних конечностей
- В) повышение мышечного тонуса в разгибателях рук и сгибателях нижних конечностей
- Г) повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей**

06.79. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

- А) утрата сознания
- Б) зрачковые расстройства
- В) нистагм
- Г) менингеальный синдром**
- Д) двусторонние пирамидные патологические знаки

06.80. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:

- А) Мочевину
- Б) Стероиды
- В) Маннитол
- Г) Лазикс**

06.81. Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать:

- А) При утрате сознания и менингеальном синдроме
- Б) При застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов**
- В) При артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.
- Г) Верно А и Б
- Д) Верно Б и В

06.82. При САК у больного с выра женным атеросклерозом не следует применять

- А) анальгетики
- Б) антифибринолитики**
- В) дегидратационные препараты
- Г) спазмолитики
- Д) антигипертензивные средства

06.83. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг противопоказаны:

- А) Препараты ксантинового ряда
- Б) альфа-адреноблокаторы
- В) Аналептики**
- Г) Препараты раувольфии
- Д) Ганглиоблокаторы

06.84. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

- А) Утрата сознания
- Б) Рвота
- В) Психомоторное возбуждение
- Г) Инфаркт миокарда
- Д) Отек легких**

06.85. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью

- А) ангиографии**
- Б) реоэнцефалографии
- В) ультразвуковой доплерографии
- Г) компьютерной томографии
- Д) радиоизотопной сцинтиграфии

06.86. Ухудшение состояния больного с субарахноидальным кровоизлиянием может быть связано:

- А) С повторным кровоизлиянием
- Б) С ангиоспазмом
- В) С гидроцефалией
- Г) С гипонатриемией
- Д) Только с А и Б
- Е) Со всем перечисленным**

06.87. Для клинических проявлений разрыва аневризм конвекситальных артерий, в отличие от разрыва аневризм артерий на основании мозга, характерно

- А) утрата сознания
- Б) головная боль
- В) появление очаговых неврологических симптомов**
- Г) менингеальный синдром

06.88. Для неразорвавшейся аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение

- А) III-У1 пары черепных нервов**
- Б) VII, VIII пары черепных нервов
- В) IX, X пары черепных нервов
- Г) XI, XII пары черепных нервов

06.89. При аневризме внутренней сонной артерии в пределах кавернозного синуса наблюдается

- А) контралатеральная гемиплегия
- Б) гомонимная гемианопсия
- В) поражение III-У1 пар черепных нервов**
- Г) все перечисленное

06.90. При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром

- А) верхней глазничной щели
- Б) наружной стенки кавернозного синуса
- В) поражения Сильвиевой борозды
- Г) поражения шпорной борозды
- Д) мостомозжечкового угла**

06.91. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной мальформацией наблюдают

- А) нарушения зрения
- Б) глазодвигательные расстройства
- В) менингеальные симптомы
- Г) повышение внутричерепного давления
- Д) эпилептические припадки**

06.92. При разрыве супратенториальной артериовенозной мальформации чаще, чем при разрыве аневризмы, происходит

- А) истечение крови в цистерны основания мозга
- Б) развитие менингеального синдрома
- В) развитие асимметричной гидроцефалии
- Г) развитие внутримозговой гематомы**
- Д) утрата зрения и глазодвигательные расстройства

06.93. Для диагностики спонтанного САК кровоизлияния абсолютно необходимы данные

- А) ангиографии
- Б) реоэнцефалографии
- В) ультразвуковой доплерографии
- Г) компьютерной или магнитнорезонансной томографии**
- Д) радиоизотопной сцинтиграфии

06.94 Для клинич. проявлений тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерно

- А) наличие общемозговых симптомов
- Б) отек дисков зрительных нервов
- В) изменчивость очаговых полушарных симптомов**
- Г) менингеальный синдром
- Д) субфебрилитет

06.95. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхн. мозговых вен наличием

- А) общемозговых симптомов
- Б) признаков застоя на глазном дне
- В) признаков поражения ствола головного мозга**
- Г) менингеального синдрома

06.96. Признаки застойно-гипоксической энцефалопатии при заболевании легких и сердца усиливаются:

- А. В утренние часы после сна
- Б. В дневное время
- В. Вечером
- Г. В любое время в положении лежа
- Д. Верно А и Г**
- Е. Верно Б и В

06.97 Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают

- А) а-токоферол и рутин
- Б) фибринолизин и калликреин-депо
- В) эписилон-аминокапроновую кислоту
- Г) гепарин и замороженную плазму**
- Д) все перечисленное

06.98. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:

- А) Коррекции лактацидоза
- Б) Коррекции гиперкоагуляции

- В) Коррекции гиперагрегации
- Г) Торможения активации перекисного окисления липидов**
- Д) Торможения активации антифибринолитической системы

06.99. При лечении нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного АД противопоказаны:

- А) антифибринолитики**
- Б) антикоагулянты
- В) антиагреганты
- Г) препараты ксантинового ряда

06.100. Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны:

- А) Синдром внутричерепной гипертензии
- Б) Вялый парез рук и спастический парез ног**
- В) Синдром паралитического ишаиса
- Г) Недержание мочи и кала
- Д) Верно В и Г

06.101. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии и 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

06.102. Оклюзия нижнего сегмента брюшной аорты отличается от ишемии нижнего спинального бассейна:

- А. Нижней параплегией
- Б. Расстройством функции тазовых органов
- В. Проводниковыми нарушениями чувствительности
- Г. Отсутствием пульсации артерий ног**
- Д. Всем перечисленным

06.103. Наиболее вероятной причиной кровоизлияния в спинной мозг является:

- А. Гипертоническая болезнь
- Б. Атеросклероз
- В. Нейросифилис
- Г. Спинальная артериовенозная мальформация**
- Д. Все перечисленное

06.104. При нарушении венозного кровообращения в спинном мозге ишемии чаще подвергаются:

- А. Передние рога серого вещества
- Б. Задние рога серого вещества**
- В. Боковые рога серого вещества

Г. Передние канатики

## Раздел 7. Заболевания вегетативной нервной системы

7.1. Наиболее частотой причиной ортостатической гипотензии являются:

**А. Передозировка гипотензивных препаратов**

Б. Диабетическая полиневропатия

В. Идиопатическая ортостатическая гипотензия

Г. Заболевания сердца

Д. Заболевания крови

Е. Ничего из перечисленного

7.2. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической невропатии:

А. Миелінопатии

Б. Нейропатии

**В. Аксонопатии**

Г. Валлеровского перерождения

Д. Любого из перечисленного

Е. Ничего из перечисленного

7.3. Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения:

А. Преганглионарных симпатических нейронов

Б. Постганглионарных симпатических нейронов

В. Преганглионарных парасимпатических нейронов

Г. Постганглионарных парасимпатических нейронов

Д. Верно А и В

**Е. Верно Б и Г**

7.4. Для выявления феномена гиперчувствительности при денервации зрачка следует закапать в глаз: А. 1% раствор адреналина

Б. 0,1% раствор адреналина

В. 12,5% раствор пилокарпина

Г. 1,25% раствор пилокарпина

Д. Верно А и В

**Е. Верно Б и Г**

7.5. Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении

А. Систолического — на 10 мм рт.ст. и более

Б. Систолического — на 20 мм рт.ст. и более

В. Диастолического — на 10 мм рт.ст. и более

Г. Все перечисленное

**Д. Верно Б и В**

7.6. Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, наиболее эффективны следующие средства:

- А. Дексаметазон
- Б. Флудрокортизон
- В. Симпатомиметики
- Г. Бета - блокаторы
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

7.7. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:

- А. Тревожные невротические расстройства**
- Б. Черепно-мозговая травма
- В. Поражения гипоталамуса
- Г. Проплапс митрального клапана
- Д. Диффузные заболевания соединительной ткани
- Е. Нейроинфекция

7.8. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полиневропатий:

- А. Проксимальной симметричной полиневропатии
- Б. Проксимальной асимметричной полиневропатии
- В. Дистальной полиневропатии**
- Г. Множественной мононевропатии
- Д. Все перечисленное
- Е. Ничего из перечисленного

7.9. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты:

- А. Бета-блокаторы
- Б. Беллатаминал
- В. Клоназепам
- Г. Антидепрессанты
- Д. Верно В и Г**
- Е. Все перечисленные

7.10. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является:

- А. Поражение ствола мозга
- Б. Поражение спинного мозга
- В. Поражение преганглионарных симпатических волокон**
- Г. Поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии
- Д. Травма глазного яблока

7.11. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями:

- А. Тревогой ожидания
- Б. Агорафобией
- В. Ограничительным поведением
- Г. Всеми перечисленными проявлениями**

Д. Верно А и В

Е. Верно А и Б

7.12. Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями:

А. Височной эпилепсией

Б. Феохромоцитомой

В. Гипогликемией

Г. Нейрогенной гипервентиляцией

**Д. Верно А, Б и В**

Е. Все перечисленное

7.13. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны:

**А. Значительное повышение артериального давления**

Б. Повышенное потоотделение

В. Выраженное чувство страха

Г. Сердцебиение

Д. Все перечисленное

Е. Ничего из перечисленного

7.14. Поражение периферической вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:

А. Периферической вегетативной недостаточностью

Б. Ангиотрофалгическими синдромами

В. Нейрогенной тетанией

Г. Кластерной головной болью

**Д. Верно А и Б**

**Е. Всем перечисленным**

7.15. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляются следующими синдромами:

А. Рефлекторной симпатической дистрофией

Б. Нейро - эндокринно-метаболическими расстройствами

В. Психовегетативным синдромом

Г. Астеноневротическим синдромом

**Д. Верно Б и В**

Е. Всеми перечисленными

7.16. Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно:

А. Для гипервентиляционных приступов

Б. Для вегетативных кризов

В. Для парциальных сложных припадков

**Г. Для демонстративных припадков**

Д. Для гипогликемических приступов

Е. Для феохромоцитомы

7.17. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает:

- А. Немедленно
- Б. Через 3 дня
- В. Через 1 - 2 нед.
- Г. Через 2 - 4 нед.**
- Д. Через 3 мес.

7.18. Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

- А. Снижение активности симпатической нервной системы
- Б. Снижение активности парасимпатической нервной системы
- В. Диффузное повышение активности симпатической нервной системы
- Г. Регионарное повышение активности симпатической нервной системы**
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г

7.19. Для развернутой (дистрофической стадии) рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

- А. Побледнение кожных покровов
- Б. Понижение температуры конечности
- В. Гипергидроз
- Г. Отек конечности
- Д. Все перечисленное**
- Е. Верно А, Б и Г

7.20. В лечении рефлекторной симпатической дистрофии применяются:

- А. Адреноблокаторы
- Б. Кортикостероидная терапия
- В. Блокада регионарных симпатических узлов
- Г. Капсаицин
- Д. Физиотерапия
- Е. Все перечисленное**

7.21. Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен:

- А. Для диабетической полиневропатии
- Б. Для алкогольной полиневропатии
- В. Для острой перемежающейся порфирии
- Г. Для амилоидной полиневропатии
- Д. Для герпетической ганглиопатии**
- Е. Для мультисистемной атрофии

7.22. Тазовые расстройства не характерны:

- А. Для рассеянного склероза
- Б. Для оливопонтocerebellарной атрофии
- В. Для болезни Паркинсона
- Г. Для бокового амиотрофического склероза**
- Д. Для мультисистемной атрофии
- Е. Неверно все перечисленное

7.23. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является:

- А. Нарушение накопления мочи
- Б. Нарушение опорожнения мочевого пузыря**
- В. Императивные позывы
- Г. Периодическое недержание
- Д. Все перечисленное
- Е. Ничего из перечисленного

7.24. При нарушении опорожнения мочевого пузыря применяют:

- А. Прием Креде
- Б. Периодическую катетеризацию
- В. Холиномиметики
- В. Бета - адреноблокаторы
- Г. Альфа - адреноблокаторы
- Д. Все перечисленное**
- Е. Верно А, Б, В

7.25. Причиной рефлекторной симпатической дистрофии может являться:

- А. Травма мягких тканей
- Б. Травма периферических нервов
- В. Инфаркт миокарда
- Г. Боковой амиотрофический склероз
- Д. Верно А, Б, В
- Е. Все перечисленное**

7.26. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является:

- А. Синдром Персейдж - Тернера (невралгическая амиотрофия)
- Б. Синдром Стейнброекера (плечо-кисть)**
- В. Синдром «замороженного плеча»
- Г. Задний шейный симпатический синдром
- Д. Все перечисленное
- Е. Ничего из перечисленного

7.27. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:

- А. Антидепрессанты
- Б. Антikonвульсанты**
- В. Нестероидные противовоспалительные средства
- Г. Симпатолитики
- Д. Верно А и Б
- Е. Ничего из перечисленного

7.28. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны:

- А. Антидепрессанты**
- Б. Антikonвульсанты
- В. Нестероидные противовоспалительные средства
- Г. Симпатолитики

- Д. Верно А и Б
- Е. Ничего из перечисленного

7.29. Для уменьшения боли при синдроме рефлекторной симпатической дистрофии применяются:

- А. Антидепрессанты
- Б. Антikonвульсанты
- В. Блокаторы кальциевых каналов
- Г. Симпатолитики
- Д. Верно А и Г
- Е. Все перечисленные препараты**

7.31. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10 - 25 лет являются:

- А. Неврозы
- Б. Травмы
- В. Опухоли**
- Г. Менингиты
- Д. Энцефалиты
- Е. Церебральные кровоизлияния

7.32. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 25 - 50 лет являются:

- А. Церебральные кровоизлияния
- Б. Травмы**
- В. Опухоли
- Г. Воспалительные заболевания ЦНС
- Д. Энцефалопатия Гайе - Вернике
- Е. Ничего из перечисленного

7.33. Критерием диагностики гипоталамического синдрома является наличие:

- А. Нейроэндокринных расстройств
- Б. Нейрометаболических расстройств
- В. Нейромышечных расстройств
- Г. Мотивационно-поведенческих расстройств
- Д. Верно А, Б и Г**
- Е. Всего перечисленного

7.34. Для церебрального ожирения от идиопатического (экзогенно-конституционального) ожирения характерны:

- А. Андроидный характер распределения жировой ткани
- Б. Гиноидный характер распределения жировой ткани
- В. Нарушения менструального цикла и гипогонадизм
- Г. Гиперфагическая реакция на стресс
- Д. Все перечисленные
- Е. Ничего из перечисленного**

7.35. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является:

- А. Синдром верхней апертуры грудной клетки**

- Б. Синдром запястного канала
- В. Шейная радикулопатия
- Г. Спондилогенная цервикальная миелопатия
- Д. Синдром подключичного обкрадывания

7.36. Облигатным признаком гипоталамического синдрома являются:

- А. Вегетативные кризы
- Б. Нарушения терморегуляции
- В. Мотивационно-поведенческие расстройства
- Г. Нарушения активации на ЭЭГ
- Д. Нейроэндокринные расстройства
- Е. Все перечисленное не верно**

7.37. Птоз при синдроме Горнера уменьшается:

- А. При повторных движениях глаз
- Б. При взгляде вверх**
- В. При закапывании в глаз атропина
- Г. При закапывании в глаз мезатона
- Д. При всем перечисленном

7.38. При нарушении накопления мочи не назначают:

- А. Холинолитики
- Б. Антихолинэстеразные средства**
- В. Миорелаксанты (баклофен)
- Г. Трициклические антидепрессанты
- Д. Транквилизаторы
- Е. Неверно все перечисленное

7.39. Причиной гиперпролактинемии (персистирующей галактореи - аменореи) может явиться:

- А. Аденома гипофиза
- Б. Краниофарингиома
- В. Инсульт
- Г. Дегенерация аркуатного дофаминергического пути
- Д. Нейролептическая терапия
- Е. Все перечисленное**

7.40. При сочетании двустороннего птоза со снижением болевой чувствительности и рефлексов на руках в первую очередь следует исключить:

- А. Полиневропатию
- Б. Внутричерепную опухоль
- В. Миастению
- Г. Интрамедуллярную опухоль шейного отдела**
- Д. Боковой амиотрофический склероз

7.41. Симптом Аргайла Робертсона наблюдается:

- А. При рассеянном склерозе
- Б. При синдроме Парино

- В. При нейросифилисе
- Г. При сахарном диабете
- Д. При алкоголизме
- Е. При всем перечисленном**

7.42. На ранней стадии синдрома Эйди обычно наблюдается:

- А. Одностороннее расширение зрачка**
- Б. Одностороннее сужение зрачка
- В. Односторонний птоз
- Г. Двустороннее расширение зрачка
- Д. Двустороннее сужение зрачка
- Е. Двусторонний птоз

7.43. Причиной синдрома Горнера с феноменом денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания, кроме:

- А. Опухоли основания черепа
- Б. Синдрома Панкоста**
- В. Воспаления кавернозного синуса
- Г. Опухоли орбиты
- Д. Диабетической дистальной полиневропатии

7.44. Причиной синдрома Горнера без денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания, за исключением:

- А. Верхушечного рака легкого
- Б. Шейного ребра
- В. Рака щитовидной железы
- Г. Воспалительных заболеваний орбиты**
- Д. Метастазов в лимфатические узлы средостения

7.45. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является:

- А. Носоресничная невралгия
- Б. Крылонебная невралгия
- В. Невралгия большого каменистого нерва
- Г. Пучковая (кластерная) головная боль**
- Д. Невралгия тройничного нерва
- Е. Каротидиния

7.46. При ботулизме наиболее часто наблюдаются следующие вегетативные симптомы:

- А. Нарушение реакции на свет
- Б. Нарушение аккомодации
- В. Гиперсаливация
- Г. Снижение перистальтики кишечника
- Д. Верно А, Б и В
- Е. Верно Б и Г**

7.47. Гипервентиляционная проба для подтверждения диагноза нейрогенной тетании проводится обычно в течение:

- А. 30 с
- Б. 1 мин
- В. 2 мин
- Г. 3 мин**
- Д. 5 мин

7.48. Критерием положительной гипервентиляционной пробы является:

- А. Возникновение предобморочного состояния
- Б. Появление дрожи
- В. Появление страха
- Г. Воспроизведение имеющихся у больных симптомов**
- Д. Появление положительного симптома Хвостека
- Е. Снижение концентрации углекислого газа в альвеолярном воздухе

7.49. Для гипервентиляционного синдрома характерны онемение и парестезии:

- А. В дистальных отделах рук
- Б. В дистальных отделах ног
- В. В периоральной области
- Г. Шейно-затылочной области
- Д. Во всех перечисленных областях
- Е. Верно А, Б и В**

7.50. Назовите суточную дозу amitriptyline, оказывающую эффект при вегетативных кризах:

- А. 12,5-25 мг
- Б. 25-50 мг
- В. 50-150 мг**
- Г. 150-300 мг

7.51. Назовите среднюю суточную дозу clonazepam, подавляющую вегетативные кризы

- А. 0,5 мг
- Б. 1 мг
- В. 2 мг**
- Г. 6 мг
- Д. 8 мг

7.52. Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете характерны все проявления, кроме:

- А. Ортостатической гипотензии
- Б. Артериальной гипертензии в положении лежа
- В. Ночных поносов
- Г. Запоров
- Д. Повышенной реакции на гипогликемию**
- Е. Ангидроза

7.53. Для нейрогенной импотенции при сахарном диабете в отличие от психогенной импотенции характерно:

- А. Острое начало
- Б. Снижение либидо
- В. Отсутствие утренних эрекций**
- Г. Преждевременная эякуляция
- Д. Все перечисленное

7.54. Нейрогенная остеоартропатия (сустав Шарко) при сахарном диабете наиболее часто возникает:

- А. В плюснефаланговых суставах
- Б. В предплюсне-плюсневых суставах**
- В. В голеностопных суставах
- Г. В коленных суставах
- Д. В локтевых суставах

7.55. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов:

- А. C5 - C8
- Б. Th1 - Th8
- В. C8 - L2**
- Г. L2 - S5

7.56. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов:

- А. C2 - C5
- Б. C6 - Th2
- В. Th5 - Th8
- Г. T10 - L1
- Д. L2 - L5
- Е. S2 - S5**

7.57. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:

- А. C6 - C7
- Б. C7 - C8
- В. C8 - T2**
- Г. Th3 - Th4

7.58. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

- А. Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- Б. Клиностатическая
- В. Ортостатическая**
- Г. Шейно-сердечная (синокартидный рефлекс)

7.59. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается:

- А. Спазм артерий вертебробазилярной системы

- Б. Спазм артерий в системе наружной сонной артерии
- В. Спазм артерий в системе внутренней сонной артерии
- Г. Дилатация ветвей внутренней сонной артерии
- Д. Дилатация ветвей наружной сонной артерии**

7.60. Приступ мигрени с аурой от других форм мигрени отличает наличие:

- А. Предвестников
- Б. Двусторонней локализации боли в височной области
- В. Рвоты на высоте приступа
- Г. Преходящих очаговых неврологических симптомов**
- Д. Обильного мочеиспускания в конце приступа

7.61. Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени:

- А. Классической (офтальмической)
- Б. Ассоциированной
- В. Простой**
- Г. Ретинальной
- Д. Различий в продолжительности приступа нет

7.62. Для офтальмической ауры при мигрени характерно:

- А. Расходящееся косоглазие
- Б. Сходящееся косоглазие
- В. Птоз
- Г. «Мерцающая» скотома**
- Д. Нистагм

7.63. Приступы «менструальной» мигрени чаще бывают:

- А. В течение предшествующей менструации недели**
- Б. В первые дни менструации
- В. В последние дни менструации
- Г. Сразу после окончания менструации
- Д. В любой из указанных периодов

7.64. Пучковая (кластерная) головная боль:

- А. Чаще бывает у мужчин
- Б. Чаще бывает у женщин
- В. Приступ обычно ночью
- Г. Приступ обычно днем
- Д. Верно А и В**
- Е. Верно Б и Г

7.65. При лечении хронической пароксимальной гемикрании наиболее эффективен:

- А. Аспирин
- Б. Индометацин**
- В. Эрготамин
- Г. Анаприлин
- Д. Резерпин

7.66. Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе:

А. Адренкортикотропного гормона

Б. Гонадотропного гормона

**В. Соматотропного гормона**

Г. Тиреотропного гормона

Д. Пролактина

7.67. Лечение несахарного диабета включает:

А. Тиреотропные гормоны

**Б. Десмопрессин**

В. Гормоны коры надпочечников

Г. Инсулин

Д. Все перечисленное

7.68. При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменение паттерна дыхания характеризуется:

А. Учащением дыхания

Б. Углублением дыхания

В. Увеличением отношением выдох/вдох

Г. Уменьшением отношения выдох/вдох

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

7.69. При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменение кислотно-щелочного состояния характеризуется:

А. Повышением давления углекислоты в альвеолярном воздухе

Б. Понижением давления углекислоты в альвеолярном воздухе

В. Повышением напряжения углекислоты в артериальной крови

Г. Понижением напряжения углекислоты в артериальной крови

Д. Верно А и В

**Е. Верно Б и Г**

7.70. Электролитный дисбаланс при нейрогенном гипервентиляционном синдроме проявляется

А. Гипокалиемией

**Б. Гипокальциемией**

В. Гипонатриемией

Г. Гипохлоремией

Д. Всем перечисленным

7.71. Субъективными симптомами нейрогенного гипервентиляционного синдрома является ощущение:

А. Нехватки воздуха

Б. «Пустого» (бесполезного) вдоха

В. Препятствия («кома») в горле

**Г. Всего перечисленного**

- Д. Верно А и Б
- Е. Верно Б и В

7.72. Нейротрансммиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является:

- А. Ацетилхолин**
- Б. Адреналин
- В. Норадреналин
- Г. Дофамин
- Д. Серотонин

7.73. Нейротрансммиттером в терминалях симпатических постганглионарных нейронов является:

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин**
- В. Ацетилхолин
- Г. Дофамин
- Д. Серотонин

7.74. Тахикардия в покое (90 - 100 уд./мин) у больных с прогрессирующей вегетативной недостаточностью обусловлена:

- А. Усилением симпатических влияний на сердце
- Б. Ослаблением симпатических влияний на сердце
- В. Усилением парасимпатических влияний на сердце
- Г. Ослаблением парасимпатических влияний на сердце**

7.75. Эритромелалгия характеризуется болями и отечностью дистальных отделов конечностей, что обусловлено:

- А. Тромбозом периферических артерий
- Б. Тромбозом периферических вен
- В. Спазмом периферических артерий
- Г. Дилатацией периферических артерий**
- Д. Дистальным лимфостазом

7.76. Для синдрома поражения звездчатого ганглия характерны:

- А. Жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица
- Б. Нарушения ритма сердечных сокращений
- В. Нарушения трофики кожи шеи, руки и лица на стороне поражения
- Г. Все перечисленное**
- Д. Верно А и В

7.77. Для заднего шейного симпатического синдрома характерно сочетание:

- А. Односторонней пульсирующей головной боли с кохлеовестибулярными нарушениями**
- Б. Головной боли в затылочной области с корешковыми чувствительными расстройствами по ульнарной поверхности руки
- В. Жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке
- Г. Всего перечисленного

7.78. Гемианопсический дефект поля зрения при офтальмической ауре у больного с мигренью наступает в результате дисфункции:

- А. Сетчатой оболочки глаза
- Б. Зрительного тракта
- В. Лучистого венца
- Г. Кору затылочной доли**
- Д. В любой из перечисленных областей

7.79. Для врожденного синдрома Горнера характерно:

- А. Ускоренная реакция зрачка на свет на стороне поражения
- Б. Сочетание птоза, миоза, энофтальма с ангидрозом на стороне поражения
- В. Гетерохромия радужки**
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и Б

7.80. Феномен денервационной гиперчувствительности сосудов у больных с идиопатической ортостатической гипотензией обусловлен:

- А. Увеличением числа рецепторов периферических сосудов без изменения их сродства к медиатору
- Б. Нарушением процесса обратного захвата медиатора
- В. Нарушением барорефлекса
- Г. Верно А и Б**

## Раздел 8. Наследственные болезни нервной системы

8.1. Основными задачами медицинской генетики является изучение:

- А. Законов наследственности и изменчивости человеческого организма
- Б. Популяционной статистики наследственных заболеваний
- В. Молекулярных и биохимических аспектов наследственности
- Г. Изменения наследственности под воздействием факторов окружающей среды
- Д. Всего перечисленного**
- Е. Верно А и Б

8.2. Доминантный признак по закону Менделя проявится при скрещивании во втором поколении с частотой:

- А. 1:1
- Б. 2:1
- В. 3:1**
- Г. 4:1
- Д. 5:1

8.3. Доминантный ген — это ген, действие которого:

- А. Выявляется в гетерозиготном состоянии
- Б. Выявляется в гомозиготном состоянии
- В. Выявляется в гетеро- и гомозиготном состоянии**

Г. Неверно все из перечисленного

8.4. Генотип организма представляет собой систему взаимодействия генов, при которой наследственные признаки формируются путем участия:

- А. Одного гена в определении одного признака
- Б. Одного гена в определении многих признаков
- В. Многих генов в определении одного признака
- Г. Верно А и В

**Д. Верно все перечисленное**

8.5. Пробандом называют:

- А. Здорового носителя мутантного гена
- Б. Больного носителя мутантного гена**
- В. Здорового родителя больного с признаками наследственного заболевания
- Г. Ребенка, больного наследственным заболеванием

8.6. Сибсом называют:

- А. Здорового родителя больного наследственным заболеванием
- Б. Ребенка больного наследственным заболеванием
- В. Родного брата или сестру (но не близнецов) больного наследственным заболеванием**
- Г. Верно А и В
- Д. Верно Б и В

8.7. Фенотип — это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено:

- А. Действием доминантного гена
- Б. Действием рецессивного гена
- В. Взаимодействием генотипа с факторами среды**
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

8.8. Карิโอтип — это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся:

- А. Числом половых хромосом
- Б. Формой хромосом
- В. Структурой хромосом
- Г. Всем перечисленным**
- Д. Верно А и Б

8.9. Аутосомно-доминантный тип наследования отличается:

- А. Преимущественным поражением лиц мужского пола
- Б. Преобладанием в поколении больных членов семьи
- В. Проявлением патологического наследуемого признака во всех поколениях без пропуска**
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

8.10. Аутосомно-рецессивный тип наследования отличается тем, что:

А. Соотношение здоровых и больных членов семьи равно 1:1

Б. Заболевание не связано с кровным родством

**В. Родители первого выявленного больного клинически здоровы**

Г. Верно А и Б

Д. Верно Б и В

8.11. Рецессивный тип наследования, связанный с X-хромосомой (сцепленный с полом), отличается тем, что:

А. Соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1

**Б. Заболевают только мужчины**

В. Заболевают только женщины

Г. Признаки болезни обязательно находят у матери пробанда

Д. Неверно все перечисленное

8.12. Причиной хромосомных заболеваний могут быть:

А. Изменения числа хромосом

Б. Изменение размера хромосом

В. Нарушения структуры хромосом

Г. Влияние факторов внешней среды

**Д. Верно А, Б и В**

Е. Все перечисленное

8.13. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются:

А. Нарушения психического развития

Б. Нарушения физического развития

В. Множественные пороки развития

**Г. Все перечисленные**

8.14. Индуцированный мутагенез вызывают следующие факторы:

А. Ультрафиолетовое излучение

Б. Ионизирующее излучение

В. Химические вещества

Г. Вирусы

**Д. Все перечисленные факторы**

Е. Верно Б и Г

8.15. В основу классификации наследственных болезней, учитывающей их генетическую природу, положены особенности:

А. Генных мутаций

Б. Хромосомных мутаций

В. Количественных изменений хромосом

Г. Верно А и В

**Д. Все перечисленное**

8.16. Основным биохимическим признаком фенилкетонурии является повышение содержания:

- А. Ванилилминдальной кислоты
- Б. Диоксифенилуксусной кислоты
- В. Дигидроксифенилэтанола
- Г. Фенилпировиноградной кислоты**
- Д. Всего перечисленного
- Е. Верно Б и В

8.17. Для клинических проявлений гликогеновой миопатии (болезни Мак-Аргля) характерно наличие:

- А. Болезненных спазмов мышц
- Б. Патологической мышечной утомляемости
- В. Псевдогипертрофии мышц голени
- Г. Верно А и Б**
- Д. Всего перечисленного

8.18. При поздней форме амавротической идиопатии Куфса у взрослых наблюдают:

- А. Глухоту
- Б. Эпилептические припадки
- В. Экстрапирамидные нарушения
- Г. Мозжечковые нарушения
- Д. Верно А и Б
- Е. Все перечисленное**

8.19. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков:

- А. Округлый череп, готическое небо, синдактилия, гипотония мышц**
- Б. Долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц
- В. Краниостенотический череп, заячья губа, наличие VI пальца, хореоатетоз
- Г. Наблюдается сочетание любых перечисленных признаков

8.20. Поражение нервной системы при лейкодистрофии происходит в результате:

- А. Избыточного накопления липидов в нервных клетках
- Б. Утраты липидов нервными клетками
- В. Нарушение образования миелина**
- Г. Всего перечисленного
- Д. Верно А и В

8.21. Для порфирии является характерным наличие:

- А. Абдоминальных болей
- Б. Синдрома полиневропатии
- В. Порфобилиногена в моче
- Г. Всего перечисленного**
- Д. Верно Б и В

8.22. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением:

- А. Цереброспинальных пирамидных путей
- Б. Мотонейронов передних рогов спинного мозга
- В. Периферического двигательного нейрона

- Г. Верно Б и В
- Д. Всего перечисленного
- Е. Ничего из перечисленного**

8.23. Спинальная амиотрофия Верднига-Гофманна наследуется:

- А. По аутосомно-доминантному типу
- Б. По аутосомно-рецессивному типу**
- В. По рецессивному типу, сцепленному с полом (X-хромосома)
- Г. По доминантному типу, сцепленному с полом
- Д. Верно А и Г

8.24. Изменение контура ног по типу «опрокинутой бутылки» обусловлено изменением массы мышц:

- А. При наследственной моторно-сенсорной полиневропатии**
- Б. При мышечной дистрофии Эрба
- В. При мышечной дистрофии Беккера-Киннера
- Г. При спинальной амиотрофии Кугельберга-Веландер

8.25. Наследственная моторно-сенсорная полиневропатия обусловлена первичным поражением:

- А. Передних рогов спинного мозга
- Б. Периферических нервных волокон**
- В. Мышц дистальных отделов конечностей
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

8.26. Тип наследования при наследственной моторно-сенсорной полиневропатии характеризуется как:

- А. Аутосомно-доминантный
- Б. Аутосомно-рецессивный
- В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)
- Г. Верно все перечисленное**

8.27. Прогрессирующая мышечная дистрофия Ландузи-Дежерина наследуется:

- А. По аутосомно-доминантному типу**
- Б. По аутосомно-рецессивному типу
- В. По рецессивному типу, сцепленному с полом (через X-хромосому)
- Г. По всему перечисленному

8.28. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах мышечной дистрофии:

- А. Тип Дюшенна
- Б. Тип Беккера
- В. Тип Ландузи-Дежерина
- Г. Верно А и Б**
- Д. Верно А и В

8.29. Тип наследования при миотонии Томсена характеризуется как:

**А. Аутосомно-доминантный**

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Верно А и Б

Д. Ничего из перечисленного

8.30. При дистрофической миотонии преобладает слабость мышц:

А. Головы и шеи

Б. Проксимальных отделов конечностей

В. Дистальных отделов конечностей

Г. Верно А и Б

**Д. Верно А и В**

8.31. Тип наследования при дистрофической миотонии характеризуется как:

**А. Аутосомно-доминантный**

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Верно А и Б

Д. Ничего из перечисленного

8.32. Тип наследования при гиперкалиемическом периодическом параличе характеризуется как:

**А. Аутосомно-доминантный**

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Все перечисленное

8.33. Тип наследования при гипокалиемическом периодическом параличе характеризуется как:

**А. Аутосомно-доминантный**

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Все перечисленное

8.34. Диагноз гепатолентикулярной дегенерации (болезни Вильсона—Коновалова) исключает отсутствие:

А. Семейного анамнеза

Б. Кольца Кайзера-Флейшера

В. Нормального уровня церулоплазмينا

Г. Дрожания

**Д. Ничего из перечисленного**

8.35. Для синдрома Шегрена характерны:

А. Недостаточность слезо- и слюноотделения

Б. Ихтиоз с преимущественным поражением гибательных поверхностей

В. Психические нарушения

Г. Спастический тетрапарез

Д. Все перечисленное

**Е. Верно А и Б**

8.36. При дрожательной и дрожательно-ригидной форме гепатоцеребральной дегенерации преобладает тремор:

А. Покоя в кистях

Б. Интенционный в руках

В. Хлопающий в руках

Г. В туловище

Д. Верно А и Б

**Е. Верно В и Г**

8.37. Тип наследования при гепатоцеребральной дегенерации характеризуется как:

А. Аутосомно-доминантный

**Б. Аутосомно-рецессивный**

В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Все перечисленное

8.38. Приступ при гипокалиемической форме пароксизмальной миоплегии обычно возникает:

А. Во время тяжелой физической нагрузки

Б. Сразу после тяжелой физической нагрузки

В. В состоянии полного покоя днем

**Г. Во время ночного сна**

Д. Во всех перечисленных состояниях

8.39. Приступ при гиперкалиемической и нормокалиемической форме пароксизмальной миоплегии возникает:

А. Во время тяжелой физической нагрузки

Б. Во время отдыха после физической нагрузки

В. В состоянии покоя днем

Г. Во время ночного сна

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

8.40. Тип наследования при хорее Гентингтона характеризуется как:

**А. Аутосомно-доминантный**

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Все перечисленное

8.41. Клиническая картина типичной болезни Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает:

А. Ригидность

Б. Симптом «зубчатого колеса»

В. Акинезию

Г. Гипомимию

**Д. Деменцию**

8.42. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуется следующими изменениями моноаминов мозга:

- А. Уменьшение дофамина
- Б. Увеличение содержания ацетилхолина
- В. Снижением содержания норадреналина
- Г. Все перечисленное**
- Д. Верно А и В

8.43. Болезнь Паркинсона проявляется следующими синдромами:

- А. Хореоатетодным
- Б. Акинетико-ригидным**
- В. Вестибуломозжечковым
- Г. Денторубральным
- Д. Гиперэксплексией

8.44. Тип наследования при синдроме Шегрена характеризуется как:

- А. Аутомно-доминантный
- Б. Аутомно-рецессивный**
- В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)
- Г. Все перечисленное

8.45. При эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер:

- А. Тремор покоя
- Б. Интенционный
- В. Постурально-кинетический**
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

8.46. Достаточными клиническими признаками в диагностике синингомиелии являются:

- А. Сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
- Б. Наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата соответствующих сегментарными нарушениями чувствительности
- Г. Нижний спастический парализ
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и Б**

8.47. При лечении болезни Паркинсона ДОФА-содержащими средствами возможны следующие побочные симптомы:

- А. Судорожные синдромы
- Б. Вестибулярные расстройства
- В. Хореоатетодный гиперкинез**
- Г. Горизонтальный нистагм
- Д. Гиперэксплексия

8.48. При лечении болезни Паркинсона холинолитиками (циклодол, норакин) побочные симптомы проявляются:

- А. Затуманиванием зрения
- Б. Двоением в глазах
- В. Слюнотечением
- Г. Сухостью во рту
- Д. Верно А и Г**
- Е. Верно Б и В

8.49. Для переднероговой формы сирингомиелии характерны:

- А. Нарушения проприоцептивной чувствительности
- Б. Спастические парезы
- В. Диссоциированный тип нарушений чувствительности
- Г. Сенситивная атаксия
- Д. Верно В и Г
- Е. Ничего из перечисленного**

8.50. Лечение холинолитиками болезни Паркинсона следует проводить с осторожностью при заболевании:

- А. Щитовидной железы
- Б. Вилочковой железы
- В. Поджелудочной железы
- Г. Предстательной железы**
- Д. При всех перечисленных заболеваниях

8.51. Синдром Клиппеля—Фейля характеризуется на рентгенограмме признаками:

- А. Краниостеноза
- Б. Платибазии
- В. Остеопороза турецкого седла
- Г. Выступанием зуба II шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
- Д. Срастанием нескольких шейных позвонков**

8.52. Аномалией Арнольда-Киари называется патология, при которой имеется:

- А. Сращение шейных позвонков
- Б. Сращение I шейного позвонка с затылочной костью
- В. Смещение вниз миндалик мозжечка**
- Г. Расщепление дужки I шейного позвонка
- Д. Все перечисленное

8.53. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди—Уокера являются:

- А. Магнитно-резонансная томография
- Б. Рентгенография кранио-вертебрального перехода
- В. Миелография
- Г. Компьютерная томография мозга
- Д. Все перечисленные
- Е. Верно А и Б**

8.54. Клиническая картина торсионной дистонии (ДОФА-зависимой формы Сегавы)

отличается наличием:

- А. Вестибуломожжечкового синдрома
- Б. Акинетико-ригидного синдрома**
- В. Синдрома сенситивной атаксии
- Г. Пирамидно-можжечкового синдрома
- Д. Всего перечисленного

8.55. Клиническая картина ювенильной формы и формы Вестфalia при болезни Гентингтона включает:

- А. Экстрапирамидную ригидность
- Б. Акинезию
- В. Тремор покоя
- Г. Верно А и Б**
- Д. Верно Б и В

8.56. При лечении типичной формы болезни Гентингтона обычно применяют:

- А. Дофа-содержащие препараты
- Б. Нейролептики**
- В. Агонисты дофамина
- Г. Антихолинергические препараты
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б, В и Г

8.57. Мождечковую диссинергию Ханта от прогрессирующей миоклонической эпилепсии отличает:

- А. Наличие мождечковых симптомов
- Б. Отсутствие пирамидных симптомов
- В. Низкая частота эпилептических припадков**
- Г. Отсутствие нарушений глубокой чувствительности
- Д. Все перечисленное

8.58. Клиническая картина миоклонус-эпилепсии Унферрихта-Лундборга, кроме характерных миоклоний и судорожных приступов, включает:

- А. Пирамидную спастичность
- Б. Экстрапирамидную ригидность
- В. Снижение интеллекта
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В**

8.59. Миоклонические гиперкинезы при миоклонус-эпилепсии Унферрихта-Лундборга усиливаются:

- А. При эмоциональном стрессе
- Б. При внезапных сенсорных раздражениях
- В. При закрывании глаз
- Г. Верно А и Б
- Д. При всем перечисленном**

8.60. При болезни Фридрейха имеет место:

**А. Аутосомно-рецессивный тип наследования**

Б. Аутосомно-доминантный тип наследования

В. Сцепленный с полом (через X-хромосому)

Г. Все перечисленное

8.61. Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием:

А. Деформации стопы

Б. Дизграфическим статусом

В. Поражением мышцы сердца

Г. Снижением или выпадением рефлексов

Д. Верно А и Г

**Е. Всего перечисленного**

8.62. Аутосомно-доминантная мозжечковая атаксия отличается от болезни Фридрейха:

А. Наличием пирамидных патологических симптомов

Б. Наличием глазодвигательных нарушений

В. Нарушением походки

**Г Верно А и Б**

Д. Верно Б и В

8.63. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно поражение следующих спинальных анатомических структур:

**А. Пирамидных путей**

Б. Мозжечковых путей

В. Клеток передних рогов

Г. Задних канатиков спинного мозга

Д. Верно А и В

8.64. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является:

А. Преобладание слабости над спастичностью

**Б. Преобладание спастичности над слабостью**

В. Преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными

Г. Сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц

Д. Сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

8.65. Тип наследственности при спастической семейной параплегии (болезни Штрюмпеля) характеризуется как:

А. Аутосомно-доминантный

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)

**Г. Все перечисленное**

Д. Верно А и Б

8.66. Нейрофибромы при нейрофиброматозе могут локализоваться:

А. По ходу периферических нервов

- Б. В спинномозговом канале по ходу корешков
- В. Интракраниально по ходу черепных нервов
- Г. На любом из указанных участков**

8.67. Тип наследования нейрофиброматоза характеризуется как:

- А. Аутосомно-доминантный**
- Б. Аутосомно-рецессивный
- В. Рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- Г. Верно А и Б
- Д. Неверно все перечисленное

8.68. Интракраниальный ангиоматоз при синдроме Стерджа-Вебера поражает:

- А. Вещество мозга
- Б. Твердую оболочку
- В. Мягкую оболочку**
- Г. Одинаково часто все перечисленные структуры

8.69. Для подтверждения интракраниального поражения при энцефалотригеминальном ангиоматозе достаточно произвести:

- А. Электроэнцефалопатию
- Б. Пневмоэнцефалографию
- В. Реоэнцефалографию
- Г. Рентгенокраниографию**
- Д. Магнитно-резонансная томография с ангиографией

8.70. Тип наследования атаксии-телеангиэктазии (с-м Луи-Бар) характеризуется как:

- А. Аутосомно-доминантный
- Б. Аутосомно-рецессивный**
- В. Рецессивный, сцепленный с полом(через X-хромосому)
- Г. Все перечисленное

## Раздел 9. Травма нервной системы

9.1. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют:

- А. Ушиб головного мозга легкой степени
- Б. Сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
- В. Сотрясение головного мозга тяжелой степени**
- Г. Сдавление головного мозга на фоне его ушиба

9.2. Тяжелое диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:

- А. Длительными коматозными состояниями с момента травмы**
- Б. Развитием комы после «светлого» периода
- В. Отсутствием потери сознания
- Г. Кратковременной потери сознания

9.5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:

**А. Распирающего характера**

Б. Распирающего характера в затылочной части

В. Пульсирующего характера по всей голове

Г. Сдавливающего характера в лобно-теменной области

9.6. Развитие гемипареза при черепно-мозговой травме свидетельствует:

А. О внутричерепной гематоме

Б. Об ушибе мозга

В. О переломе костей черепа

Г. Обо всем перечисленном

**Д. Верно А и Б**

9.7. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности:

А. Амнезии

Б. Расстройства жизненно важных функций

В. Гемипареза

**Г. Всего перечисленного**

Д. Верно А и Б

9.8. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются:

А. Расширение зрачка на стороне гематомы

Б. Расширение зрачка на противоположной стороне

В. Гемипарез на стороне гематомы

Г. Гемипарез на противоположной стороне

**Д. Верно А и Г**

Е. Верно Б и В

9.9. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают:

А. При компьютерной томографии

Б. При ангиографии

В. При эхоэнцефалографии

**Г. При всем перечисленном**

Д. Верно А и В

9.10. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз:

А. Сотрясение мозга

**Б. Субарахноидальное кровоизлияние**

В. Ушиб мозга

Г. Внутричерепная гематома

9.11. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине:

А. Плавающего зрения

**Б. Горметонического синдрома**

В. Гиперкатаболического типа вегетативных функций

- Г. Нарушения сознания
- Д. Двусторонних пирамидных стопных знаков

9.12. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:

- А. При люмбальной пункции
- Б. При ангиографии
- В. При компьютерной томографии
- Г. При всех перечисленных методах
- Д. Верно А и В**

9.13. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной:

- А. Гомогенного повышения плотности**
- Б. Гомогенного понижения плотности
- В. Неоднородного повышения плотности
- Г. Отека мозга

9.14. Нарастание мидриаса на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:

- А. Асимметричной гидроцефалией
- Б. Сдавлением моторной области коры
- В. Ущемлением ствола в затылочном отверстии
- Г. Сдавлением ножки мозга**
- Д. Верно А и Б

9.15. К краниографическим признакам острой травмы черепа относятся:

- А. «Пальцевые вдавления»
- Б. Усиленный сосудистый рисунок
- В. Увеличение глубины турецкого седла
- Г. Остеопороз затылочной кости и затылочного полукольца
- Д. Ни один из перечисленных признаков**

9.16. Проникающей называют черепно-мозговую травму:

- А. При ушибленной ране мягких тканей
- Б. При повреждении апоневроза
- В. При переломе костей свода черепа
- Г. При повреждении твердой мозговой оболочки**
- Д. При всех перечисленных вариантах

9.17. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является:

- А. Введение в вену кардиотонических средств
- Б. Введение в вену антигипертензивных средств
- В. Освобождение дыхательных путей от инородных тел**
- Г. Верно А и Б

9.18. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются:

- А. Отек мозга
- Б. Компрессия мозга
- В. Дислокация мозга
- Г. Нарушение гематоэнцефалического барьера
- Д. Все перечисленные**
- Е. Верно Б и В

9.19. Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия:

- А. 5% раствора глюкозы
- Б. 4% раствора бикарбоната натрия**
- В. Раствора поляризующей смеси
- Г. Любого из перечисленных растворов
- Д. Верно А и Б

9.20. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению:

- А. Кардиотонических средств
- Б. Симпатомиметиков
- В. Низкомолекулярных декстранов**
- Г. бета-адренергических блокаторов
- Д. Осмотических диуретиков

9.21. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- А. Церебральная гипоксия
- Б. Реакция на боль
- В. Поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
- Г. Все перечисленное**

9.22. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой черепно-мозговой травме применяют:

- А. Осмотические диуретики
- Б. Глюкокортикоидные препараты
- В. Барбитураты
- Г. Верно А и Б
- Д. Все перечисленное**

9.23. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует выбрать:

- А. Гидрокортизон
- Б. Преднизолон
- В. Дексаметазон**
- Г. Кортизон
- Д. Верно А и Б

9.24. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразнее назначить:

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин
- В. Метазон
- Г. Дофамин**
- Д. Эфедрин

9.25. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- А. Ингибиторы МАО
- Б. Трициклические антидепрессанты
- В. Бензодиазепиновые препараты
- Г. Барбитураты**
- Д. Все перечисленные

9.26. Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга:

- А. Между собой**
- Б. С подпаутинным пространством
- В. С оболочечными кистами
- Г. Все перечисленное

9.27. Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют:

- А. Нейролептиками
- Б. Антидепрессантами
- В. Барбитуратами
- Г. Всем перечисленным
- Д. Верно А и В**

9.28. В случае лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует назначать:

- А. Маннитол**
- Б. Реополиглюкин
- В. Полиглюкин
- Г. Альбумин
- Д. 5% раствор глюкозы

9.29. Для коррекции дефицита антидиуретического гормона в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы назначают:

- А. Инсуффляции адиурекрина
- Б. Водный раствор питрессина
- В. Масляную суспензию вазопрессина
- Г. Любой из перечисленных препаратов**
- Д. Верно А и Б

9.30 Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апатический или акинетико-ригидный синдром) назначают:

- А. L-ДОФА
- Б. Наком (синемет, мадопар)
- В. Циклодол
- Г. Любой из перечисленных препаратов
- Д. Верно А и Б**

9.31 Для подавления гиперактивных вестибуло-вегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают:

- А. Анаприлин
- Б. Беллатаминал**
- В. Метоклопрамид
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно Б и В

9.32 Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания:

- А. 5% раствора глюкозы
- Б. 0,85% раствора глюкозы
- В. Дистиллированной воды
- Г. Любого из перечисленных средств**
- Д. Верно А и Б

9.33. Причиной внутричерепной гипотензии после черепно-мозговой травмы может быть:

- А. Снижение продукции цереброспинальной жидкости
- Б. Усиление всасывания цереброспинальной жидкости
- В. Скрытая ликворея
- Г. Все перечисленное**
- Д. Верно А и В

9.34. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают:

- А. Центральные антигипертензивные средства
- Б. Осмотические диуретики
- В. Диуретики петли нефрона
- Г. Верно Б и В**
- Д. Все перечисленное

9.35. При посттравматической ринорее в отделяемом из носа необходимо исследовать:

- А. Белок
- Б. Цитоз
- В. Сахар**
- Г. Натрий
- Д. Хлориды

9.36. Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо провести рентгенографию или КТ головы после введения нерастворимого контраста:

А. В вену

**Б. ЭндOLUMбально**

В. В желудочки мозга

Г. Верно А и Б

Д. Верно Б и В

9.37. Посттравматическая вестибулопатия может быть результатом:

А. Сосудистой дистонии

Б. Повышения внутричерепного давления

В. Нарушения нейродинамики в стволовых структурах

Г. Верно А и Б

**Д. Всего перечисленного**

9.38. При посттравматической вестибулопатии:

А. Снижаются вестибуло-вегетативные реакции

Б. Усиливаются вестибуло-вегетативные реакции

В. Снижается окуловестибулярная реакция

Г. Усиливается окуловестибулярная реакция

Д. Верно А и В

**Е. Верно Б и Г**

9.39. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной кранио-verteбральной травмы можно выявить с помощью:

А. Магнитно-резонансной томографии

Б. Компьютерной томографии

**В. Латеральной функциональной рентгенографии**

Г. Нисходящей контрастной миелографии

9.40. Посттравматическая нормотензивная гидроцефалия (синдром Хакима-Адамса) проявляется триадой симптомов:

А. Головная боль, снижение памяти, дезориентированность

Б. Головная боль, снижение зрения, атаксия

**В. Нарушение походки, недержание мочи, деменция**

Г. Головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия

9.41. Для лечения посттравматической энцефалопатии с нарушением высших мозговых функций применяют:

А. Психостимуляторы

Б. Антидепрессанты

В. Дофаминергические средства

Г. Верно А и Б

**Д. Все перечисленное**

9.42. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

А. Спустя 3 дня после травмы

- Б. Спустя 1 нед. после травмы
- В. В резидуальном периоде
- Г. В любые сроки**
- Д. Верно Б и В

9.43. Если острая проникающая черепно-мозговая травма протекает с повышением температуры, необходимо исключить:

- А. Внутрочерепное кровоизлияние
- Б. Гнойный менингит
- В. Абсцесс мозга
- Г. Верно Б и В
- Д. Все перечисленное**

9.44. Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических расстройств:

- А. Более стабильным течением
- Б. Преобладанием депрессивного симптомокомплекса
- В. Преобладанием ипохондрического симптомокомплекса
- Г. Большой резистентностью к лечению психотропными средствами
- Д. Принципиальных отличий не существует**

9.45. Морфологическим субстратом остаточных явлений при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- А. Рубцово-спаечные изменения в оболочках
- Б. Паренхиматозные кисты
- В. Разрастание глии в пораженных участках
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и Б**

9.46. Наиболее часто патогенетическим фактором эпилептического синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы является:

- А. Паренхиматозная киста
- Б. Оболочечная киста
- В. Коллагеновый оболочечно-мозговой рубец**
- Г. Верно А и Б
- Д. Все перечисленное

9.47. Посттравматическая эпилепсия проявляется джексоновскими припадками при локализации патологического очага в области:

- А. Лобной доли
- Б. Теменной доли
- В. Центральных извилин**
- Г. Извилины Гешля
- Д. Височной доли

9.48 Посттравматическая эпилепсия проявляется генерализованными судорогами при патологических очагах:

- А. В лобной доле
- Б. В теменной доле
- В. В височной доле
- Г. Верно А и Б**
- Д. Все перечисленное

9.49. При посттравматических абсцессах мозга корково-подкорковой локализации в клинической картине преобладает:

- А. Наличие внутричерепной гипертензии
- Б. Общемозговая симптоматика
- В. Эпилептический синдром**
- Г. Менингеальный синдром
- Д. В равной мере все перечисленное

9.50. Наиболее ранним проявлением гематомии травмы травматического происхождения является наличие:

- А. Расстройств глубокой чувствительности
- Б. Синдром Броун-Секара
- В. Двигательных проводниковых нарушений
- Г. Диссоциированных расстройств чувствительности**

9.51. Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента при позвоночно-спинномозговой травме возникает вследствие:

- А. Компрессии позвонков
- Б. Повреждения фиброзных колец межпозвоночных дисков
- В. Повреждения желтых связок**
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В

9.52. При коммоции нервного ствола проводимость по нерву полностью восстанавливается не позднее:

- А. 3 дней
- Б. 3 нед.**
- В. 3 мес.
- Г. Неверно все перечисленное

9.53. При ушибе нервного ствола:

- А. Сохраняется анатомическая целостность нерва
- Б. Происходит полный перерыв нервного ствола
- В. Происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей
- Г. Верно А и В**
- Д. Верно Б и В

9.54. Для сочетанного травматического повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв, характерно:

- А. Отечность дистальных отделов конечности
- Б. Гиперемия дистальных отделов конечности

В. Понижение кожной температуры конечности

Г. Все перечисленное

**Д. Верно А и Б**

9.55. Каузалгический синдром наиболее часто встречается при ушибе:

А. Срединного нерва |

Б. Локтевого нерва

В. Большеберцового нерва

Г. Малоберцового нерва

Д. Верно А и Б

**Е. Верно А и В**

9.56. При травматическом параличе Дюшена-Эрба страдает функция мышц:

А. Дельтовидной и трехглавой плеча

Б. Двуглавой и внутренней плеча

В. Сгибателей кисти

Г. Все перечисленное

**Д. Верно А и Б**

Е. Верно Б и В

9.57. При травматическом параличе Дежерина-Клюмпке нарушается чувствительность:

А. На наружной поверхности предплечья

Б. На внутренней поверхности кисти

В. На внутренней поверхности плеча

Г. На наружной поверхности кисти

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

9.58. Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет:

А. 0,1 мм в сутки

**Б. 1 мм в сутки**

В. 10 мм в сутки

Г. 1 мм в 10 дней

9.59. Наиболее ранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является:

**А. Появление парестезий в зоне иннервации поврежденного нерва**

Б. Появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом

В. Регресс трофических расстройств

Г. Регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности

9.60. Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны:

**А. Паралич Дюшена-Эрба**

Б. Гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц

В. Паралич Дежерина-Клюмпке

- Г. Гипотрофия круглого пронатора
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г

9.61. Для неполного травматического перерыва нервного ствола характерны:

- А. Сочетание симптомов выпадения с с-ми раздражения в чувствительной сфере
- Б. Сосудистые расстройства в зоне иннервации
- В. Выраженный болевой синдром
- Г. Вегетативно-трофическое расстройства в зоне иннервации
- Д. Все перечисленное**
- Е. Верно А и Б

9.62. Для травматического разрыва лучевого нерва верхней трети плеча характерен паралич:

- А. Разгибателей предплечья
- Б. Разгибателей кисти
- В. Мышцы, отводящей большой палец
- Г. Дельтовидной мышцы
- Д. Верно А, Б и В**
- Е. Верно А, Б и Г

9.63. Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерны:

- А. Паралич разгибателей предплечья
- Б. Выпадением рефлекса с трехглавой мышцы плеча
- В. Паралич разгибателей кисти**
- Г. Нарушение чувствительности на внутренней поверхности плеча
- Д. Верно А и В
- Е. Верно А и Г

9.64. Основным признаком фантомного болевого синдрома является:

- А. Гипестезия в культе конечностей
- Б. Ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности**
- В. Отечность, цианоз культы конечностей
- Г. Все перечисленное

9.65. Для травматического разрыва локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно:

- А. Нарушение сгибания кисти
- Б. Нарушения сгибания концевых фаланг IV и V пальцев кисти
- В. Анестезия в зоне V пальца кисти
- Г. Атрофия межкостных мышц кисти
- Д. Верно Б и В
- Е. Верно В и Г**

9.66. Для травматического разрыва срединного нерва в средней трети предплечья характерны:

- А. Нарушение пронации кисти
- Б. Нарушение сгибания кисти
- В. Нарушение суставно-мышечного чувства в концевой фаланге II пальца
- Г. Атрофия мышц возвышения большого пальца

Д. Все перечисленное

**Е. Верно В и Г**

9.67. Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны:

А. Паралич разгибателей голени

Б. Выпадение коленного рефлекса

В. Атрофия четырехглавой мышцы бедра

**Г. Все перечисленное**

Д. Верно А и Б

9.68. Для травматического разрыва бедренного нерва ниже пупартовой связки характерны:

А. Гипестезия на передней поверхности бедра

Б. Паралич сгибателей бедра

В. Паралич разгибателей голени

**Г. Все перечисленное**

Д. Верно А и Б

9.69. Для травматического ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны:

А. Парез разгибателей голени

Б. Выпадение ахиллова рефлекса

В. Выпадение коленного рефлекса

Г. Паралич стопы и пальцев ног

**Д. Верно А, Б, Г**

Е. Верно Б, В, Г

9.70. Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны:

А. Боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения

Б. Парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва

**В. Вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва**

Г. Верно А и В

Д. Верно Б и В

9.71. Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва, применяют:

А. Антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики

Б. Блокады симпатических ганглиев, симпатэктомию

В. Тепловые согревающие процедуры

Г. Все перечисленное

**Д. Верно А и Б**

Е. Верно Б и В

9.72. Характерными признаками каузалгии являются:

**А. Интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва**

Б. Гипалгезия и парестезии в зоне иннервации травмированного нерва

В. Нестерпимая боль при давлении на нервный ствол

Г. Все перечисленные

Д. Верно Б и В

9.73. При каузалгии эффективным методом физиотерапии является:

- А. УВЧ на область локализации боли
- Б. СМТ на область проекции симпатических узлов
- В. Электрофорез новокаина на область повреждения
- Г. Грязевые аппликации невысокой температуры (37°C)
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно Б и Г**

## Раздел 10. Опухоли нервной системы

10.1. Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация:

- А. Дельта-волн в отведении с ограниченного участка
- Б. Дельта-волн во всех полушарных отведениях
- В. Дельта-волн в симметричных участках обоих полушарий
- Г. Верно А и Б
- Д. Достоверных признаков не существует**

10.2. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны:

- А. Гемипарез с преобладанием в ноге
- Б. Моторная афазия
- В. Адверсивные эпилептические припадки**
- Г. Атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- Д. Все перечисленное

10.5. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко-Крамера характерны:

- А. Боли в глазных яблоках
- Б. Светобоязнь
- В. Кохлеовестибулярные расстройства
- Г. Верно А и Б**
- Д. Все перечисленное

10.6. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются:

- А. Глиомы
- Б. Гемангиомы**
- В. Невриномы
- Г. Менингиомы

10.7. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации наиболее характерен:

- А. Корешковый синдром
- Б. Синдром ликворного толчка
- В. Симптом вклинения
- Г. Симптом остистого отростка
- Д. Верно А и Г**
- Е. Верно Б и В

10.8. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:

**А. Сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности**

Б. Корешковых болей положения

В. Ранней блокады субарахноидального пространства

Г. Рентгенологического симптома Эльсберга-Дайка

10.9. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется:

**А. Интрамедуллярно**

Б. Субдурально

В. Эпидурально

Г. Эпидурально-экстравертебрально

10.10. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его:

А. Переднебоковой поверхности

Б. Задней поверхности

**В. Задней и заднебоковой поверхности**

Г. Передней поверхности

10.11. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается:

А. При интрамедуллярных опухолях шейного утолщения

Б. При экстрамедуллярных субдуральных опухолях грудного уровня

В. При интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения

**Г. При опухолях конского хвоста**

Д. При экстрамедуллярных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения

10.12. Наиболее часто эпилептические припадки наблюдаются:

**А. При менингиомах**

Б. При поверхностно расположенных астроцитомах

В. При мультиформных глиобластомах

Г. Ни при чем из перечисленного

10.13. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является:

А. Менингиома

Б. Хориоидпапиллома

**В. Эпендимома**

Г. Астроцитома

10.14. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:

А. Зрительного

Б. Тройничного

**В. Слухового**

Г. Подъязычного

Д. Добавочного

10.15. Генерализованные эпилептические припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга:

- А. Лобной
- Б. Височной**
- В. Теменной
- Г. Затылочной
- Д. Одинаково часто в любой из перечисленных

10.16. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга:

- А. Лобной**
- Б. Теменной
- В. Височной
- Г. Затылочной
- Д. Одинаково часто в любой из перечисленных

10.17. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен:

- А. Для эпидуральных неврином
- Б. Для субдуральных неврином**
- В. Для эпидуральных менингиом
- Г. Для субдуральных менингиом

10.18. 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. Всех перечисленных новообразований

10.19. Радионуклидная Гамма-сцинтиграфия головы малоинформативна:

- А. При арахноидэндотелиомах
- Б. При менингосаркомах
- В. При доброкачественных опухолях**
- Г. При метастатических опухолях

10.20. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли:

- А. В височной доле**
- Б. В задней черепной ямке
- В. В стволе мозга
- Г. В затылочной доле

10.21. При отсутствии признаков интракраниальной гипертензии люмбальная пункция не противопоказана при подозрении на опухоль:

- А. Задней черепной ямки
- Б. Височной доли
- В. VIII нерва**
- Г. Все перечисленное

10.22. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении ?-сцинтиграфии характерен для:

- А. Менингиомы**
- Б. Краниофарингиом
- В. Аденом гипофиза
- Г. Неврином
- Д. Астроцитом

10.23. Опухоли спинного мозга наиболее часто локализуется:

- А. Интрамедуллярно
- Б. Эпидурально
- В. Субдурально**
- Г. Одинаково часто при всех перечисленных локализациях

10.24. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки:

- А. Ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома
- Б. Ранним снижением зрения
- В. Побледнением дисков зрительных нервов
- Г. Выраженной белково-клеточной диссоциацией**
- Д. Усилением симптомов при перемене положения головы

10.25. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют:

- А. Большие судорожные припадки
- Б. Абсансы
- В. Зрительные галлюцинации
- Г. Верхнеквадратная гемианопсия**

10.26. Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения:

- А. Перекреста зрительных нервов
- Б. Зрительного тракта
- В. Первичных зрительных центров
- Г. Путей в лучистом венце
- Д. Верно Б и Г**

10.27. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна:

- А. Моторная, сенсорная афазия
- Б. Сенсорная, амнестическая афазия**
- В. Моторная, семантическая афазия
- Г. Сенсорная афазия, аутогнозизация
- Д. Моторная афазия, аутогнозизация

10.28. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной доли является:

- А. Пирамидный гемипарез с преобладанием в руке
- Б. Контралатеральная гемигипальгезия
- В. Контралатеральная болевая гемипарестезия
- Г. Контралатеральная гомонимная гемианопсия

## Д. Астереогноз

10.29. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются:

- А. Двусторонний пирамидный парез в ногах
- Б. Нарушения координации
- В. Астазия-абазия

### Г. Нарушения поведения

Д. Битемпоральные дефекты поля зрения

10.30. Отличительным признаком опухоли верхней теменной доли является:

- А. Преобладание пареза в руке
- Б. Вялый характер пареза
- В. Расстройства чувствительности по гемитипу
- Г. Боли в зоне расстройств чувствительности

### Д. Верно А и Б

Е. Верно В и Г

10.31. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает:

- А. Моторная афазия
- Б. Сенсорная афазия

### В. Семантическая афазия

Г. Амнестическая афазия

10.32. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа:

- А. Эозинофильных
- Б. Базофильных
- В. Хромофобных

### Г. Для всех перечисленных типов в одинаковой степени

10.33. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны:

- А. Гомонимая гемианопсия
- Б. Биназальная гемианопсия

### В. Битемпоральная гемианопсия

Г. Все перечисленное

10.34. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза:

### А. Эозинофильные

- Б. Базофильные
- В. Хромофобные

Г. Любого гистологического типа из перечисленных

10.35. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить:

А. Бромидом натрия

### Б. Бромкриптином

В. Бромкамфорой

Г. Любым из перечисленных препаратов

Д. Ни одним из перечисленных препаратов

10.36. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают:

А. В аденоме гипофиза

**Б. В краниофарингиоме**

В. В арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла

Г. В глиоме зрительного нерва

10.37. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты:

А. Эозинофильной аденомы

Б. Базофильной аденомы

В. Хромофобной аденомы

**Г. Краниофарингиомы**

10.38. Синдром Бурденко-Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен:

А. Сдавлением структур передней черепной ямки при переднезаднем смещении мозга

Б. Нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии

**В. Общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки**

Г. Всеми перечисленными факторами

10.39. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена:

А. Компрессией хиазмы при переднезадней дислокации мозга

**Б. Гидроцефалией III желудочка**

В. Нарушением кровообращения в хиазме

Г. Всеми перечисленными факторами

10.40. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухолях:

**А. Мостомозжечкового угла**

Б. IV желудочка

В. Червя мозжечка

Г. Полушарий мозжечка

Д. Одинаково часто при любой из указанных локализаций

10.41. Синдром Гертвига-Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухолях:

А. Червя мозжечка

Б. Полушарий мозжечка

**В. Мостомозжечкового угла**

Г. Моста

Д. Одинаково при любой из указанных локализаций

10.42. Синдром Гертвига-Мажанди при супратенториальных опухолях чаще возникает при опухолях:

А. Гипофиза

**Б. Эпифиза (шишковидной железы)**

- В. Височной доли
- Г. Затылочной доли
- Д. Одинаково часто при любой из указанных локализаций

10.43. Изотопная  $^{99m}\text{Tc}$ -сцинтиграфия наиболее информативна при локализации опухоли:

- А. В полушариях мозга**
- Б. В задней черепной ямке
- В. В базальной области мозга
- Г. В области краниовертебрального перехода

10.44. При опухоли нижних отделов мозжечка (флоккуло-нодулярный синдром) характерным признаком является:

- А. Нарушение статики и походки
- Б. Нарушение координации в конечностях
- В. Туловищная атаксия без дискоординации в конечностях**
- Г. Нижний пирамидный парез
- Д. Вертикальный нистагм

10.45. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся:

- А. Астроцитомы
- Б. Олигодендроглиомы
- В. Мультиформные спонгиобластомы
- Г. Арахноидэндотелиомы**
- Д. Все перечисленные

10.46. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся:

- А. Снижение обоняния
- Б. Головная боль
- В. Снижение зрения**
- Г. Альтернирующий синдром Вебера
- Д. Все перечисленные

10.47. Для расстройств зрения при арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла характерны:

- А. Центральная и парацентральная скотома
- Б. Гомонимая гемианопсия
- В. Битемпоральная гемианопсия**
- Г. Биназальная гемианопсия

10.48. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга, так как при этом усиливаются:

- А. Нарушения ликвороциркуляции
- Б. Нарушения внутричерепного кровообращения
- В. Натяжение и дислокация оболочек и черепных нервов**
- Г. Затруднения венозного оттока
- Д. Все перечисленные факторы

10.49 При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:

- А. Зрительные
- Б. Слуховые**
- В. Обонятельные
- Г. Все перечисленные

10.50. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:

- А. Зрительные
- Б. Слуховые
- В. Обонятельные**
- Г. Все перечисленные

10.51. Отоневрологические исследования не помогают диагностике опухоли:

- А. Варолиева моста
- Б. Продолговатого мозга
- В. Мостомозжечкового угла
- Г. VIII черепного нерва
- Д. Гипофиза**

10.52. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли:

- А. В полушариях головного мозга**
- Б. В базальной зоне головного мозга
- В. В задней черепной ямке
- Г. В краниовертебральной области

10.53. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («обрубленная пирамида») является характерным рентгенологическим признаком:

- А. Невриномы слухового нерва**
- Б. Невриномы тройничного нерва
- В. Холестеатомы мостомозжечкового угла
- Г. Всех перечисленных новообразований

10.54. Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак:

- А. Легкого**
- Б. Желудка
- В. Молочной железы
- Г. Матки
- Д. Предстательной железы

10.55. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает:

- А. Вне связи с приемом пищи
- Б. Независимо от перемены положения тела
- В. После кратковременного ощущения тошноты
- Г. При повышении внутричерепного давления**
- Д. Все перечисленное

10.56. Отличительный знак неврита зрительного нерва от поражений нерва при опухолях головного мозга:

- А. Жалобы на затуманивание зрения
- Б. Концентрическое сужение полей зрения
- В. Быстрое снижение остроты зрения**
- Г. Картина первичной атрофии зрительного нерва
- Д. Все перечисленное

10.57. Синдром Фостера-Кеннеди характеризуется:

- А. Атрофией и застоем диска на стороне опухоли
- Б. Атрофией и застоем диска с двух сторон
- В. Атрофией диска на стороне опухоли и застоем на противоположной стороне**
- Г. Застоем диска на стороне опухоли и атрофией на противоположной стороне

10.58. Синдром Фостера-Кеннеди можно наблюдать при локализации опухоли в области:

- А. Базального отдела лобной доли**
- Б. Параселлярной области
- В. Малых крыльев основной кости
- Г. Бугорка турецкого седла
- Д. Верно Б и В

## Раздел 11. Неотложные состояния в неврологии

11.1. Компьютерная томография мозга не показана, если у больного с поражением головного мозга:

- А. Диагностирован инфаркт миокарда
- Б. Появились признаки поражения ствола
- В. Бессознательное состояние
- Г. Лучевая болезнь**
- Д. Все перечисленное

11.2. Симптом «вклинения» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

- А. Усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
- Б. Нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
- В. Усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
- Г. Нарастанием неврологической симптоматики после пункции**

11.3. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- А. Острое начало заболевания с повышением температуры
- Б. Острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- В. Изменения цереброспинальной жидкости**
- Г. Присоединение инфекционно-токсического шока

11.4. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более:

- А. 10 с
- Б. 1 мин**
- В. 3 мин
- Г. 5 мин

11.5. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через:

- А. 1ч
- Б. 2 ч
- В. 4 ч
- Г. 6 ч и более**

11.6. 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**

11.7. Для наблюдений за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

- А. Ангиографию
- Б. Реоэнцефалографию
- В. Компьютерную томографию
- Г. Транскраниальную доплерографию**

11.8. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является:

- А. Повышение вязкости крови
- Б. Повышение активности свертывающей системы
- В. Ухудшение реологических свойств крови
- Г. Снижение системного перфузионного давления**
- Д. Повышение агрегации форменных элементов крови

11.9. Решающее влияние на прогноз у больных с преходящим нарушением мозгового кровообращения оказывает:

- А. Адекватный уровень артериального давления
- Б. Состояние вязкости и текучести крови
- В. Состояние свертывающей системы крови
- Г. Сохранная проходимость приводящих артерий**
- Д. Продолжительность эпизодов преходящей ишемии

11.10. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит:

- А. Снижение артериального давления
- Б. Повышение вязкости и агрегации
- В. Повышение коагуляционной активности крови
- Г. Повышение фибринолитической активности крови**

11.11. Чтобы купировать мышечные проявления нейрогенного гипервентиляционного синдрома, назначают:

- А. Прозерин
- Б. Глюконат или хлорид кальция**
- В. Хлорид натрия
- Г. Хлорид калия
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и Б

11.12. В качестве базисного инфузионного раствора в остром периоде ишемического инсульта следует использовать:

- А. 5% раствор глюкозы
- Б. 10% раствор глюкозы
- В. 0,45% раствор хлорида натрия
- Г. 0,9% раствор хлорида натрия**
- Д. 3% раствор хлорида натрия

11.13. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате:

- А. Нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
- Б. Спазма сосудов пораженного участка мозга
- В. Спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
- Г. Расширения «здоровых» сосудов неповрежденных отделов мозга**
- Д. Раскрытия артериовенозных анастомоз

11.14. Для I стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие:

- А. Гипокоагуляции**
- Б. Гиперкоагуляции
- В. Внутрисосудистой агрегации форменных элементов
- Г. Блокады микроциркуляции

11.15. Для тромбоза мозговых сосудов характерно:

- А. Наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
- Б. Наличие симптомов предвестников
- В. Постепенное формирование очаговой симптоматики**
- Г. Малая выраженность общемозговой симптоматики
- Д. Отсутствия смещения М-эха

11.16. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

- А. Противорвотные
- Б. Глюкокортикоиды
- В. Антихолинергические**
- Г. Транквилизаторы
- Д. Антигистаминные
- Е. Анальгетики

11.17. Для инсульта, развивающегося по механизму сосудистой мозговой недостаточности не характерно наличие:

**А. Высокого артериального давления**

Б. Низкого артериального давления

В. Ортостатических эпизодов в анамнезе

Г. Острой сердечной недостаточности

11.18. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:

**А. Триптаны**

Б. Сосудорасширяющие

В. Антигистаминовые

Г. Антисеротониновые

Д. Противосудорожные

11.19. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:

А. Анурии

Б. Сердечной недостаточности

В. Артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.

Г. Артериального давления выше 200/100 мм рт.ст.

**Д. Гематокрита 42%**

11.20. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае:

А. Молодого возраста больного

**Б. Продолжительности закупорки менее 6 ч**

В. Отсутствия анурии

Г. Геморрагического синдрома

Д. Артериального давления ниже 200/100 мм рт.ст.

11.21. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:

**А. Ревматизма**

Б. Артериального давления выше 200/100 мм рт.ст.

В. Заболеваний печени

Г. Язвенной болезни желудка

Д. Тромбоцитопатии

11.22. Для мигренозного статуса не характерны:

А. Серия тяжелых, следующих друг за другом приступов

Б. Повторная многократная рвота

**В. Тонико-клонические судороги**

Г. Повышение внутричерепного давления

Д. Признаки раздражения оболочек мозга

11.23. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является:

А. Хлорид кальция и викасол

Б. Эпсилон-аминокапроновая кислота

- В. Гепарин с антитромбином
- Г. Гепарин с замороженной плазмой
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г**

11.24. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой черепно-мозговой травме целесообразно назначить:

- А. Адреналин
- Б. Норадреналин
- В. Мезатон
- Г. Дофамин**
- Д. Эфедрин

11.25. Для гипертонического кровоизлияния в мозг не характерно наличие:

- А. Сдавления и разрушения вещества мозга излившейся кровью
- Б. Вазопареза в области кровоизлияния
- В. Смещение ствола головного мозга
- Г. Закупорки артерий основания мозга**
- Д. Отека вещества мозга

11.26. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является:

- А. Утрата сознания
- Б. Кровянистый ликвор**
- В. Смещение срединного эхо-сигнала
- Г. Контралатеральный гемипарез
- Д. Все перечисленное

11.27. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным:

- А. Поражение черепных нервов
- Б. Менингеальный синдром**
- В. Зрачковые расстройства
- Г. Двусторонние пирамидные симптомы

11.28. При кровоизлиянии в мозжечок наиболее часто наблюдается:

- А. Утрата сознания, гемипарез
- Б. Атаксия
- В. Глазодвигательные расстройства
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В**

11.29. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерен:

- А. Для тромботического инфаркта
- Б. Для нетромботического инфаркта
- В. Для геморрагического инфаркта
- Г. Для кровоизлияния в мозг
- Д. Ни для чего из перечисленного**

11.30. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается:

- А. Генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
- Б. Повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
- В. Повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
- Г. Повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей**

11.31. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является:

- А. Утрата сознания
- Б. Зрачковые расстройства
- В. Нистагм
- Г. Менингеальный синдром**
- Д. Двусторонние пирамидные патологические знаки

11.32. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:

- А. Мочевину
- Б. Стероиды
- В. Маннитол
- Г. Лазикс**

11.33. Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать:

- А. При утрате сознания и менингеальном синдроме
- Б. При застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов**
- В. При артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

11.34. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять:

- А. Анальгетики
- Б. Антифибринолитики**
- В. Дегидратирующие препараты
- Г. Спазмолитики
- Д. Антигипертензивные средства

11.35. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно мозговой травме, назначают:

- А. Седуксен
- Б. Аминазин
- В. Гексенал
- Г. Галоперидол
- Д. Любой из перечисленных препаратов**

11.36. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар является:

- А. Утрата сознания
- Б. Рвота
- В. Психомоторное возбуждение
- Г. Инфаркт миокарда
- Д. Отек легких**

11.37. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня:

- А. Хлорид кальция и викасол
- Б. Фибринолизин и гепарин
- В. Эпсилон-аминокапроновую кислоту
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В**

11.38. Для разрыва аневризмы конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме:

- А. Утраты сознания**
- Б. Головной боли
- В. Очаговых неврологических симптомов
- Г. Менингеального синдрома

11.39. При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит:

- А. Истечение крови в цистерны основания мозга
- Б. Развитие менингеального синдрома
- В. Развитие асимметрической гидроцефалии
- Г. Развитие внутримозговой гематомы**
- Д. Утрата зрения и глазодвигательные расстройства

11.40. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния необходимы данные:

- А. Ангиографии
- Б. Реоэнцефалографии
- В. Ультразвуковой доплерографии
- Г. Компьютерной томографии**
- Д. Радионуклидной скинтиграфии

11.41. Для тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерно:

- А. Наличие общемозговых симптомов
- Б. Отек дисков зрительных нервов
- В. Изменчивость очаговых полушарных симптомов**
- Г. Менингеальный синдром
- Д. Субфебрилитет

11.42. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием:

- А. Общемозговых симптомов
- Б. Признаков застоя на глазном дне
- В. Признаков поражения ствола головного мозга**
- Г. Менингеального синдрома

11.43. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:

- А. а-токоферол и рутин
- Б. Фибринолизин и калликреин-депо
- В. Эпсилон-аминокапроновую кислоту
- Г. Гепарин и замороженную плазму**
- Д. Все перечисленное

11.44. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:

- А. Коррекции лактацидоза
- Б. Коррекции гиперкоагуляции
- В. Коррекции гиперагрегации
- Г. Торможения активации перекисного окисления липидов**
- Д. Торможения активации антифибринолитической системы

11.45. Для лечения нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного артериального давления не следует применять:

- А. р-Адреноблокаторы**
- Б. Антикоагулянты
- В. Антиагреганты
- Г. Препараты ксантинового ряда

11.46. Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны:

- А. Синдром внутричерепной гипертензии
- Б. Вялый парез рук и спастический парез ног**
- В. Синдром паралитического ишиаса
- Г. Недержание мочи и кала
- Д. Верно В и Г

11.47. Развитие синдрома Уотерхауса—Фридриксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для течения:

- А. Стафилококкового менингита
- Б. Пневмококкового менингита
- В. Менингита, вызванного вирусом Коксаки
- Г. Менингококкового менингита**
- Д. Лимфоцитарного хориоменингита

11.48. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяются:

- А. Оксолин**
- Б. Идоксуридин

- В. Метасазон
- Г. Ацикловир
- Д. Аденозин-арабинозид

11.49. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко—Крамера характерны:

- А. Боли в глазных яблоках
- Б. Светобоязнь
- В. Кохлеовестибулярные расстройства
- Г. Верно А и Б**
- Д. Все перечисленное

11.50. Наиболее эффективным при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является:

- А. Бензилпенициллин
- Б. Клиндамицин
- В. Эритромицин
- Г. Гентамицин**

11.51. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность:

- А. Лихорадки
- Б. Менингеального синдрома
- В. Гипертензионного синдрома**
- Г. Нарушения сознания
- Д. Светобоязнь

11.52. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять:

- А. Цефалексин (цепорекс)
- Б. Клиндамицин (далацин)
- В. Эритромицин (эритран)
- Г. Цефотаксим (клофоран)**

11.53. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

- А. Клиндамицин
- Б. Тетрациклин
- В. Эритромицин
- Г. Канамицин
- Д. Пенициллин**

11.54. Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном:

- А. Пневмококком
- Б. Вирусом паротита
- В. Клебсиеллой
- Г. Палочкой Афанасьева- Пфейффера
- Д. Стрептококком**

11.55. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном:

А. Палочкой Афанасьева-Пфейффера

**Б. Стафилококком**

В. Пневмококком

Г. Лептоспирами

11.56. Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является:

А. Кровотечение из уха

**Б. Ликворея из уха**

В. Кровянистый ликвор

Г. Верно А и Б

Д. Все перечисленное

11.57. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:

А. Асимметричной гидроцефалией

Б. Сдавлением моторной области

В. Ущемлением ствола в затылочном отверстии

**Г. Придавлением ножки мозга к мозжечковому намету**

Д. Верно А и Б

11.58. Для острого очагового поперечного миелита на нижнегрудном уровне не характерно наличие:

А. Нижней параплегии

Б. Проводникового типа нарушения чувствительности

В. Нарушений функций тазовых органов

**Г. Блокады субарахноидального пространства**

11.59. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита применяют:

А. Нестероидные противовоспалительные средства

Б. Анаболические стероидные препараты

**В. Синтетические глюкокортикоиды**

Г. Эстрогенные стероидные препараты

Д. Эстрогенные нестероидные препараты

11.60. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после «малой болезни» и последующего латентного периода, характеризуется наличием:

А. Мидриаза

Б. Гиперсаливации

В. Усиления перистальтики кишечника

**Г. Миофибрилляций**

Д. Верно Б и Г

Е. Верно А и Б

11.61. Для холинергического криза не характерно наличие:

- А. Мидриаза**
- Б. Гиперсаливации
- В. Усиления перистальтики кишечника
- Г. Миофибрилляции
- Д. Верно Б и Г
- Е. Всего перечисленного

11.62. Подозрение на объемный процесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками:

- А. Нарастающей внутричерепной гипертензии
- Б. Очагового церебрального поражения
- В. Общемозговыми симптомами
- Г. Верно А и Б
- Д. Всеми перечисленными**

11.63. Вегетативные симптомы холинергического криза снимаются введением:

- А. Ганглиоблокаторов
- Б. Мышечных релаксантов
- В. Атропина**
- Г. Адреналина
- Д. Норадrenalина

11.64. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является:

- А. Массивное введение антибиотиков и дегидратирующих препаратов
- Б. Хирургическое удаление абсцесса**
- В. Промывание полости абсцесса диоксидином
- Г. Промывание полости абсцесса антибиотиками
- Д. Применение лучевой терапии в противовоспалительных дозах

11.65. Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают:

- А. Пароксизмы тахикардии
- Б. Колебания артериального давления
- В. Пароксизмы болей рвущего характера
- Г. Эпизоды профузной потливости и общей слабости
- Д. Все перечисленное

11.66. Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены:

- А. Корешковыми болями
- Б. Синдромом компрессии спинного мозга
- В. Утратой сознания
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

11.67. Дифференциальная диагностика острого гнойного эпидурита проводится:

- А. С экстрamedулярной опухолью
- Б. С менингомиелитом

- В. С заблокированным гнойным менингитом
- Г. С разрывом спинальной артериовенозной мальформации
- Д. Со всем перечисленным
- Е. Верно Б и В

11.68. Для острого некротического герпетического энцефалита характерно преимущественное поражение следующих образований головного мозга:

- А. Височных долей, лимбической области**
- Б. Лобных долей
- В. Теменных и затылочных долей
- Г. Мозжечка
- Д. Моста мозга, продолговатого мозга

11.69. Кома при менингоэнцефалите характеризуется следующими признаками, кроме:

- А. Наличия общеинфекционных симптомов
- Б. Менингеального синдрома
- В. Очаговых неврологических симптомов
- Г. Снижения уровня белка в ликворе**
- Д. Снижения уровня глюкозы в ликворе

11.70. Для прорыва абсцесса мозга в ликворные пути обязательны:

- А. Утрата сознания
- Б. Очаговая неврологическая симптоматика
- В. Симптомы поражения ствола мозга
- Г. Нейтрофильный состав крови
- Д. Плеоцитоз в ликворе**

11.71. Для гнойного эпидурита на грудном уровне наиболее характерна следующая триада симптомов:

- А. Головная боль, расстройство функции тазовых органов, боль между лопатками
- Б. Субфебрилитет, атаксия, нижний спастический парапарез
- В. Наличие гнойного очага в организме, корешковый синдром, синдром сдавления спинного мозга**
- Г. Плеоцитоз, симптом Кернинга, симптом Брудзинского

11.72. Тромбоз поперечного и сигмовидного синуса от тромбоза кавернозного синуса отличает:

- А. Расстройство сознания
- Б. Менингеальный синдром
- В. Поражение VII-XII черепных нервов**
- Г. Признаки застоя на глазном дне

11.73. При отравлении аминазином наблюдается:

- А. Снижение остроты зрения
- Б. Диплопия
- В. Парез взора вверх
- Г. Мидриаз

## Д. Миоз

11.74. При отравлении фосфорорганическими соединениями снижение артериального давления, брадикардия, сужение зрачков обусловлены:

- А. Повышением активности симпатической системы
- Б. Снижением активности симпатической системы
- В. Повышением активности парасимпатической системы**
- Г. Снижением активности парасимпатической системы

11.75. Для поражения ботулиническим токсином не характерны:

- А. Гастроэнтерит
- Б. Поражение блуждающего, диафрагмального, глазодвигательного нервов
- В. Сухость во рту
- Г. Диссоциация между тахикардией и невысокой температурой
- Д. Гиперсаливация**

11.76. Повышение гематокрита наиболее характерно для гипергликемической комы:

- А. Кетоацидотической
- Б. Гиперосмолярной**
- В. Лактацидотической
- Г. Всех перечисленных

11.77. Для острого полирадикулоневрита Гийена—Барре в сравнении с другими формами полирадикулоневритов более характерны:

- А. Вялые параличи дистальных отделов конечностей
- Б. Нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
- В. Нарушение дыхания
- Г. Белково-клеточная диссоциация в ликворе**
- Д. Менингеальный синдром

11.78. Для острого рассеянного энцефаломиелита не характерно развитие:

- А. Пирамидных нарушений
- Б. Расстройства глубокой чувствительности
- В. Вестибуло-мозжечковых расстройств
- Г. Экстрапирамидных нарушений**
- Д. Нарушения функции тазовых органов

11.79. Сопор в отличие от комы характеризуется:

- А. Сохранностью вербального контакта
- Б. Сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций**
- В. Отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
- Г. Отсутствием реакций на внешние раздражители

11.80. При миоплегическом статусе назначают:

- А. Антихолинэстеразные средства**
- Б. Антихолинергические средства
- В. Мышечные релаксанты

Г. Бензодиазепины

11.81. При тетаническом статусе не следует вводить:

А. Транквилизаторы

Б. Нейролептики

В. Антиконвульсанты

**Г. Антихолинэстеразные средства**

11.82. Для лечения холинергического криза не следует назначать:

**А. Антихолинэстеразные средства**

Б. Седативные средства

В. Кардиотоники

Г. Спазмолитики

Д. Периферические холинолитики

11.83. Миастенический криз не сопровождается:

А. Пароксизмальным усилением мышечной слабости

Б. Угнетением глотания

**В. Гиперсаливацией, брадикардией**

Г. Нарушением витальных функций

Д. Всем перечисленным

11.84. Холинергический криз сопровождается всем перечисленным, кроме:

А. Сужения зрачков, слюнотечения, тошноты, диареи, болей в животе

Б. Пароксизмальной мышечной слабости, гипотонии

В. Дрожания и фасцикулярных подергиваний, потливости

Г. Головной боли

**Д. Тахикардии**

11.85. Объем помощи на догоспитальном этапе в случае неотложного состояния ограничивается назначением средств, необходимых:

А. Для купирования нарушений сердечной деятельности

Б. Для купирования нарушений дыхания

**В. Для обеспечения безопасной транспортировки в стационар**

Г. Для снятия болевого синдрома

Д. Для прекращения рвоты

11.86. Для диагностики поврежденного спинного мозга при травме позвоночника необходимо провести:

А. Рентгенографию

Б. Компьютерную томографию

В. Магнитно-резонансную томографию

Г. Люмбальную пункцию

Д. Все перечисленное

**Е. Достаточно А и В**

11.87. Потребность в искусственной вентиляции легких может возникнуть при всех перечисленных неврологических заболеваниях, кроме:

**А. Пароксизмальных миоплегий**

Б. Полнейропатии Гийена—Барре

В. Бокового амиотрофического склероза

Г. Миастении

Д. Инфаркта каудального отдела продолговатого мозга

11.88. Показанием к осуществлению искусственной вентиляции легких в режиме умеренной гипервентиляции служит следующее кислотно-щелочное состояние:

А. Метаболический ацидоз

Б. Дыхательный алкалоз

В. Артериальная гипокапния

Г. Артериальная гиперкапния

**Д. Верно А и Г**

Е. Верно Б и В

11.89. Для коррекции метаболического ацидоза следует провести внутривенное капельное вливание:

А. Реополиглюкина

Б. Гемодеза

**В. Гидрокарбоната натрия**

Г. Альбумина

Д. Изотонического раствора хлорида натрия

11.90. Содержанием интенсивной терапии является все перечисленное, кроме:

**А. Восстановления утраченных жизненных функций**

Б. Коррекции нарушения сердечной деятельности

В. Коррекции нарушений дыхания

Г. Восстановления нормального кислотно-щелочного состояния

Д. Все перечисленное

11.91. Решающую роль в эффективности интенсивной терапии играет введение лекарств:

А. Способом, соответствующим особенностям фармакокинетики

Б. Обязательно в кровеносное русло

**В. Отвечающих требуемым особенностями фармакодинамики**

Г. Длительно циркулирующих в крови

Д. Быстро выделяющихся из организма

11.92. При тиреотоксическом кризе не наблюдается:

А. Подъем температуры

Б. Повышение артериального давления, тахикардия

В. Жажда

Г. Делирий

**Д. Судорожные подергивания**

11.93. Для поражения нервной системы при острой перемежающейся порфирии не характерны:

- А. Бульбарный синдром
- Б. Изменение психики
- В. Полиневропатия
- Г. Пирамидный гемипарез**
- Д. Эпилептиформные припадки

11.94. Острый полирадикулоневрит типа Ландри от других острых полирадикулоневритов отличают:

- А. Вялые параличи дистальных отделов конечностей
- Б. Сухожильная арефлексия
- В. Нарушение дыхания
- Г. Нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
- Д. Восходящий тип последовательности появления неврологических симптомов**

11.95. При катаплексии не наблюдается:

- А. Потеря мышечного тонуса во всех конечностях
- Б. Потеря сознания**
- В. Выпадение сухожильных рефлексов
- Г. Выпадение кожных рефлексов
- Д. Возникновение пароксизма после эмоциональной реакции

11.96. При вегетативном пароксизме обычно нет:

- А. Одышки
- Б. Тахикардии
- В. Головной боли
- Г. Гипогликемии**

11.97. Для вегетативного пароксизма характерно все перечисленное, кроме:

- А. Тахикардии
- Б. Ознобного дрожания
- В. Олигурии**
- Г. Мидриаза
- Д. Страх, тревоги

11.98. Для вегетативного пароксизма характерно все перечисленное, кроме:

- А. Желудочно-кишечной дискинезии
- Б. Головокружения
- В. Спутанности сознания**
- Г. Полиурии
- Д. Затруднения дыхания

11.99. Интенсивная терапия для коррекции кислотно-щелочного состояния требуется, если рН составляет:

- А. 7,6
- Б. 7,14

**В. 6,87**

Г. 7,35

11.100. При острых панкреатитах и панкреонекрозе наиболее часто наблюдается синдром:

А. Невротический

Б. Энцефаломиелопатии

В. Полинейропатии

Г. Менингеальный

**Д. Верно Б и Г**

11.101. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны клинические проявления в виде:

А. Падения артериального давления

Б. Подъема артериального давления

В. Адинамии, прогрессирующей утраты сознания

Г. Острого психотического синдрома

**Д. Верно А и В**

Е. Верно Б и Г

11.102. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности включает введение:

А. Глюкокортикоидов

Б. АКТГ

В. Кардиотонических препаратов

Г. Дегидратирующих средств

**Д. Верно А и В**

Е. Верно Б и Г

11.103. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуется:

А. Анизокорией

Б. Сужением

**В. Расширением**

Г. Ничем из перечисленного

11.104. К бессудорожным формам эпилептического статуса относят все следующие пароксизмальные проявления, за исключением:

**А. Миоклонического**

Б. «Пикволнового ступора»

В. Состояния спутанности

Г. Сумеречного состояния

11.105. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является:

А. Бережная иммобилизация головы

Б. Иммобилизация конечностей

**В. Введение воздуховода в ротоглотку**

Г. Ингаляционный наркоз с закисью азота

11.106. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов служат проявлением передозировки:

- А. Атропина**
- Б. Прозерина
- В. Ацетилхолина
- Г. Пилокарпина
- Д. Галантамина

11.107. Для изменений диска зрительного нерва при остром неврите характерны:

- А. Ступенчатость границ
- Б. Гиперемия
- В. Побледнение
- Г. Верно А и Б**
- Д. Верно Б и В

11.108. Приступ гипокалиемического периодического паралича обычно возникает:

- А. Во время тяжелой физической нагрузки
- Б. Сразу после тяжелой физической нагрузки
- В. В состоянии полного покоя днем
- Г. Во время ночного сна**
- Д. Во всех перечисленных состояниях

11.109. Приступ гиперкалиемического и нормокалиемического периодического паралича возникает:

- А. Во время тяжелой физической нагрузки
- Б. Во время отдыха после физической нагрузки
- В. В состоянии покоя днем
- Г. Во время ночного сна
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

11.110. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:

- А. При люмбальной пункции
- Б. При ангиографии
- В. При компьютерной томографии
- Г. При всех перечисленных методах
- Д. Верно А и В**

## Раздел 12. Психоневрология, соматоневрология

12.1. Особенностью проявлений различных синдромов поражения нервной системы при заболеваниях печени является:

- А. Острое начало и молниеносное течение

- Б. Острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы
- В. Постепенное начало заболевания с неуклонно прогрессирующим течением
- Г. Острое или постепенное начало с последующим ремитирующим течением**
- Д. Острое начало и практически полное выздоровление без рецидивов

12.2. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются:

- А. Экстрапирамидные нарушения
- Б. Миелопатия
- В. Неврастенический синдром**
- Г. Полиневропатия

12.3. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается:

- А. Энцефалопатия**
- Б. Миелопатия
- В. Полирадикулоневропатия
- Г. Множественная невропатия

12.4. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени развиваются:

- А. Деменция
- Б. Атаксия
- В. Хореоатетоидный гиперкинез
- Г. Дизартрия
- Д. Все перечисленное**
- Е. Верно Б и В

12.5. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии (на фоне портальной гипертензии) является:

- А. Повышение уровня церулоплазмينا в крови
- Б. Повышение выведения меди мочой
- В. Повышение концентрации аммиака в крови**
- Г. Понижение концентрации аммиака в крови
- Д. Верно А и Б

12.6. При лечении печеночной энцефалопатии, возникшей на фоне портальной гипертензии (портосистемная форма) средствами выбора являются:

- А. Глюкокортикоидные препараты
- Б. Ограничение введения белка с пищей
- В. Неадсорбируемые антибиотики
- Г. Экстракорпоральная гемосорбция
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

12.7. Основным причинным фактором развития полиневропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта является дефицит:

- А. Белка
- Б. Жиров

- В. Углеводов
- Г. Витаминов В1 и В12
- Д. Верно А и Г**
- Е. Все перечисленное

12.8. Наиболее частыми проявлениями полиневропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта являются:

- А. Двигательные нарушения
- Б. Чувствительные нарушения
- В. Вегетативно-трофические нарушения
- Г. Все перечисленные
- Д. Верно Б и В**

12.9. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно:

- А. Сенситивная атаксия
- Б. Пирамидная недостаточность
- В. Вялые парезы ног
- Г. Полиневропатия
- Д. Все перечисленное
- Е. Все перечисленное, кроме В**

12.10. Развитие фуникулярного миелоза обусловлено нарушением метаболизма:

- А. Витамина В12**
- Б. Витамина В1
- В. Фолиевой кислоты
- Г. Всего перечисленного

12.11. Наиболее частые клинические проявления фуникулярного миелоза:

- А. мозжечковая атаксия
- Б. Сенситивная атаксия
- В. Нижний спастический парапарез
- Г. Нижний вялый парапарез
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

12.12. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов:

- А. Парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей**
- Б. Офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функции тазовых органов
- В. Нарушение глубокой чувствительности, расстройства функции сфинктеров, вялый парез нижних конечностей
- Г. Корсаковский синдром, сенсорная и моторная полиневропатия
- Д. Все перечисленное неверно

12.13. Для заболеваний почек с симптомами хронической почечной недостаточности наиболее характерны следующие синдромы поражения нервной системы:

- А. Сенсомоторная полинейропатия

- Б. Хроническая уремиическая энцефалопатия
- В. Уремиическая кома
- Г. Острое нарушение мозгового кровообращения
- Д. Верно А и Б**
- Е. Верно В и Г

12.14 При лечении печеночной энцефалопатии без портальной гипертензии средствами выбора являются:

- А. Неадсорбируемые антибиотики
- Б. Кортикостероидные препараты
- В. Экстракорпоральная гемосорбция
- Г. Ограничение потребления белка
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

12.15. Для хронической уремии характерны:

- А. Компрессия локтевого нерва
- Б. Компрессия малоберцового нерва
- В. Сенсомоторная полиневропатия
- Г. Миопатия
- Д. Верно А, Б и В
- Е. Верно В и Г**

12.16. Наибольшая эффективность патогенетического и симптоматического лечения неврологических осложнений хронической почечной недостаточности обеспечивается:

- А. При гемодиализе
- Б. При пересадке почки
- В. При компенсации метаболического ацидоза
- Г. При непрерывной гипотензивной терапии
- Д. Верно А и Б**
- Е. Верно В и Г

12.17. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием:

- А. Ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
- Б. Гипоксической гипоксии**
- В. Анемической гипоксии
- Г. Метаболической гипоксии
- Д. Комбинированной гипоксии

12.18. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием:

- А. Ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
- Б. Гипоксической гипоксии
- В. Анемической гипоксии
- Г. Комбинированной гипоксии**

12.19. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:

- А. Полиневропатия
- Б. Миелопатия
- В. Энцефалопатия
- Г. Менингит**
- Д. Все перечисленное

12.20. При хронических заболеваниях бронхов и легких, осложненных эмфиземой, наиболее характерны явления энцефалопатии:

- А. С преобладанием очаговой симптоматики
- Б. С преобладанием общемозговой симптоматики
- В. С повышением внутричерепного давления и затруднением венозного оттока
- Г. С преобладанием мозжечковой симптоматики
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

12.21. При острой метаболической энцефалопатии может наблюдаться:

- А. Астериксис
- Б. Тремор
- В. Миоклонический гиперкинез
- Г. Все перечисленное**
- Д. Верно Б и В

12.22. При пернициозной анемии:

- А. Гематологические и неврологические симптомы проявляются одновременно
- Б. Гематологические симптомы предшествуют неврологическим
- В. Неврологические симптомы предшествуют гематологическим
- Г. Верно все перечисленное**

12.23. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие:

- А. Тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами
- Б. Тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС**
- В. Метаболической аноксии
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно А и В

12.24. При эритремии наиболее частым неврологическим осложнением является:

- А. Полиневропатия
- Б. Дисциркуляторная энцефалопатия
- В. Субарахноидальное кровоизлияние
- Г. Нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно Б и Г**

12.25. Основными причинами, вызывающими поражение нервной системы при лейкозах, являются:

- А. Компрессия нервной ткани лейкоэмическими инфильтратами
- Б. Анемическая гипоксия
- В. Дсциркуляторная гипоксия
- Г. Геморрагические экстравазаты
- Д. Все перечисленное**

12.26. При острых лейкозах частовстречаются неврологические синдромы в виде:

- А. Полиневропатии
- Б. Невралгии краниальных нервов
- В. Паренхиматозного кровоизлияния
- Г. Субарахноидального кровоизлияния
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г**

12.27. Одним из основных клинических проявлений миеломной болезни является болевой синдром в виде:

- А. Артралгии
- Б. Оссалгии
- В. Радикулалгии
- Г. Миалгии
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

12.28. Патогенез поражений нервной системы при миеломной болезни в основном связан:

- А. С гиперпарапротеинемией
- Б. С компрессией мозга и периферических нервов костной тканью
- В. С тромбозом сосудов головного и спинного мозга
- Г. С геморрагическим диатезом
- Д. Со всем перечисленным
- Е. Верно А и В**

12.29. Поражение нервной системы при лимфогранулематозе происходит в результате:

- А. Нарушения гемоциркуляции
- Б. Компрессии нервов гранулематозной тканью
- В. Разрастания гранулем в веществе мозга
- Г. Всего перечисленного
- Д. Верно Б и В**

12.30. Наиболее частыми неврологическими осложнениями лимфогрануломатоза являются:

- А. Компрессия периферических нервов
- Б. Компрессия черепных нервов
- В. Субарахноидальное кровоизлияние
- Г. Паренхиматозное кровоизлияние в мозг
- Д. Верно А и Б**
- Е. Верно В и Г

12.31. Для тиреотоксической миопатии наиболее характерным является:

- А. Поражение верхних конечностей и плечевого пояса
- Б. Поражение нижних конечностей и нижних отделов туловища
- В. Неуклонное прогрессирование мышечной слабости
- Г. Ремиттирующее течение двигательного дефекта
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г**

12.32. Двигательные нарушения при гипотиреозе обусловлены:

- А. Миопатией
- Б. Миастенией
- В. Полиневропатий
- Г. Пароксизмальной миоплегией
- Д. Верно А и В**
- Е. Всем перечисленным

12.33. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является:

- А. Гиперкальциемия
- Б. Гипокальциемия**
- В. Гипернатриемия
- Г. Гипонатриемия
- Д. Гиперкалиемия
- Е. Гипокалиемия

12.34. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром:

- А. Тетании**
- Б. Миастении
- В. Миопатии
- Г. Все перечисленное
- Д. Верно А и Б

12.35. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах в основном связано:

- А. С нарушением эндокринных функций
- Б. С нарушением экзокринных функций**
- В. С алиментарным дефицитом
- Г. С гиперпротеинемией

12.36. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром:

- А. Энцефалопатии
- Б. Невротический**
- В. Психотический
- Г. Полинейропатии
- Д. Судорожный

12.37. При острых панкреатитах и панкреонекрозе наиболее часто наблюдается синдром:

- А. Невротический
- Б. Энцефалопатии
- В. Полиневропатии

Г. Менингеальный

**Д. Верно Б и Г**

12.38. Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является:

А. Энцефалопатия

Б. Миелопатия

**В. Полиневропатия**

Г. Судорожный синдром

Д. Все перечисленное

12.39. Сопутствующими симптомами гипогликемической комы являются:

А. Сухость кожных покровов

Б. Влажность кожных покровов

В. Снижение артериального давления

Г. Повышение артериального давления

**Д. Верно Б и В**

Е. Верно А и Г

12.40. Для лечения хронической надпочечниковой недостаточности применяется:

А. Курсовая терапия глюкокортикоидами

**Б. Постоянная терапия глюкокортикоидами**

В. Курсовая терапия АКТГ

Г. Постоянная терапия АКТГ

Д. Верно А и В

Е. Верно Б и Г

12.41. Синдром Иценко—Кушинга (гиперкортицизм) развивается при наличии:

А. Избытка глюкокортикостероидов

Б. Избытка альдостерона

В. Инсулиномы

Г. Длительной глюкокортикоидной терапии

**Д. Верно А и Г**

Е. Всего перечисленного

12.42. Клинические проявления синдрома Иценко—Кушинга (гиперкортицизма) характеризуются:

А. Похуданием

Б. Ожирением

В. Гипергликемией

Г. Гипогликемией

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

12.43. Наиболее частым неврологическим осложнением, развивающимся при синдроме Иценко—Кушинга (гиперкортицизме), является:

А. Деменция

- Б. Полиневропатия
- В. Судорожный синдром
- Г. Миопатия**
- Д. Синдром внутричерепной гипертензии

12.44. Для диабетической полиневропатии характерно:

- А. Симметричность поражения
- Б. Преимущественное поражение нервов верхних конечностей
- В. Преимущественное поражение нервов нижних конечностей
- Г. Преимущественное поражение черепных нервов
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и В**

12.45. Непосредственной причиной развития клинической картины острой надпочечниковой недостаточности может быть:

- А. Психострессорный фактор
- Б. Поражение коры надпочечников различной этиологии
- В. Недостаточная доза глюкокортикоидов при заместительной терапии
- Г. Верно Б и В
- Д. Все перечисленное**

12.46. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны клинические проявления в виде:

- А. Падения артериального давления
- Б. Подъема артериального давления
- В. Адинамии, прогрессирующей утраты сознания
- Г. Острого психотического синдрома
- Д. Верно А и В**
- Е. Верно Б и Г

12.47. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности включает введение:

- А. Глюкокортикоидов
- Б. АКТГ
- В. Кардиотонических препаратов
- Г. Дегидратирующих средств
- Д. Верно А и В**
- Е. Верно Б и Г

12.48. Диабетическая полиневропатия развивается:

- А. При адекватной терапии сахарного диабета
- Б. При большой длительности заболевания**
- В. При высокой степени гипергликемии
- Г. При наличии кетоацидоза
- Д. Верно Б и В

12.49. Наиболее характерными клиническими признаками первичного альдостеронизма (синдром Конна) являются:

- А. Симптоматическая артериальная гипертензия
- Б. Мышечная слабость
- В. Приступы локальной и генерализованной тетании
- Г. Приступы пароксизмальной миоплегии
- Д. Все перечисленные
- Е. Верно А и Г**

12.50. При сахарном диабете наиболее часто развивается невропатия следующих черепных нервов:

- А. III, IV, VI, VII**
- Б. VII, XI, XII
- В. X, XI, XII
- Г. IX, X

12.51. При диабетической полиневропатии преобладают:

- А. Двигательные нарушения
- Б. Вегетативно-трофические нарушения
- В. Нарушения поверхностной чувствительности
- Г. Сенситивная атаксия
- Д. Верно А и Г
- Е. Верно Б и В**

12.52. Для патогенетической терапии диабетической полиневропатии применяют:

- А. Антихолинэстеразные препараты
- Б. Ингибиторы альдоредуктазы
- В. Препараты альфа-липоевой кислоты
- Г. Глюкокортикоиды
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно Б и В**

12.53. По своему происхождению гипоксия при сердечной недостаточности является:

- А. Дыхательной
- Б. Циркуляторной**
- В. Гемической
- Г. Тканевой
- Д. Гипоксической

12.54. Эпиприпадки при алкоголизме могут наблюдаться при:

- А. Абстинентном синдроме
- Б. Дебюте энцефалопатии Гайе—Вернике
- В. Дебюте делирия
- Г. Верно все перечисленное**
- Д. Верно А и Б

12.55. При алкогольной энцефалопатии возможно преимущественное поражение:

- А. Моста мозга
- Б. Мозолистого тела

- В. Мозжечка
- Г. Зрительных нервов
- Д. Верно все перечисленное**
- Е. Верно В и Г

12.56. Для алкогольной полиневропатии характерно наличие:

- А. Сухожильной гипо- или арефлексии
- Б. Нарушения глубокой чувствительности
- В. Преимущественное поражение ног
- Г. Верно все перечисленное
- Д. Верно А и В**

12.57. Алкогольная полиневропатия связана с:

- А. Дефицитом витаминов группы В
- Б. Непосредственным токсическим воздействием метаболитов этанола
- В. Поражением печени
- Г. Верно все перечисленное
- Д. Верно А и Б**

12.58. Наиболее частым соматическим осложнением хронического алкоголизма является:

- А. Гастрит**
- Б. Язвенная болезнь желудка
- В. Энтероколит
- Г. Гепатит
- Д. Цирроз печени

12.59. Для алкогольной энцефалопатии Гайе—Вернике характерно наличие:

- А. Глазодвигательных нарушений
- Б. Децеребрационной ригидности
- В. Сухожильной арефлексии
- Г. Спутанности сознания
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и Б**

12.60. Корсаковский синдром проявляется следующими симптомами:

- А. Амнезией
- Б. Конфабуляциями
- В. Дезориентированностью
- Г. Бредовыми идеями
- Д. Верно А, Б и В**
- Е. Верно А, В и Г

12.61. Наиболее частым побочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических дозах, является:

- А. Угнетение всех фаз дыхательной деятельности
- Б. Тахикардия
- В. Снижение артериального давления

**Г. Тошнота и рвота**

Д. Затруднение мочеиспускания

12.62. Морфинная абстиненция характеризуется следующими психическими симптомами:

А. Беспокойство

Б. Тревогой

В. Слезливостью

Г. Депрессией

**Д. Верно А и Б**

Е. Верно В и Г

12.63. Вегетативные проявления морфинной абстиненции включают следующие симптомы:

А. Повышение артериального давления

Б. Снижение температуры тела

В. Кишечные дискинезии

Г. Слезотечение и насморк

Д. Верно все перечисленное

**Е. Верно А, В и Г**

12.64. Длительное злоупотребление продуктами индийской конопли (гашиш, марихуана, маконха, дага, анаша) приводит:

А. К полиневропатии

Б. К тикам

В. К хореоатетозу

**Г. К деменции**

Д. К судорожным припадкам

12.65. Соматовегетативные нарушения при отравлении продуктами индийской конопли проявляются:

А. Артериальной гипертензией и брадикардией

Б. Артериальной гипотензией и тахикардией

В. Повышением сухожильных рефлексов

Г. Снижением сухожильных рефлексов

Д. Верно А и Г

**Е. Верно Б и В**

12.66. Снижение полового влечения наиболее часто наблюдается при следующих формах неврозов:

А. Неврастении

Б. Неврозе навязчивых состояний

В. Истерии

Г. Невротической депрессии

Д. Всех перечисленных

**Е. Верно Б и Г**

12.67. Симптомокомплекс тревожного ожидания неудачи наиболее характерен для следующей формы невроза:

- А. Неврастении
- Б. Невроза навязчивых состояний**
- В. Истории
- Г. Невротической депрессии

12.68. Психогенные припадки наблюдаются при следующих формах неврозов:

- А. Неврастении
- Б. Неврозе навязчивых состояний
- В. Невротической депрессии
- Г. Истории**

12.69. При лечении невроза с синдромом тревоги и депрессии следует выбрать антидепрессант с выраженным седативным действием:

- А. Амитриптилин**
- Б. Нортриптилин
- В. Нуредаль
- Г. Инказан

12.70. У лиц с тревожно-мнительными чертами характера наиболее часто развивается следующая клиническая форма невроза:

- А. Неврастения
- Б. Невроз навязчивых состояний**
- В. Истерия
- Г. Невротическая депрессия

12.71. При лечении невроза с выраженными вегетативными расстройствами следует выбрать следующие средства:

- А. Пропранолол (анаприлин)
- Б. Галоперидол
- В. Седуксен (реланиум)
- Г. Сиднокарб
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и В**

12.72. С целью купирования демонстративного припадка следует выбрать следующие психотропные средства:

- А. Седуксен (реланиум)**
- Б. Аминазин
- В. Галоперидол
- Г. Амитриптилин
- Д. Нуредаль

12.73. При диагностике невроза следует руководствоваться наличием:

- А. Психотравмирующей ситуации
- Б. Особенности структуры личности больного**
- В. Психического конфликта
- Г. Особенности клинического симптомокомплекса

- Д. Верно В и Г
- Е. Всего перечисленного

12.74. Патофизиологической основой невроза является дисфункция:

- А. Коры лобной доли доминантного полушария
- Б. Коры височной доли правого полушария у правши
- В. Лимбико-ретикулярного комплекса**
- Г. Всего перечисленного

12.75. Основной причиной неполноценности психологической защиты при неврозе является:

- А. Неразрешимый психоэмоциональный конфликт
- Б. Хроническое соматическое заболевание
- В. Наследственно-конституциональные особенности личности
- Г. Дефектность системы психологических установок
- Д. Верно А и Б
- Е. Верно В и Г**

12.76. Для фармакотерапии невротической импотенции, вызванной ситуационными моментами с последующей фиксацией, следует выбрать:

- А. Триоксазин
- Б. Персен
- В. Хлордиазепоксид (элениум)
- Г. Диазепам (седуксен)
- Д. Верно А и Б**
- Е. Верно В и Г

12.77. Гипнотерапия имеет преимущественное значение при лечении следующих форм неврозов:

- А. Неврастении
- Б. Невроза навязчивых состояний
- В. Истории**
- Г. Невротической депрессии

12.78. Рациональная психотерапия особенно эффективна при лечении следующих форм неврозов:

- А. Неврастении**
- Б. Невроза навязчивых состояний
- В. Истории
- Г. Невротической депрессии

12.79. Ложные параличи и парезы наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов:

- А. Неврастении
- Б. Истории**
- В. Неврозе навязчивых состояний
- Г. Невротической депрессии

12.80. Нарушение засыпания является наиболее частой формой диссомнических расстройств при следующих неврозах:

**А. Неврастении**

Б. Неврозе навязчивых состояний

В. Истерии

Г. Невротической депрессии

12.81. Условием формирования патогенетического звена (психического конфликта) невроза являются:

А. Завышенные претензии личности

Б. Противоречие между желанием и долгом

В. Противоречие между завышенными запросами личности и ее реальными возможностями

Г. Неудовлетворенность в социальном и личном самоутверждении

Д. Верно В и Г

**Е. Все перечисленное**

12.82. Главной задачей психотерапии при неврозе является:

А. Снятие тревоги и страха

Б. Формирование адекватных установок у личности

В. Коррекция социального и межличностного поведения больного

**Г. Дезактуализация психоэмоционального конфликта**

12.83. Характерологическая черта, отражающая стремление быть предметом внимания окружающих, является типичным признаком личности при следующей форме невроза:

А. Неврастении

**Б. Истерии**

В. Неврозе навязчивых состояний

Г. Невротической депрессии

12.84. Изменение поведения, включающее выраженные проявления иждивенческих установок личности, является характерным признаком следующей формы невроза:

А. Неврастении

Б. Истерии

В. Невроза навязчивых состояний

**Г. Невротической депрессии**

12.85. Принципиальным отличием неврозоподобных состояний при соматических заболеваниях от собственно невроза то, что они возникают:

А. После психоэмоциональных переживаний

**Б. При отсутствии преморбидных изменений личности**

В. У лиц пожилого возраста

Г. При определенной тяжести соматического заболевания

12.86. К традиционным клиническим формам неврозов относятся:

А. Неврастения

Б. Депрессия

В. Невроз навязчивых состояний

- Г. Истерия
- Д. Верно А, Б, В
- Е. Верно А, В, Г**

12.87. Основным патофизиологическим фактором головной боли при неврозах является:

- А. Дистония краниocereбральных сосудов
- Б. Патологическое мышечное напряжения**
- В. Невралгии черепных нервов

12.88. Имитацию органических неврологических симптомов наблюдают:

- А. При неврастении
- Б. При депрессии
- В. При неврозе навязчивых состояний
- Г. При истерии**

12.89. Психозы отличаются от неврозов наличием:

- А. Психастенического симптомокомплекса
- Б. Психотических проявлений**
- В. Психоэмоциональной лабильности
- Г. Дефекта психологической защиты

12.90. Психопатия отличается от невроза:

- А. Имитацией органических неврологических симптомов
- Б. Пароксизмами психоэмоциональных срывов
- В. Выраженной сопутствующей вегетативной дисфункцией
- Г. Отсутствием сознания болезни**

12.91. Полиморфные сенестопатии наиболее часто наблюдается:

- А. При астеническом синдроме
- Б. При синдроме навязчивых состояний
- В. При ипохондрическом синдроме**
- Г. При депрессии

12.92. Наиболее часто неоправданным хирургическим вмешательством подвергаются больные со следующими формами неврозов:

- А. Неврастении
- Б. Невротической депрессии**
- В. Невроза навязчивых состояний
- Г. Истерии

12.93. Из противоэпилептических средств активацию церебральных тормозных систем и торможение спинальных возбуждающих систем наиболее эффективно вызывают:

- А. Карбамазепин**
- Б. Вальпроат натрия
- В. Этосуксимид
- Г. Верно А и Б
- Д. Верно Б и В

12.94. Из противоэпилептических средств в одинаковой степени угнетают как тормозные, так и возбуждающие системы ретикулярной формации ствола:

А. Карбамазепин

**Б. Вальпроат натрия**

В. Этосуксимид

Г. Фенитоин

Д. Триметадион (триметин)

12.95. К средствам, повышающим эффективность противоэпилептических препаратов, относятся:

А. а-токоферол

Б. Антихолинэстеразные препараты

В. Дофаминергические препараты

Г. Верно все перечисленное

Д. Верно А и Б

**Е. Верно А и В**

12.96. Концентрация противоэпилептических препаратов —фенобарбитала, фенитоина и карбамазепина повышается при назначении:

А. Эритромицина

Б. Хлорамфеникола

В. Изониазида

Г. Циметидина

Д. Верно А и Б

**Е. Все перечисленное**

12.97. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

**А. Типом припадка**

Б. Формой эпилепсии

В. Частотой приступов

Г. Особенности ЭЭГ

12.98. Среди следующих противоэпилептических препаратов в меньшей степени угнетают корковые функции:

**А. Карбамазепин**

Б. Фенобарбитал

В. Бензонал

Г. Гексамидин

12.99. Наибольшее значение в определении эффективности фармакотерапии эпилепсии имеет изменение:

А. Частоты приступов

Б. Типа приступов

В. Особенности ЭЭГ

Г. Верно все перечисленное

**Д. Верно А и Б**

Е. Верно А и В

12.100. При частых припадках первичного генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить:

А. Максимальную дозу одного выбранного препарата и снижать ее постепенно

**Б. Минимальную дозу выбранного препарата и повышать ее постепенно**

В. Сочетание минимальные доз двух или трех основных противоэпилептических средств

Г. Сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств

12.101. Применение карбамазепина противопоказано при следующих типах эпилептических припадков:

А. Простых парциальных

**Б. Абсансах**

В. Генерализованных судорожных

Г. Атонических

Д. Ничего из перечисленного неверно

12.102. Ламотриджин показан при следующих типах эпилептических припадков:

А. Парциальных

Б. Абсансах

В. Генерализованных судорожных

Г. Миоклонических

**Д. Всех перечисленных**

12.103. При сочетании абсансов и генерализованных судорожных припадков препаратом выбора является:

А. Фенобарбитал

Б. Дифенин

В. Карбамазепин

**Г. Вальпроат натрия**

Д. Клоназепам

12.104. При возникновении приступов эпилепсии во время сна средством первой очереди является:

**А. Карбомазепин**

Б. Гексамидин

В. Вальпроевая кислота

Г. Фенобарбитал

12.105. Для предупреждения тератогенного эффекта больным, принимающим во время беременности противоэпилептические средства, следует назначить:

А. Витамин В1

Б. Витамин В6

**В. Фолиевую кислоту**

Г. Аскорбиновую кислоту

Д. Все перечисленное

12.106. Наиболее частой причиной эпилептического статуса является:

А. Алкогольная абстиненция

**Б. Внезапное прекращение приема противосудорожных средств**

В. Инсульты

Г. Инфекции ЦНС

Д. Метаболические расстройства

12.107. Тяжелую анемию при длительном лечении эпилепсии высокими дозами вызывают:

А. Вальпроат натрия

Б. Этосуксимид

**В. Карбамазепин**

Г. Дифенин

12.108. Бессудорожная форма эпилептического статуса может проявляться:

А. Психомоторным возбуждением

Б. Состоянием спутанности

В. Сумеречным состоянием

Г. Верно А и Б

**Д. Верно Б и В**

Е. Верно все перечисленное

12.109. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является:

А. Бережная иммобилизация головы

Б. Иммобилизация конечностей

**В. Введение воздуховода в ротоглотку**

Г. Дача ингаляционного наркоза с закисью азота

12.110. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену:

А. Маннитола

**Б. Диазепама**

В. Тиопентала натрия

Г. Гексанала

12.111. В случае острого эпилептического психоза средством первой очереди являются:

А. Седативные

Б. Транквилизаторы

**В. Нейролептики**

Г. Антидепрессанты

12.112. Вопрос о прекращении лечения противосудорожными средствами можно рассматривать в случае, если припадков не было по меньшей мере:

А. 1—2 года

Б. 1 год

В. 1,5 года

- Г. 2 года
- Д. 3 года**

12.113. Основным нейрофизиологическим механизмом патогенеза эпилепсии является формирование очага:

- А. Стимуляции активирующей восходящей системы
- Б. Сниженного порога возбудимости в коре
- В. Генерации гиперсинхронных разрядов
- Г. Недостаточной активности в антиэпилептических подкорковых структурах
- Д. Все перечисленное**

12.114. Анатомическими структурами, через которые реализуется распространение патологической электрической активности при генерализации эпилептического приступа, являются:

- А. Ретикулярная формация межучного мозга
- Б. Ретикулярная формация продолговатого мозга
- В. Комиссуральные нейрональные системы мозолистого тела
- Г. Все перечисленные**
- Д. Верно А и В

12.115. Важнейшим нейрофизиологическим свойством эпилептического очага является способность:

- А. Генерировать гиперсинхронный разряд электрической активности
- Б. Навязывать ритм своей активности другим отделам мозга
- В. Путем генерализации гиперсинхронных импульсов генерировать вторичные и третичные очаги
- Г. Все перечисленное**
- Д. Верно А и В

12.116. Для выявления нарушений электрической активности мозга при эпилепсии применяют:

- А. Классическую электроэнцефалографию**
- Б. Компрессионно-спектральный метод регистрации ЭЭГ (с преобразованием по Берг—Фурье)
- В. Исследование зрительных вызванных потенциалов
- Г. Исследование слуховых вызванных потенциалов
- Д. Все перечисленное
- Е. Верно А и Б

12.117. При достижении стойкого клинического эффекта в лечении эпилепсии постепенную отмену противоэпилептического препарата следует проводить в течение:

- А. 1 мес.
- Б. 3 мес.
- В. 6 мес.
- Г. 1 года**
- Д. 3 лет

12.118. Синдром Леннокса-Гасто является вариантом:

- А. Идиопатической эпилепсии
- Б. Криптогенной эпилепсии
- В. Симптоматической эпилепсии
- Г. Верно Б и В**
- Д. Верно А и Б

12.119. Структурами мозга, угнетающими проявления эпилептической активности при эпилепсии, являются:

- А. Хвостатое ядро
- Б. Латеральное ядро гипоталамуса
- В. Каудальное ретикулярное ядро моста
- Г. Мозжечок
- Д. Все перечисленные**
- Е. Верно Б и В

12.120. Для юношеской миоклонической эпилепсии характерны следующие типы припадков:

- А. Абсансы
- Б. Генерализованные судорожные
- В. Миоклонические
- Г. Все перечисленные**
- Д. Только А и В

12.121. Проявлению эпилептической активности на ЭЭГ способствуют:

- А. Ритмическая фотостимуляция
- Б. Гипервентиляция
- В. Депривация (лишение) сна
- Г. Сонная активация
- Д. Все перечисленное**

12.122. Сложные парциальные припадки отличаются от абсансов:

- А. Отсутствием утраты сознания
- Б. Наличием послеприпадной спутанности сознания
- В. Наличием судорог
- Г. Большой длительностью приступа**
- Д. Верно А и В
- Е. Верно Б и Г

12.123. Развитию эпилептического припадка способствует:

- А. Ацидоз
- Б. Алкалоз**
- В. Гиперкапния
- Г. Ни один из этих факторов

12.124. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются:

- А. Анизокорией

Б. Сужением

**В. Расширением**

Г. Ничем из перечисленного

12.125. Психические нарушения характерны:

А. Для идиопатической генерализованной эпилепсии

Б. Для идиопатической парциальной эпилепсии

**В. Для криптогенной эпилепсии**

Г. Все перечисленное верно

12.126. Сложные парциальные припадки эпилепсии отличаются от простых:

А. Сочетанием моторной и сенсорной симптоматики

Б. Сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики

**В. Нарушением сознания**

Г. Всем перечисленным

Д. Верно А и Б

12.127. Абсолютным электроэнцефалографическим признаком эпилепсии являются наличие пароксизмальных:

А. Ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах

Б. Ритмических феноменов в дельта-диапазоне

В. Ритмических феноменов в тета-диапазоне

**Г. Комплекса пик-волна**

12.128. Рефлекторными называют такие из эпилептических припадков, которые провоцируются:

А. Эмоциональным стрессом

Б. Приемом алкоголя

В. Лихорадкой с повышением температуры

**Г. Первичными сенсорными импульсами**

12.129. Решающим диагностическим признаком эпилептического абсанса является:

А. Возникновение множественных миоклоний

Б. Развитие фокальной или генерализованной атонии мышц

**В. Кратковременная утрата сознания**

Г. Симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей

12.130. Гиперплазия десен наблюдается при длительном лечении эпилепсии:

А. Этосукцимидом

Б. Карбамазепином

**В. Дифенином**

Г. Клоназепамом

12.131. При менструальной эпилепсии, когда припадки возникают за неделю до наступления и в дни месячных, назначают:

А. Метилтестостерон

Б. Тиреоидин

**В. Прегнин**

Г. Все перечисленное

12.132. При наличии миоклонических припадков следует назначить:

А. Фенобарбитал

**Б. Вальпроат натрия**

В. Карбамазепин

Г. Нитразепам

Д. Дифенин

Е. Любое из перечисленных средств

Раздел 13. Основы радиационной медицины

13.1. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты:

А. Все ликвидаторы аварии

**Б. Ликвидаторы и население, находившиеся в зоне радиоактивного загрязнения в первые 2 мес. после аварии**

В. Ликвидаторы 1987-1990 гг.

Г. Дети, родившиеся в зоне загрязнения после 1987 г.

13.2. В 1986 г. наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов:

**А. Дошкольников**

Б. Школьников

В. Подростков

Г. Взрослого населения

Д. Ликвидаторов

13.3. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место:

А. В центральной нервной системе

Б. В сердечно-сосудистой системе

**В. В системе органов кроветворения**

Г. В пищеварительной системе

Д. В иммунной системе

13.4. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

**А. Тошнота и рвота**

Б. Лейкопения

В. Эритема кожи

Г. Выпадение волос

Д. Жидкий стул

13.5. Пороговая доза излучения для развития острой лучевой болезни составляет:

А. 0,5 Гр

**Б. 1 Гр**

- В. 2Гр
- Г. 3Гр
- Д. 4Гр

13.6. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания:

- А. Эритроцитов
- Б. Лейкоцитов
- В. Нейтрофилов
- Г. Лимфоцитов**
- Д. Тромбоцитов

13.7. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет:

- А. 1,5 Гр**
- Б. 1Гр
- В. 0,5 Гр
- Г. 0,1 Гр
- Д. Любая

13.8. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет:

- А. 0,25 Гр
- Б. 0,5 Гр
- В. 1гр
- Г. 1,5 Гр**
- Д. 2Гр

13.9. Единица активности:

- А. Рентген
- Б. Грей
- В. Беккерель**
- Г. Рад
- Д. Зиверт

13.10. Назначение препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано:

- А. Лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км<sup>2</sup>
- Б. Лицам, содержащим в организме активность большую, чем допустимая по Нормам радиационной безопасности**
- В. Детям, проживающим на загрязненных территориях
- Г. Беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

13.11. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у:

- А. Детей
- Б. Подростков**
- В. Взрослых
- Г. Пенсионеров

Д. Беременных женщин

13.12. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается:

А. Йод

**Б. Цезий**

В. Стронций

Г. Плутоний

Д. Радий

13.13. «Малыми» принято называть дозы:

А. Не вызывающие лучевую болезнь

Б. Не вызывающие хромосомные повреждения

В. Не вызывающие генные поломки

**Г. Не вызывающие специфические изменения в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц**

Д. Меньшие, чем допустимые дозы

13.14. После облучения мужских гонад наиболее характерны:

А. Нарушение половой потенции

**Б. Гипоспермия**

В. Водянка яичка

Г. Наследственные болезни у детей

Д. Снижение в крови тестостерона

13.15. Единицы поглощенной дозы:

**А. Грей**

Б. Зиверт

В. Рентген

Г. Кюри

Д. Бэр

13.16. Лимфопения, выявленная у больного в течение 1-х суток после облучения, обусловлена:

А. Локальным внешним облучением конечности

Б. Поступлением радионуклидов внутрь

В. Внешним облучением туловища в дозе менее 0,5 Гр

**Г. При облучении в дозе, превышающий допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности**

13.17. Мероприятие, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности:

**А. Проводить рентгенологическое исследование в первые 10 дней менструального цикла**

Б. Проводить рентгенологическое исследование во второй половине менструального цикла

В. Не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

Г. Перед рентгенологическим исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

13.18. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае:

А. При поглощенной дозе на плод более 0,1 Гр

**Б. При поглощенной дозе на плод более 0,5 Гр**

В. При поглощенной дозе на плод более 1 Гр

Г. При облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

13.19. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет:

А. Несколько десятков

**Б. Несколько сотен**

В. Несколько тысяч

Г. Несколько миллионов

13.20. Опасность, которую может представлять больной после внешнего у-облучения для медицинского персонала:

А. От тела больного исходит у-облучение

Б. Больной выделяет с мочой радионуклиды

**В. Не представляет опасности**

13.21. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему от излучения, находящемуся в тяжелом состоянии:

А. Дезактивация кожи

Б. Прием радиопротектора

**В. Реанимационные мероприятия**

Г. Гемосорбция

Д. Купирование рвоты

13.22. Степень тяжести лучевого поражения определяется:

А. Содержанием радионуклидов в месте облучения

Б. Количеством «горячих» частиц в легких

В. Количеством радионуклидов в организме

**Г. Степенью угнетения кроветворения**

13.23. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови:

А. Менее 3000 в 1 мкл

Б. Менее 1000 в 1 мкл

В. Менее нормы

**Г. Менее 500 в 1 мкл**

Д. Менее 100 в 1 мкл

13.24. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови:

А. Менее 150 тыс. в 1 мкл

Б. Менее 100 тыс. в 1 мкл

В. Менее 50 тыс. в 1 мкл

**Г. Менее 40 тыс. в 1 мкл**

Д. Менее 10 тыс. в 1 мкл

13.25. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет:

А. До 10 случаев в год

**Б. 10 случаев в год**

В. Менее 100 случаев в год

Г. Менее 1000 случаев в год

Д. 20—30 случаев в год

13.26. Шахтеры урановых рудников получают наибольшую дозу излучения:

А. На костный мозг

Б. На печень

**В. На легкие**

Г. На желудок

Д. На щитовидную железу

13.27. Предпочтительным донором костного мозга для лечения острой лучевой болезни являются:

А. Родители больного

**Б. Родные братья и сестры**

В. Дети больного

Г. Другие члены семьи

13.28. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают:

А. Сердечно-сосудистые заболевания

Б. Онкологические заболевания

**В. Травмы и отравления**

13.29. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают:

**А. Сердечно-сосудистые заболевания**

Б. Онкологические заболевания

В. Травмы и отравления

13.30. Злокачественные новообразования, наиболее вероятные у лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС:

А. Рак желудка

Б. Рак легкого

В. Лейкозы

**Г. Рак щитовидной железы**

Д. Рак молочной железы

13.31. Причиной наибольшего риска (вероятности) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, служат:

А. Сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты

Б. Употребление алкоголя

## **В. Курение**

- Г. Употребление продуктов местного производства
- Д. Пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

13.32. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано:

- А. При дозах облучения менее 3 Гр
- Б. Больным, у которых не было первичной реакции

### **В. Больным с легкой степенью болезни**

- Г. Больным, получившим летальные дозы облучения

13.33. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зоне аварии:

- А. Направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии

### **Б. Направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями**

- В. Не направлять в санаторий в летний период
- Г. Не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни

13.34. Особенности клинического лечения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах:

### **А. Никаких**

- Б. Большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
- В. Переход острых форм в хронические
- Г. Устойчивость к обычной терапии

## Раздел 14. Общие вопросы здравоохранения

14.1. Основными задачи здравоохранения на современном этапе являются все перечисленные, кроме:

- А. Недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- Б. Развитие многоканальности финансирования
- В. Сохранение общественного сектора здравоохранения
- Г. Увеличение кадрового потенциала**
- Д. Формирование правовой базы реформ отрасли

14.2. Медицинская этика — это:

- А. Специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- Б. Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- В. Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качества
- Г. Верно все перечисленное**

14.3. Медицинская деонтология — это:

- А. Самостоятельная наука о долге медицинских работников
- Б. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики**

14.4. В формировании общественного здоровья определяющую роль играют:

А. Генетические факторы

Б. Природно-климатические факторы

**В. Уровень и образ жизни населения**

Г. Уровень, качество и доступность медицинской помощи

14.5. Не являются основными источниками информации о здоровье:

А. Официальная информация о смертности населения

**Б. Данные страховых компаний**

В. Эпидемиологическая информация

Г. Данные мониторинга окружающей среды и здоровья

Д. Регистры заболеваний, несчастных случаев и травм

14.6. Информация статистики здравоохранения включает в себя:

А. Обеспеченность населения медицинскими кадрами

Б. Анализ деятельности ЛПУ

В. Обеспеченность населения койками

**Г. Все вышеперечисленное**

14.7. Информация статистики здоровья включает в себя следующие показатели, кроме:

**А. Работы стационара (работа койки в году, оборот койки, средние сроки пребывания больного на койке)**

Б. Младенческой и общей смертности

В. Общей заболеваемости

Г. Инвалидности

14.8. Основными показателями естественного движения населения являются:

**А. Рождаемость, смертность**

Б. Смертность, заболеваемость

В. Инвалидность, смертность

14.9. Уровень рождаемости (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:

**А. От 5 до 10**

Б. От 11 до 15

В. От 16 до 20

14.10. Уровень общей смертности (на 1000) населения в нашей стране в настоящее время находится в пределах:

А. От 5 до 10

**Б. От 11 до 15**

В. От 16 до 20

14.11. Показатель младенческой смертности (на 1000) в России в настоящее время находится в пределах:

**А. До 15**

Б. 15-20

В. Выше 20

14.12. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:

А. Инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания

**Б. Болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления**

В. Новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания

14.13. Основные методы изучения заболеваемости:

**А. По причинам смерти, по обращаемости, по данным медицинских осмотров**

Б. По данным переписи населения, по данным физического развития

В. По обращаемости, по данным физического развития

14.14. Сущность термина «болезненность»:

А. Вновь выявленные заболевания в данном году

**Б. Все заболевания, зарегистрированные в данном году**

В. Заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах

Г. Заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах

14.15. Международная классификация болезней — это:

А. Перечень наименований болезней в определенном порядке

Б. Перечень диагнозов в определенном порядке

В. Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

**Г. Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями**

Д. Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

14.16. Кто из перечисленных специалистов имеет право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

А. Врач станции скорой помощи

Б. Врач станции переливания крови

В. Врач бальнеолечебницы

**Г. Врач приемного покоя больницы**

Д. Судебно-медицинский эксперт

14.17. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач:

А. До 10 дней

**Б. До 30 дней**

В. До 45 дней

Г. До 60 дней

14.18. Какой выдается документ о нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения:

А. Выдается справка на все дни

- Б. Листок нетрудоспособности не выдается
- В. Выдается справка на 3 дня, затем листок нетрудоспособности
- Г. Выдается листок нетрудоспособности с отметкой о факте опьянения в истории болезни и в листке нетрудоспособности**

14.19. Кто имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу:

- А. Руководители ЛПУ и поликлиник
- Б. Лечащий врач самостоятельно
- В. Лечащий врач с утверждения зав. отделением
- Г. Лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ**

14.20. В каких случаях и кому медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей:

- А. Несовершеннолетним детям
- Б. При несчастных случаях, травмах, отравлениях
- В. Лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ
- Г. Лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих**

14.21. Кто выдает разрешение на занятия частной медицинской практикой

- А. Орган управления здравоохранением области
- Б. Министерство здравоохранения РФ
- В. Профессиональная медицинская ассоциация
- Г. Местная администрация по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями**

14.22. Что такое медицинское страхование:

- А. Оплата медицинских услуг через страховую организацию
- Б. Форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья**
- В. Оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств
- Г. Медицинское обслуживание населения за счет страховой организации

14.23. Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования являются все ниже перечисленное, кроме:

- А. Базовая программа ОМС
- Б. Численность и состав населения территории
- В. Перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС
- Г. Показатели объема медицинской помощи населению
- Д. Объем финансовых средств
- Е. Объем платных медицинских услуг**

14.24. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- А. В территориальной поликлинике
- Б. В любой поликлинике населенного пункта
- В. В любой поликлинике Российской Федерации**
- Г. В любой поликлинике субъекта Российской Федерации

14.25. Лицензирование медицинского учреждения представляет собой:

А. Определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам

**Б. Выдачу государственного разрешения на осуществление определенных видов деятельности**

В. Процедуру предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица

14.26. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:

А. Частные амбулаторно-поликлинические учреждения

Б. Научно-исследовательские институты

В. Государственные больницы

**Г. Все медицинские учреждения независимо от форм собственности**

14.27. Целью аккредитации является:

А. Изменение организационно-правовой формы медицинского учреждения

**Б. Защита интересов потребителей на основе установления соответствия деятельности медицинского учреждения существующим профессиональным стандартам**

В. Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения

Г. Определение объемов медицинской помощи

14.29. Укажите наиболее точное определение. Качество медицинской помощи — это:

**А. Характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели**

Б. Полнота и своевременность выполнения мероприятий в соответствии с медико-экономическим стандартом

В. Степень удовлетворения потребителя медицинской помощью

14.30. Эффективность медицинской помощи - это:

А. Улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий

**Б. Степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов**

В. Степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

14.31. В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме:

А. Сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали

**Б. Отсутствие нормативной базы в здравоохранении**

В. Децентрализация бюджетного финансирования

Г. Поступление средств на обязательное медич. страхование на территориальном уровне

Д. Расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений

14.32. Структура управления здравоохранением включает следующие уровни:

**А. Федеральный, территориальный, муниципальный**

Б. Городской, межобластной

В. Муниципальный

14.33. Не относится к виду управленческих решений:

А. Приказы

Б. Распоряжения

В. План работы

**Г. Методические рекомендации**

14.34. К формам собственности в Российской Федерации не относятся:

А. Государственная

Б. Муниципальная

В. Частная

**Г. Вещные права на имущество лиц (физических и юридических)**

14.35. Кому может быть установлено испытание при приеме на работу (при заключении трудового договора /контракта/):

**А. Любому работнику, независимо от того, к какой категории персонала он относится**

Б. Молодому специалисту по окончании высшего или среднего специального учебного заведения

В. Лицу, не достигшему 18 лет

Г. При приеме на работу в другую местность и при переводе на работу в др. учреждение

14.36. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

А. Систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей

Б. Пропуск (в том числе отсутствие на работе более 3 ч в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин

В. Появление на работе в нетрезвом состоянии

Г. Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности

Д. Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

**Е. Ничего из перечисленного**

14.37. Когда не допускается увольнение работника по инициативе администрации:

А. В период пребывания работника в командировке, в период судебного разбирательства

**Б. В период пребывания работника в ежегодном отпуске (кроме случая ликвидации предприятия), в период временной нетрудоспособности**

В. Все вышеперечисленное верно

Г. Нет правильного ответа

14.38. Кто не допускается к работе в ночное время:

А. Работники моложе 18 лет

Б. Беременные женщины и женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет

В. Инвалиды только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями

## Г. Все вышеперечисленные контингента

14.39. Кому может устанавливаться неполный рабочий день (неполная рабочая неделя) с оплатой труда пропорционально отработанному времени:

А. Любому работнику по его просьбе

**Б. Беременной женщине, женщине, имеющей ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида до 16 лет), в том числе находящегося на ее попечении**

В. Любому работнику, работающему по совместительству в другом месте

Г. Любому работнику, член семьи которого находится на стационарном лечении в ЛПУ

14.41. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям:

А. Освобождение от ответственности

Б. Уголовную ответственность

**В. Гражданскую ответственность**

14.42. Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи:

А. Медицинский работник

**Б. Медицинское учреждение**

В. Органы управления здравоохранения

## Раздел 15. Детская неврология

15.1. 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

15.3. Передача нервного импульса происходит

**А) в синапсах**

Б) в митохондриях

В) в лизосомах

Г) в цитоплазме

15.4. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного

А) 15-20 мл

Б) 35-40 мл

**В) 60-80 мл**

Г) 80-100 мл

15.5. 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

15.7. 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

15.8. 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.

15.9. Симпатические клетки лежат

А) в передних рогах

Б) в задних рогах

В) в передних и задних рогах

**Г) главным образом, в боковых рогах**

15.10. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края

А) XII грудного позвонка

Б) I поясничного

В) II поясничного

**Г) III поясничного**

15.11. 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

15.12. 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

15.13. К миелэнцефальным позотоническим рефлексам относят

А) асимметричный тонический шейный

Б) симметричный тонический шейный

В) тонический лабиринтный

**Г) верно А) и Б)**

Д) все перечисленные

15.14. 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

15.15 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**

15.17. Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста

- А) раннего**
- Б) дошкольного
- В) младшего школьного
- Г) старшего школьного

15.18. Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием

- А) аллергии
- Б) иммунологической реактивности
- В) повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови**
- Г) всего перечисленного

15.19. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей

- А) при стафилококковой инфекции
- Б) грудного возраста
- В) при иммунодефиците
- Г) с ликвореей**
- Д) с аллергией

15.20. При инфекционно-токсическом шоке предпочтительно применять

- А) пенициллин
- Б) левомицетин**
- В) ампициллин
- Г) гентамицин
- Д) цефалоспорины

15.21. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- А) в стволе мозга
- Б) в затылочной доле
- В) в лобной доле
- Г) в височной доле**

15.28. 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

15.29. 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

15.30. Плече-лопаточно-лицевая форма миопатии (Ландузи - ДежеринА) имеет

- А) аутосомно-доминантный тип наследования**
- Б) аутосомно-рецессивный тип наследования
- В) аутосомно-рецессивный, сцепленный с X-хромосомой
- Г) аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный тип наследования
- Д) тип наследования неизвестен

15.31. 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

15.33. 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

15.34. 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

15.35. 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**

15.36. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений

- А) половых хромосом**
- Б) аутосом
- В) обмена аминокислот
- Г) обмена витаминов
- Д) обмена углеводов

15.37. В характеристику болезни Дауна входит все перечисленное, кроме

- А) лица "клоуна"
- Б) олигофрении
- В) нарушения речи
- Г) нарушения моторики
- Д) пирамидной недостаточности**

15.38. При синдроме Шершевского - Тернера кариотип больного

- А) 46 XX
- Б) 45 XO**
- В) 47 XXУ
- Г) 47 XX/XY

15.40. Синдром Шершевского - Тернера чаще встречается

- А) у девочек**
- Б) у мальчиков
- В) у лиц обоего пола
- Г) только у взрослых

15.41. Синдром Марфана характеризуется

- А) арахнодактилией
- Б) пороками сердца
- В) подвывихами хрусталика
- Г) задержкой умственного развития
- Д) всеми перечисленными симптомами**

15.43. 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)

15.44. 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

15.45. 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**

15.46. 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

15.47. 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

15.48. 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

15.50. Избыточная продукция ликвора лежит в основе гидроцефалии

- А) наружной
- Б) внутренней
- В) открытой или сообщающейся
- Г) гиперпродуктивной**
- Д) резорбтивной

15.51. Большинство гидроцефалий у детей являются

- А) травматическими
- Б) токсическими
- В) гипоксическими
- Г) врожденными**
- Д) приобретенными

15.52. 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

15.53. 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

15.54. 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**

15.55. 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

15.56. Вегетативные нарушения особенно четко выражены у детей при окклюзии на уровне

- А) бокового желудочка
- Б) III желудочка**
- В) IV желудочка
- Г) на любом уровне

15.57. Усиление пальцевых вдавлений на краниограмме характерно для гидроцефалии

- А) только наружной
- Б) окклюзионной**
- В) сообщающейся

15.58. Резкое уменьшение кольца свечения характерно для гидроцефалии

- А) наружной
- Б) сообщающейся
- В) любой
- Г) окклюзионной в начальном периоде**
- Д) окклюзионной с гидроанэнцефалией

15.59. 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**

15.61. В течении перинатальной энцефалопатии выделяют

- А) острый период
- Б) ранний восстановительный период
- В) поздний восстановительный период
- Г) все перечисленные периоды**

15.62. У доношенных детей чаще всего наблюдаются

- А) субдуральные кровоизлияния**
- Б) субарахноидальные кровоизлияния
- В) внутрижелудочковые кровоизлияния
- Г) перивентрикулярные кровоизлияния
- Д) паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния

15.63. 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**

15.64. В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется

- А) заменное переливание крови**
- Б) фототерапия
- В) фенobarбитал
- Г) преднизолон
- Д) все перечисленное

15.65. 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

15.66. В комплексной терапии акушерских параличей применяются

- А) массаж, ЛФК
- Б) поперечный электрофорез эуфиллина и никотиновой кислоты
- В) ортопедические укладки
- Г) иглорефлексотерапия
- Д) все перечисленные методы**

15.67. Структурный дефект головного мозга при ДЦП может оказать влияние на развитие

- А) только двигательной сферы
- Б) только речи
- В) головного мозга в целом**

Г) влияние не оказывает

15.68. 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

15.69. 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

15.70. К основным патогенетическим факторам детского церебрального паралича относятся

А) инфекционный

Б) токсический

В) гипоксический

Д) травматический

**Е) все перечисленные**

15.71. 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

15.72. 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**

15.74. 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

15.75. 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

15.76. 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**

15.77. Для гиперкинетической формы детского церебрального паралича характерно наличие

А) атетоза

Б) хореического гиперкинеза

В) торсионной дистонии

Г) хореоатетоза

**Д) всего перечисленного**

15.78. 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

15.79. 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

15.80. Детский церебральный паралич в первые месяцы жизни может быть заподозрен на основании

А) факторов риска по течению беременности и родам

Б) патологической постуральной активности

В) четкой задержки в двигательном и психическом развитии

Г) нарушений мышечного тонуса

**Д) всего перечисленного**

15.81. 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**

15.83. В детском возрасте силу механического удара смягчает

А) отсутствие плотных сращений черепных швов

Б) эластичность покровных тканей черепа

В) относительное увеличение субарахноидального пространства

**Г) все перечисленное**

15.84. 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

15.85. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается

А) эпилептический синдром

Б) невротоподобный синдром

В) гипоталамический синдром

Г) гидроцефальный синдром

**Д) церебрастенический синдром**

15.86. Очаг ушиба головного мозга чаще возникает у детей

А) только в области удара

Б) только в стволе мозга

**В) в области удара или контрудара**

Г) только субтенториально

Д) в области подкорковых узлов

**Д) церебрастенический и гипертензионно-гидроцефальный синдром**

15.88. В детском возрасте при травме чаще встречаются

**А) оболочечные кровоизлияния**

Б) паренхиматозные кровоизлияния

В) внутрижелудочковые кровоизлияния

Г) паренхиматозные и внутрижелудочковые кровоизлияния

15.89. 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

15.90. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей

А) подостро

- Б) после "светлого" промежутка
- В) волнообразно
- Г) остро**
- Д) начальный период асимптомен

15.92. 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

15.93. 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

15.94. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются

- А) парезы и параличи
- Б) чувствительные нарушения
- В) нарушения мочеиспускания и пролежни**
- Г) деформация позвоночника
- Д) мышечные спазмы

15.95. С целью предупреждения развития стойкой церебрастении после острого периода ЧМТ рекомендуется назначение детям

- А) ноотропов
- Б) липоцеребрина
- В) фитина, кальция глицерофосфата
- Г) витаминов
- Д) всего перечисленного**

15.96. Возникающие при сотрясении спинного мозга нарушения у детей

- А) имеют только локальный характер
- Б) всегда распространяются по всему спинному мозгу
- В) локализованы только в передних и боковых канатиках
- Г) локализованы только в сером веществе
- Д) имеют распространенный или локальный характер**

15.97. 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

15.98. При полном разрыве спинного мозга у детей восстановление

**А) не бывает**

Б) бывает частичным

В) улучшается лишь чувствительность

Г) частичное восстановление лишь у детей раннего возраста

15.99. 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

15.100. В раннем детском возрасте причиной судорожных припадков является

**А) недостаток пиридоксина (витамина В6)**

Б) недостаток кальция пантотената (витамина В5)

В) недостаток фолиевой кислоты (витамина В12)

15.101. Вторично генерализованная эпилепсия возникает у детей на фоне

А) аллергии

Б) иммунодефицита

**В) органического церебрального дефекта**

Г) инфекционного заболевания

Д) черепно-мозговой травмы

15.103. Фенобарбитал детям раннего возраста целесообразно сочетать с назначением

А) калия

Б) натрия бикарбоната

В) магния сульфата

**Г) кальция**

15.104. Постепенная отмена противосудорожного лечения возможна у детей

А) через 1-2 года после последнего припадка

Б) через 7-10 лет после последнего припадка

В) при положительной динамике ЭЭГ,

но в зависимости от последнего припадка

**Г) через 3-5 лет после припадка при нормализации ЭЭГ**

Д) в пубертатном периоде

15.105. Больные эпилепсией или эпилептическим синдромом на диспансерном учете у детского невропатолога

А) не состоят

Б) состоят только в раннем возрасте

**В) состоят при отсутствии психических изменений и психических эквивалентов**

Г) состоят все больные до 15 лет

15.106. У детей дошкольного и школьного возраста преобладают страхи

- А) темноты
- Б) одиночества
- В) животных, напугавших ребенка
- Г) персонажей сказок, кинофильмов
- Д) всего перечисленного**

15.107. В пре- и пубертатном периодах чаще отмечается страх

- А) без определенного содержания**
- Б) школы
- В) болезни и смерти
- Г) животных и людей

15.108. В пре- и пубертатном периодах страх часто сопровождается

- А) галлюцинациями
- Б) бредом
- В) судорогами
- Г) выраженной вегетативной реакцией**
- Д) недержанием мочи

15.109. Заикание в основном развивается в возрасте

- А) до 5 лет**
- Б) младшем школьном
- В) старшем школьном
- Г) препубертатном

15.110. Невротические тики наиболее часты в возрасте

- А) до 3 лет
- Б) от 3 до 5 лет
- В) от 5 до 12 лет**
- Г) от 12 до 16 лет
- Д) старше 16 лет

15.111. Наличие энуреза встречается у детей

- А) старше 2 лет
- Б) старше 4 лет**
- В) старше 6 лет
- Г) старше 8 лет
- Д) старше 10 лет

15.112. Дети с энурезом, тиками и некоторыми другими невротическими нарушениями на диспансерном учете детского невропатолога

- А) не состоят
- Б) состоят только в раннем возрасте
- В) состоят до 7 лет
- Г) могут состоять**

15.113. Более позднее развитие общемозговых симптомов у детей по сравнению со взрослыми связано

- А) с уменьшением секреции ликвора
- Б) с увеличением секреции ликвора
- В) с усилением резорбции пахионовыми грануляциями
- Г) с относительным увеличением емкости субарахноидального пространства**

15.115. При появлении у больного с гипертензионными симптомами атаксии, атонии, асинергии, адиадохокинеза и дисметрии можно заподозрить опухоль

- А) лобной доли
- Б) височной доли
- В) полушарий мозга
- Г) затылочной доли
- Д) мозжечка**

15.116. Острое появление у больного с опухолью мозга резкой головной боли, головокружения, рвоты, нарушений функции дыхательного и сосудодвигательного центра связано

- А) с подъемом артериального давления
- Б) с развитием приступа окклюзии на уровне IV желудочка**
- В) с резким падением артериального давления
- Г) с поражением вестибулярного рецептора

15.117. Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией

- А) в подкорковых узлах
- Б) в спинном мозге
- В) в полушариях мозга
- Г) в стволе мозга**
- Д) в мозжечке

15.118. Диссоциированные нарушения чувствительности по сегментарному типу при сирингомиелии характеризуются

- А) выпадением глубокой при сохранности болевой
- Б) выпадением болевой при сохранности температурной
- В) выпадением только болевой при сохранности глубокой
- Г) сохранностью болевой при выпадении температурной
- Д) сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной**

15.119. К острым нарушениям мозгового кровообращения у детей относятся

- А) церебральный сосудистый криз
- Б) геморрагический инсульт
- В) преходящие нарушения мозгового кровообращения
- Г) ишемический инсульт
- Д) все перечисленные**

15.120. Причиной инсульта у детей является

- А) аномалия развития сосудов головного мозга**

- Б) стойкая артериальная гипертензия
- В) болезни крови
- Г) ревматизм
- Д) все перечисленное

### Ситуационные задачи

**Задача 1.** К врачу обратился молодой человек 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорефлексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб. Дедушка пациента страдал неизвестным наследственным заболеванием.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какой тип наследования данного заболевания
- 3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза
- 4) Прогноз течения заболевания и лечение.
- 5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога.

#### Эталон ответа

- 1) Плече-лопаточно-лицевая миодистрофия Ландузи- Дежерина (код по МКБ 10: G71.0)
  - 2) Аутосомно-доминантный тип наследования
  - 3) ДНК-исследование, ЭНМГ
  - 4) Прогноз относительно благоприятный и зависит от формы заболевания. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.
  - 5) Индивидуальная программа реабилитации в полном объеме может быть составлена лишь для больных с поздними и медленно прогрессирующими формами мышечной дистрофии
1. Медицинская реабилитация предусматривает регулярную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение, снабжение ортопедической обувью, фиксирующими аппаратами; иногда применяются реконструктивные хирургические операции.
  2. Профессиональная реабилитация: а) при некоторых формах прогрессирующих мышечных дистрофий — профессиональная ориентация и профобучение в техникуме, профтехучилище (экономист, правовед, технолог-нормировщик, часовщик и др.); б) трудоустройство инвалидов III группы (возможно лишь с учетом противопоказаний, в комфортных условиях по I категории тяжести); в) некоторые больные (в основном имеющие среднее и высшее образование) могут быть приспособлены к работе в индивидуальных, в частности домашних, условиях.
  3. Социальная реабилитация включает снабжение бытовыми приспособлениями (с учетом характера двигательного дефекта), бесплатными лекарствами, средствами передвижения (кресло-коляска); обучение самообслуживанию. Нередко важна психологическая помощь семье и обучение навыкам ухода за тяжелыми больными с мышечной дистрофией. Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет.

**Задача 2.** Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
3. Обследование?
4. Тактика ведения больного?

**Эталон ответа:**

1. Синдром конского хвоста (код по МКБ 10: G83.4).
2. Вертеброгенный генез - задняя центральная грыжа поясничной локализации. Возможна невринома конского хвоста.
3. МРТ, КТ.
4. Госпитализация в нейрохирургическое отделение

**Задача 3.** Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5-S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

**Эталон ответа:**

1. Дискогенная радикулопатия L5-S1 слева (код по МКБ 10: M51.1).
2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела, МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Дифференциальная диагностика с опухолью пояснично-крестцового отдела позвоночника, болезнью Бехтерева.
4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС, медикаментозная блокада.

**Задача 4.** Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение в период приступа головной боли.

5. Если ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период.

**Эталон ответа:**

1. Мигрень без ауры (код по МКБ 10: G 43.0)
2. С другими видами первичных головных болей (головная боль напряжения, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании);
  - цервикогенная головная боль;
  - тригеминальная невралгия;
  - дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
  - аневризма головного мозга;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ)
4. - НПВС, кофеинсодержащие препараты (аскофен, цитрамон) + кофе, какао;
  - препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей), комбинированные препараты (Номигрен (Эрготамин +Кофеин));
  - триптаны (суматриптан, золмитриптан).
5. - бета-адреноблокаторы (анаприлин, пропранолол, бисопролол, метопролол);
  - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);
  - антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);
  - антидепрессанты (ТЦА (амитриптилин, венлафаксин).

**Задача 5.** Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам, сухость и шелушение кожи. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба.

1. Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения.
2. Ведущий неврологический синдром.
3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
4. Предложите план обследования больного.
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа:**

1. Поражение экстрапирамидной системы (паллидарного отдела, s. nigra) (код по МКБ 10: G 20).
2. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.
3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с преимущественным вовлечением правых конечностей, I ст. по Хен-Яр.
4. МРТ головного мозга (для исключения вторичного паркинсонизма).
5. - Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);
  - агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол, ропинирол, ротиготин);
  - и/или — амантадина (мидантан, ПК-мерц).

**Задача 6.** Мужчина 58 лет, работает инженером, диагностирована болезнь Паркинсона 5 лет

назад, в течение этого времени принимал леводопу/карбидопу 250/25 мг 3 раза в сутки, на фоне данной терапии мужчина продолжал работать, вести активный образ жизни. 5 месяцев назад стал отмечать усиление скованности и замедленности движений в утренние часы, данные симптомы стали нарастать через 1-1,5 часа после приёма леводопы/карбидопы, которые проходили после приёма очередной дозы препарата, а также появились периоды непредсказуемых застываний, в результате которых было несколько эпизодов падений. Для сохранения активного состояния в рабочее время пациент самостоятельно постепенно нарастил частоту приёма леводопы до 6 таблеток в день одновременно увеличив утреннюю и дневную дозу леводопы до 2 таблеток на приём. В настоящее время у больного участились эпизоды застываний с болезненным спазмом мышц. После приёма очередной дозы леводопы через 30 минут появляются неконтролируемые движения в туловище и конечностях, сменяющиеся через 1,5 часа скованностью и замедленностью. Ввиду ухудшения состояния пациенту пришлось оставить работу, затруднено выполнение домашних дел, самообслуживание сохранено.

1. Ведущий неврологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. Какие типы осложнений имеются у пациента?
4. Предложите варианты медикаментозной коррекции терапии.
5. Возможно ли у данного пациента хирургическое лечение?

Эталон ответа:

1. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром (код по МКБ 10: G 20).
2. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с постуральной неустойчивостью, III ст. по Хен-Яр, клинический патоморфоз в виде феномена истощения конца дозы, дискинезии пика дозы.
3. Моторные флуктуации в виде феномена «истощения конца дозы», феномена «включения-выключения» и дискинезии пика дозы на фоне бесконтрольного приёма препаратов леводопы.
- 4 1) Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК);  
- не сочетать прием препаратов леводопы с белковой пищей (прием либо с углеводной пищей, либо прием препаратов леводопы за 1 час до еды или через 2 часа после еды).  
2) Обеспечить постоянную концентрацию леводопы в крови:

Варианта коррекции:

- дробление дозы леводопы с увеличением кратности её приёма и снижением её разовой дозы (оставив неизменной общую суточную дозу);
  - добавление АДР (прамипексол, ропинирол, ротиготин), а также АДР длительного действия (Мирапекс ПД); и/или — амантадинов (мидантан, ПК-мерц); и/или ингибиторов МАО-В (Азилект);
  - замена стандартного препарата леводопы на препараты с контролируемым (медленным) высвобождением (Сталево, Мадопар ГСС), при неконтролируемых застываниях и выраженной утренней скованности - приём быстродействующих форм леводопы утром (Мадопар Д).
5. Возможно нейрохирургическое лечение (стимуляция через вживлённые электроды таламуса, субталамического ядра).

Показания к операции:

- возраст менее 70 лет;
- длительность заболевания от 5 лет и более;

- не менее 3 ст. по Хен-Яру;
- хороший ответ на препараты леводопы;
- выраженные флуктуации и дискинезии, вызванные бесконтрольным приёмом леводопы, а также при отсутствии эффекта от вышепредставленных вариантов коррекции;
- отсутствие депрессивного синдрома и выраженного когнитивного дефицита.

**Задача 7.** Больной П., 32 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в правой стопе, затруднения при ходьбе из-за слабости. Из анамнеза известно, что заболел остро, вышеперечисленные жалобы появились утром после сна. Пациент работает плиточником, накануне вечером длительно работал в вынужденной позе (на корточках). При осмотре: ступня справа при ходьбе, ограничение тыльного сгибания правой стопы, невозможность становиться и ходить на пятках, снижение мышечной силы разгибателей правой стопы до 3 баллов, ахиллов и коленный рефлекс справа сохранены.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

Эталон ответа:

1. Поражение малоберцового нерва справа (код по МКБ 10: G 57.3)
2. Невропатия правого малоберцового нерва вследствие сдавления на уровне головки малоберцовой кости с выраженным парезом разгибателей правой стопы, острая стадия.
3. ЭНМГ
4. - Фиксация стопы ортезами;
- ЛФК (активные и пассивные движения - для предупреждения контрактур);
- НПВС для уменьшения болевого синдрома, отека и признаков воспаления в области нерва;
- витамины группы В
- ингибиторы холинэстеразы (для улучшения проводимости по нерву) - прозерин, ипидакрина гидрохлорид;
- улучшение кровоснабжения нерва (пентоксифиллин, кавинтон);
- антиоксиданты (препараты тиоктовой кислоты).
- физиотерапия: магнитотерапия, амплипульс, ультразвук, электрофорез, электростимуляция, ИРТ, массаж.

**Задача 8.** Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота. При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гипиремировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексy справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы .
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

4. Провести дифференциальный диагноз.

5. Укажите принципы терапии.

**Эталон ответа:**

1. Общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову);

Очаговые синдромы в виде правосторонней гемиплегии, центрального пареза VII ЧМН и коркового пареза взора.

Поражена левая внутренняя капсула и кора лобной доли с центром взора в заднем отделе средней лобной извилины.

2. I61.1 Геморрагический инсульт в бассейн левой средней мозговой артерии, правосторонняя гемиплегия, парез взора, кома II, острейший период.

3. В первые часы – КТ головного мозга, при необходимости – МРТ головного мозга с контрастированием, МР-ангиография, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, ОАМ.

4. Диф. диагноз с другими видами ком, ЧМТ, опухолью, энцефалитом.

5. Тактика терапии в зависимости от данных КТ-ангиографии (есть ли аневризма и какой объем в/мозговой гематомы), при аневризме или объеме гематомы более 40мл – оперативное вмешательство, гипотензивные, нимодипин.

**Задача 9.** Больной 18 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму.

В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным выключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 80 уд. в мин. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, выявляются нистагмод при взгляде в стороны, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексy равномерно оживлены, патологических стопных знаков нет, легкий тремор пальцев рук и век, в позе Ромберга больной пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов, решении математических задач. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки ликворной гипертензии. На ЭЭГ: грубый фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов спайк-волн-медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации спайк-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

1. Ваш первичный диагноз?

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

**Эталон ответа.** Эпилепсия, фокальные припадки (Джексоновские). В генезе эпилептического синдрома может иметь как родовая травма, так и травма головы в семилетнем возрасте.

Дифференциальный диагноз следует проводить с эпилептическим синдромом при опухоли мозга, энцефалите, но данные анамнеза и клинического осмотра делают данные предположения менее вероятными. Для уточнения диагноза рекомендуется томография головного мозга (КТ или МРТ). Предпочтительнее проводить монотерапию одним из противоэпилептических средств (вальпроат натрия, дифенин, карбомазепин), при резистентности - комбинирование препаратов.

**Задача 10.** Больная А., 42 лет, страдает генерализованной формой миастении около 15 лет.

Постоянно принимает прозерин. После очередного приема препарата резко ухудшилось самочувствие, выросла мышечная слабость, появилось ощущение спазма в горле, разлитая боль в животе, затруднение дыхания.

Объективно: состояние тяжелое. Общий гипергидроз. Кожные покровы цианотичны. Дыхание частое, поверхностное. Повышена бронхиальная секреция. Брадикардия. АД-90/60 мм рт.ст. Перистальтика кишечника усилена. Менингеальных симптомов нет. Отмечается легкий птоз (больше справа). Ограничение движений глазных яблок во все стороны; миоз. Дисфония. Дизартрия. Глубокий тетрапарез. Функция тазовых органов не нарушена.

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дифференциальный диагноз и алгоритм его проведения.
3. Лечение данного состояния.

**Эталон ответа**

1. Миастения, генерализованная форма.

Осложнение: холинергический криз.

2. Миастенический криз (мидриаз, тахикардия, слабый пульс, нарушение функции тазовых органов на фоне выраженных дыхательных нарушений, мышечной слабост). Чаще возникает после перенесенных инфекционных заболеваний, операций. Можно провести прозериновую пробу.

3. ИВЛ. Плазмаферез. Глюкокортикоиды, 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата внутривенно.

**Задача 11.** У мужчины 38 лет появилась слабость и мышечные боли в ногах. В течение нескольких дней слабость в ногах усилилась, появилась слабость в руках, возникло онемение в дистальных отделах конечностей, боли в спине. На четвертый день заболевания госпитализирован в стационар, выявлен периферический парапарез, положительный симптом Лассега угол 45 градусов, гипестезия по типу «голь». Через неделю от начала заболевания в стационаре проведена люмбальная пункция: выявлено увеличение белка в ликворе до 1,0 г/л, 25 лимфоцитов в 1 мм<sup>3</sup>. При опросе выяснилось, что 3 недели назад пациент переболел ОРВИ.

1. Клинический диагноз?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

Эталон ответов:

1. Синдром Гийена-Барре.

2. ЭНМГ

3. Дифференциальный диагноз: хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, грыжа межпозвоночного отверстия L1-L2, истерия.

4. Внутривенное введение иммуноглобулинов класса G, плазмаферез. В период стабилизации: прозерин, витаминотерапия, препараты тиоктовой кислоты, ЛФК, массаж.

**Задача 12.** В отделение поступил пациент 20 лет после падения во время тренировки на сноуборде. Жалобы на боль в области правого плечевого сустава.

Объективно: гематома в области внутренней поверхности плеча, болезненность при пальпации плечевого сустава, выпадение всех видов чувствительности в правой руке.

Признаки периферического паралича правой руки.

1. Поставить топический диагноз.
2. Поставить клинический диагноз.
3. При повреждении, каких отделов сплетения развивается паралич Дюшенна-Эрба?
4. Какие методы лечения существуют при данном заболевании?
5. Прогноз заболевания у данного пациента.

**Эталон ответа.**

1. Имеется тотальное повреждение плечевого сплетения
2. Травматический правосторонний тотальный плексит.
3. При повреждении спинномозговых нервов С5 и С6, которые формируют верхний ствол сплетения, страдает функция подмышечного, мышечно-кожного и частично лучевого нервов, развивается так называемый верхний паралич (Дюшенна-Эрба)
4. Лечение синдрома Дюшена Эрба проводится консервативное и оперативное – выбор метода зависит от тяжести поражения.
6. Прогноз заболевания зависит от тяжести травматического повреждения, раннего адекватного назначения лечения. Не всегда благоприятный.

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета. Для подготовки к зачету обучающимся предоставляется список вопросов по пройденному материалу.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности.

### 5.1.1. Вопросы к зачёту по дисциплине «Неврология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Топическая диагностика поражения двигательного анализатора.	
2. Виды нарушения чувствительности. Топическая диагностика нарушений чувствительности.	
3. Нарушение функции глазодвигательных нервов, топическая диагностика.	
4. Система тройничного нерва, анатомо-физиологические особенности. Симптомы поражения.	
5. Топическая диагностика поражения лицевого нерва. Центральный и периферический парез мимической мускулатуры.	
6. Топическая диагностика поражения зрительного анализатора.	
7. Топическая диагностика поражения вкусового и обонятельного анализаторов.	
8. Поражение бульбарной группы черепных нервов. Бульбарный и псевдобульбарный паралич.	

9. Плечевое сплетение. Анатомия и синдромы поражения.	
10. Поясничное и крестцовое сплетения. Анатомия и синдромы поражения.	
11. Вегетативная нервная система: анатомо-физиологические особенности сегментарного и надсегментарного отдела.	
12. Альтернирующие синдромы продолговатого мозга.	
13. Альтернирующие синдромы моста.	
14. Отек мозга, изменения внутричерепного давления, дислокационные синдромы.	
15. Инсульт: этиология, патогенез, классификация.	
16. Алгоритм ведения пациента с инсультом в острейшем периоде.	
17. Коматозные состояния. Дифференциальная диагностика. Методика обследования больного в коме. Неотложные мероприятия.	
18. Хроническая цереброваскулярная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, принципы терапии.	
19. Компрессионно - ишемические невралгии плечевого пояса: клиника, диагностика, подходы к терапии.	
20. Боли в спине. Классификация, дифференциальный диагноз, методы обследования.	
21. Миастения: этиология, патогенез, диагностика, классификация.	
22. Миастенический криз: диагностический и лечебный алгоритм.	
23. Прогрессирующие мышечные дистрофии: клиника, дифференциальный диагноз, классификация, терапевтические подходы.	
24. Серозные менингиты: этиология, дифференциальный диагноз, лечебный алгоритм.	
25. Рассеянный склероз. Диагностические критерии, принципы терапии.	
26. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Диагностические критерии, принципы терапии.	
27. Тяжелая черепно-мозговая травма. Классификация, диагностика, алгоритм ведения на разных этапах.	
28. Полиневропатии. Классификация, методы диагностики, подходы к терапии.	
29. Опухоли головного мозга супратенториальной локализации: клиника, диагностика, принципы терапии.	
30. Первичные головные боли. Диагностический и лечебный алгоритм.	
31. Ноцицептивная и невропатическая боль. Клинические особенности.	
32. Механизмы формирования ноцицептивной боли.	
33. Механизмы формирования невропатической боли. Ноцицептивная и антиноцицептивная системы.	
34. Головная боль. Современная классификация головной боли. Первичная и вторичная головная боль.	

35. Мигрень: классификация, диагностика, лечение.	
36. Головная боль напряжения: патогенез, клиника, диагностика, лечение.	
37. Кластерная цефалгия: клиника, диагностика, лечение.	
38. Лицевые боли: дифференциальный диагноз, клинические особенности различных вариантов, терапевтические подходы.	
39. Миофасциальные болевые синдромы: патогенез, диагностические критерии, принципы терапии.	
40. Вторичные головные боли: диагностический алгоритм.	
41. Диабетическая полиневропатия: патогенез, клиника, диагностика, лечение.	
42. Токсико-метаболические полиневропатии: патогенез, клиника, диагностика, лечение	
43. Невропатия большеберцового и малоберцового нерва. Метатарзалгия Мортон. Клиника, лечение.	
44. Компрессионно-ишемические невропатии тазового пояса и ног. Клиника, лечение.	
45. Компрессионно-ишемическая невропатия седалищного нерва. Клиника, лечение.	
46. Туннельные синдромы. Патогенез, классификация, диагностика, лечение.	
47. Невралгия тройничного нерва. Современные представления о патогенезе. Клиническая картина. Лечение.	
48. Невралгия межреберных нервов. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.	
49. Боли в пояснично-крестцовой области и ногах. Люмбаго. Люмбалгия. Люмбоишалгия. Пириформис -синдром. Клиника, лечение.	
50. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Клиника, диагностика, лечение.	
51. Острая воспалительная демиелинезирующая полиневропатия Гийена-Барре. Клиника, лечение.	
52. Невралгическая амиотрофия плеча-синдром Персонейджа-Тернера.	
53. Боль в шее и верхних конечностях. Цервикалгия, цервикокраниалгия. Невропатия большого и малого затылочных нервов.	
54. Компрессионно-ишемическая невропатия срединного нерва. Синдром запястного канала.	
55. Радикулопатия. Клиника, диагностика, лечение.	
56. Фибромиалгия. Современные представления о патогенезе. Диагностические критерии. Лечение.	
57. Комплексный регионарный болевой синдром. Патогенез, клиника, лечение.	
58. Постгерпетическая невралгия: патогенез, клиника, диагностика, лечение.	

59. Локальные методы лечения боли.	
60. Наследственные заболевания нервной системы. Клиническая классификация. Общие принципы диагностики.	
61. Гепатолентикулярная дегенерация. Классификация, клиника, лечение.	
62. Болезнь Паркинсона. Патогенез, клиника, лечение.	
63. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Классификация, клиника, диагностика, лечение.	
64. Факоматозы. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечение.	
65. Митохондриальные болезни. Генетика, диагностика, классификация.	
66. Наследственные атрофии зрительных нервов Лебера.	
67. Общие принципы диагностики наследственных болезней: генеалогический анализ, клинические особенности, биохимические исследования.	
68. Пренатальная диагностика наследственных болезней нервной системы.	
69. Принципы лечения митохондриальных болезней.	
70. Гипокалиемическая форма пароксизмальной миоплегии.	
71. Медико-генетическое консультирование пациентов с нейрогенетическими заболеваниями.	
72. Гиперкалиемическая форма пароксизмальной миоплегии.	
73. Наследственные моторно-сенсорные невропатии. Классификация. Общие принципы диагностики и лечение.	
74. Наследственные сенсорные невропатии.	
75. Дистальные миопатии.	
76. Миотоническая дистрофия Россолимо-Куршмана-Штейнерга-Баттена.	
77. Спинальные мышечные атрофии детского возраста.	
78. Спинальные мышечные атрофии с поздним дебютом.	
79. Наследственная мотосенсорная невропатия 1 типа.	
80. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна.	
81. Миотония Томсена.	
82. Наследственная моторносенсорная невропатия 3 типа-болезнь Дежерина-Сотта.	
83. Наследственная сенсорно-вегетативная невропатия. Синдром Райли-Дея.	
84. Спинальная мышечная атрофия детского возраста 3 типа- болезнь Кугельберга-Веландер.	
85. Прогрессирующая мышечная дистрофия Бекара.	
86. Конечносто-поясная форма прогрессирующих мышечных дистрофий: лопаточно-бедренный тип Эрба, аутосомно-доминантный тип.	
87. Лицелопаточно-бедренная прогрессирующая мышечная дистрофия	

Ландузи-Дежерина	
88. Болезнь Гентингтона.	
89. Наследственные спиноцеребеллярные дегенерации. Болезнь Фридрих, наследственная спастическая атаксия.	

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
<b>Мотивация (личностное отношение)</b>	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
<b>Характеристика сформированности компетенции*</b>	-	-
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	-	-

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Антипенко Елена Альбертовна, заведующий кафедрой неврологии, психиатрии и наркологии  
ФДПО, д.м.н., доцент

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.