

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное автономное образовательное учреждение высшего образования  
**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени  
И.М.СЕЧЕНОВА**  
(Сеченовский Университет)

Фонд оценочных средств

по \_\_\_\_ теме “Неврогенные болевые синдромы” \_\_\_\_\_  
(наименование дисциплины/ практики, либо – раздела дисциплины/ практики)

основная профессиональная образовательная программа высшего образования

060000 Здравоохранение  
31.05.02 Педиатрия

### Шифр и наименование компетенции

- способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-6);

**Раздел дисциплины (тема):** Головные боли

**Вид оценочного средства:** *Тестовые задания:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<p><b>1. Какие формы головной боли (ГБ) преобладают в популяции:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вторичные</li> <li>2. Первичные</li> <li>3. Встречаются одинаково часто</li> <li>4. Встречаются одинаково редко</li> </ol>	2	ТК
<p><b>2. Какие формы первичных головных болей (ГБ) наиболее распространены:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мигрень и головная боль напряжения (ГБН)</li> <li>2. Мигрень и кластерная ГБ</li> <li>3. ГБН и первичная кашлевая ГБ</li> <li>4. Кластерная головная боль и гемикрания континуа</li> </ol>	1	ТК
<p><b>3. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике первичных ГБ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейровизуализация</li> <li>2. Лабораторные</li> <li>3. Исследование сосудов головного мозга</li> <li>4. Клинический (жалобы, анамнез, осмотр)</li> </ol>	4	ТК
<p><b>4. Какой из критериев НЕ относится к диагностическим критериям вторичной ГБ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания</li> <li>2. Основное заболевание подтверждается клиническими симптомами и данными лаб. и инструментальных обследований</li> <li>3. ГБ ухудшается при лечении основного заболевания</li> </ol>	3	ТК
<p><b>5. В каких случаях следует направить пациента с первичной ГБ на дополнительные обследования:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нетипичная клиническая картина</li> <li>2. Локальные неврологические нарушения в статусе</li> <li>3. Наличие «сигналов опасности»</li> <li>4. Все верно</li> </ol>	4	ТК
<p><b>6. Офтальмоплегическая мигрень -это мигренеподобная головная боль, которая сопровождается:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дисфункцией лицевого нерва</li> <li>2. дисфункцией всегда только одного глазодвигательного нерва при наличии признаков интракраниального повреждения</li> </ol>	3	ТК

3. дисфункцией одного или нескольких глазодвигательных нервов при отсутствии признаков интракраниального повреждения		
4. дисфункцией одного или нескольких глазодвигательных нервов при наличии признаков интракраниального повреждения		
<b>7. Длительность приступа мигрени составляет:</b> 1. 4-72 часа 2. 2-72 часа 3. 1-4 часа 4. 12-24 часа	<b>1</b>	ТК
<b>8. Распространенность мигрени в популяции:</b> 1. 14,7% 2. 5,6% 3. 12,4% 4. 1,2%	<b>1</b>	ТК
<b>9. Диагностика мигрени основана на:</b> 1. Данных нейровизуализации 2. Результаты ЭЭГ 3. Изменения лабораторных показателей 4. Данных анамнеза, опроса и осмотра	<b>4</b>	ТК
<b>10. Что НЕ характерно для мигренозной ауры:</b> 1. Минимум 1 симптом ауры распространяется постепенно в течение 5 минут 2. Длительность каждого симптома ауры от 5 до 60 минут 3. Как минимум 1 симптом ауры носит унилатеральный характер 4. Быстрое/мгновенное развитие симптомов ауры	<b>4</b>	ТК
<b>11. К эпизодическим синдромам у детей, ассоциированным с мигренью относятся:</b> 1. доброкачественный пароксизмальный тортиколлис 2. доброкачественное пароксизмальное головокружение 3. синдром циклических рвот 4. абдоминальная мигрень 5. все перечисленное верно	<b>5</b>	ТК
<b>12. Препаратами выбора для купирования приступа мигрени (средней тяжести, тяжелого приступа) являются:</b> 1. НПВС парентерально 2. Трамадол 3. комбинированные анальгетики 4. триптаны (агонисты 5-HT <sub>1b/d</sub> -рецепторов)	<b>4</b>	ТК
<b>13. Препараты ботулинического токсина типа А могут быть использованы для профилактического лечения:</b> 1. головной боли напряжения 2. кластерной головной боли 3. хронической мигрени 4. все перечисленное верно	<b>3</b>	ТК

<p><b>14. Какие из перечисленных препаратов НЕ имеют доказанной эффективности при профилактическом лечении мигрени:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. б-блокаторы</li> <li>2. ангибиторы АПФ</li> <li>3. антагонисты АТ-2 рецепторов</li> <li>4. ноотропы</li> <li>5. все перечисленное верно</li> </ol>	4	ТК
<p><b>15. Препараты для патогенетического профилактического лечения мигрени:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. моноклональные антитела к CGRP (эренумаб, фреманезумаб)</li> <li>2. ботулинический токсин тип А</li> <li>3. противосудорожные средства (топирамат, вальпроевая кислота)</li> <li>4. антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин)</li> </ol>	1	ТК
<p><b>16. Приступы мигрени:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. чаще наблюдаются у женщин,</li> <li>2. чаще наблюдаются у мужчин,</li> <li>3. усиливаются в пожилом возрасте,</li> <li>4. длятся не более 4-х часов</li> </ol>	1	ТК
<p><b>17. Типичный возраст дебюта мигрени:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5-25 лет</li> <li>2. 35-45 лет</li> <li>3. 45-55 лет</li> <li>4. 55-65 лет</li> </ol>	1	ТК
<p><b>18. Головная боль при мигрени почти всегда самостоятельно проходит:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При беременности,</li> <li>2. При стрессе,</li> <li>3. После травмы головы,</li> <li>4. После холодного душа</li> </ol>	1	ТК
<p><b>19. Показанием для дополнительного исследования пациента с мигренью является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Высокая интенсивность головной боли,</li> <li>2. Лобно-височная локализация боли</li> <li>3. Возраст начала головной боли старше 50 лет</li> <li>4. Головная боль сопровождается тревогой</li> </ol>	3	ТК
<p><b>20. Зрительная аура при мигрени проявляется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Полная слепота на один глаз,</li> <li>2. Полная слепота на оба глаза</li> <li>3. Фотопсии</li> <li>4. Пресбиопия</li> </ol>	3	ТК
<p><b>21. Группа лекарственных средств, к которым относятся триптаны:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антагонисты серотонина,</li> <li>2. Блокаторы адренорецепторов</li> <li>3. Агонисты серотониновых рецепторов</li> <li>4. Агонисты ацетилхолина</li> </ol>	3	ТК
<p><b>22. Лечение приступа мигрени:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пирацетам,</li> <li>2. Дигидроэрготамин (дигидергот),</li> </ol>	2	ТК

3. Карбамазепин, 4. Пентоксифиллин		
<b>23. Головная боль при мигрени почти всегда сопровождается:</b> 1. Болью в руках, 2. Болью в шее, 3. Болью в глазу, 4. Болью в ухе	2	ТК
<b>24. Аура при мигрени:</b> 1. Возникает всегда вне приступа головной боли, 2. Возникает всегда при засыпании, 3. Возникает после приступа головной боли, 4. Возникает перед приступом головной боли	4	ТК
<b>25. Типичные симптомы приступа мигрени:</b> 1. Фотофобия, 2. Амавроз, 3. Гипоакузия, 4. Аносмия	1	ТК
<b>26. Купирование приступа мигрени:</b> 1. агонисты серотониновых рецепторов, 2. антидепрессанты, 3. сосудорасширяющие средства, 4. антикоагулянты	1	ТК
<b>27. Головная боль при мигрени почти всегда сопровождается:</b> 1. Непереносимостью прикосновения, 2. Непереносимостью холода, 3. Непереносимостью света, 4. Непереносимостью повышения атмосферного давления	3	ТК
<b>28. Для постановки формального диагноза мигрени необходимо наличие в анамнезе у пациента:</b> 1. Двух приступов, 2. Трех приступов, 3. Четырех приступов, 4. Пяти приступов	4	ТК
<b>29. Средства для профилактического лечения мигрени:</b> 1. Простые анальгетики, 2. Местные анестетики, 3. Парентеральное введение вазоактивных средств, 4. Антиконвульсанты	4	ТК
<b>30. У пациента с мигренью наличие головной боли длительностью 15 и более дней в месяц называется:</b> 1. Персистирующая мигрень, 2. Резистентная мигрень, 3. Хроническая мигрень, 4. Хроническая ежедневная головная боль	3	ТК
<b>31. Головная боль при мигрени почти всегда усиливается при:</b> 1. В горизонтальном положении, 2. В положении сидя, 3. При подъеме по лестнице,	3	ТК

4. При поднятии руки выше горизонтальной линии		
<b>32. Для выявления провоцирующих факторов при мигрени наиболее эффективно:</b> 1. Протестировать возможное влияние каждого фактора, 2. Исключение возможного влияния каждого фактора, 3. Фиксировать в дневнике возможное влияние каждого фактора, 4. Достаточно протестировать возможное влияние только пищевых факторов	3	ТК
<b>33. Средства для профилактического лечения мигрени:</b> 1. Ноотропы, 2. Антигистаминные средства, 3. Трициклические антидепрессанты, 4. Вазоактивные препараты	3	ТК
<b>34. Головная боль при мигрени почти всегда провоцируется:</b> 1. Горячей пищей, 2. Приемом кофе 3. Употреблением красного вина 4. Употреблением красных фруктов	3	ТК
<b>35. К тригеминальным вегетативным цефалгиям относятся:</b> 1. тригеминальная невралгия; 2. мигрень; 3. новая ежедневная персистирующая головная боль; 4. пароксизмальная гемикрания	4	ТК
<b>36. Для купирования приступа кластерной головной боли эффективно использование:</b> 1. НПВС парентерально, 2. опиоиды, 3. вдыхание кислорода, 4. магнезия внутривенно	3	ТК
<b>37. При первом эпизоде кластерной головной боли показано проведение:</b> 1. МРТ головного мозга в сочетании с МР-ангиографией, 2. рентгенографии шейного отдела позвоночника, 3. ЭЭГ, 4. УЗИ МАГ	1	ТК
<b>38. При строго односторонней головной боли, сопровождающейся ипсилатеральными вегетативными симптомами показано проведение:</b> 1. МРТ головного мозга в сочетании с МР-ангиографией, 2. рентгенографии шейного отдела позвоночника, 3. ЭЭГ, 4. УЗИ МАГ	1	ТК
<b>39. Для SUNCT синдрома характерны:</b> 1. односторонние кратковременные боли в окологлазничной области, 2. конъюнктивальная инъекция и слезотечение,	4	ТК

3. ринорея, 4. все верно		
<b>40. В приступе пучковой головной боли боль локализуется:</b> 1. В затылочной области, 2. В теменной области, 3. Вокруг глаза, 4. В шейно-плечевой области	<b>3</b>	ТК
<b>41. Длительность приступа пароксизмальной гемикрании:</b> 1. Секунды 2. 2-30 мин 3. 30-180 мин 4. 4-24 часа	<b>2</b>	ТК
<b>42. Приступы пучковой головной боли могут провоцироваться:</b> 1. Приемом горячей пищи 2. Приемом кофе 3. Приемом гистамина 4. Приемом эрготамина	<b>3</b>	ТК
<b>43. Головные боли напряжения:</b> 1. носят сжимающий или давящий характер 2. часто сопровождаются тошнотой и рвотой 3. возникают преимущественно в юношеском возрасте 4. длятся не более суток	<b>1</b>	ТК
<b>44. Пучковая головная боль возникает:</b> 1. Только у детей в возрасте до 10 лет 2. Только в возрасте до 15 лет 3. В молодом возрасте 20-40 лет 4. В старшем возрасте после 40 лет	<b>3</b>	ТК
<b>45. Головная боль напряжения бывает:</b> 1. Только у детей до 12 лет 2. Только у пожилых лиц старше 65 лет 3. Только у женщин 4. В любом возрасте как у мужчин, так и у женщин	<b>4</b>	ТК
<b>46. Профилактическое лечение головной боли напряжения:</b> 1. Антигипертензивные средства 2. Ноотропы 3. Трициклические антидепрессанты 4. Вазоактивные средства	<b>3</b>	ТК
<b>47. Для головной боли напряжения характерно:</b> 1. Боль в области глаза 2. Напряжение мышц скальпа 3. Боль при движении головой 4. Напряжение глазодвигательных мышц	<b>3</b>	ТК
<b>48. Нефармакологическое лечение головной боли напряжения:</b> 1. Биологическая обратная связь 2. Гомеопатия 3. Акупунктура 4. Мануальная терапия	<b>1</b>	ТК

<b>49. Длительность эпизода головной боли напряжения:</b> 1. От 10 до 15 минут 2. От 15 до 30 мин 3. От 30 мин до 7 дней 4. От 7 до 10 дней	3	ТК
<b>50. Тригеминальные вегетативные цефалгии – это головные боли, которые сопровождаются:</b> 1. Тахикардией 2. Похолоданием конечностей 3. Миозом 4. Гипергидрозом ладоней	3	ТК
<b>51. Боль в приступах кластерной головной боли бывает:</b> 1. Односторонняя периорбитальная 2. Односторонняя теменно-затылочная 3. Двусторонняя височная 4. Диффузная	1	ТК
<b>52. Хроническая головная боль напряжения, когда голова болит:</b> 1. 30 дней в месяц 2. 28-30 дней в месяц 3. 15 и более дней в месяц 4. 10 и более дней в месяц	3	ТК
<b>53. Течение пучковой головной боли:</b> 1. Неуклонно прогрессирующее 2. В виде периодов обострений и полного регресса 3. Стационарное 4. Постоянное приступообразное	2	ТК
<b>54. Купирования приступа пучковой головной боли:</b> 1. НПВП 2. Вдыхание 100%-ного кислорода 3. Нитроглицерин 4. Метамизол	2	ТК
<b>55. Для головной боли напряжения характерно:</b> 1. Шум в голове 2. Боль в области глаза 3. Напряжение перикраниальных мышц 4. Напряжение глазодвигательных мышц	3	ТК
<b>56. К первичным головным болям относятся:</b> 1. Хроническая посттравматическая головная боль 2. Головная боль, связанная с тромбозом церебральных вен 3. Головная боль, связанная с низким давлением ликвора 4. Гемикрания континуа	4	ТК
<b>57. Лечение приступа головной боли напряжения:</b> 1. Антikonвульсанты 2. НПВП 3. Сосудорасширяющие средства 4. Эрготамин	2	ТК
<b>58. Пучковая головная боль:</b> 1. Встречается преимущественно у мужчин 2. Встречается преимущественно у женщин	1	ТК

3. Встречается в детском возрасте		
4. Встречается преимущественно у пожилых		
<b>59. Факторы риска развития головной боли напряжения:</b>	<b>1</b>	ТК
1. эмоциональные нарушения (повышенная тревожность и депрессия)		
2. тяжелая физическая работа		
3. употребление шоколада, сыра или апельсинов		
4. аллергические реакции		
<b>60. При пучковой головной боли может развиваться синдром:</b>	<b>1</b>	ТК
1. Бернара-Горнера		
2. Вебера		
3. Броун-Секара		
4. Валленберга-Захарченко		
<b>61. Среди неврологических заболеваний наиболее частой причиной хронической боли является:</b>	<b>1</b>	ТК
1. мигрень		
2. тригеминальная невралгия		
3. рассеянный склероз		
4. туннельные нейропатии		
<b>62. Гастроэнтерологические заболевания ассоциированные с хроническим болевым синдромом:</b>	<b>4</b>	ТК
1. синдром раздраженного кишечника		
2. болезнь Крона		
3. хронический гастрит		
4. верно 1 и 3		
<b>63. Хроническая мигрень это:</b>	<b>1</b>	ТК
1. мигрень с частотой ГБ 15 и более дней в месяц, из которых 8 и более дней с мигренью, в течение 3х и более месяцев		
2. ежедневная мигрень в течение 3х и более месяцев		
3. мигрень длительностью более 6 месяцев		
4. все ответы верны		
<b>64. Препараты ботулинического токсина типа А могут быть использованы для профилактического лечения:</b>	<b>3</b>	ТК
1. головной боли напряжения,		
2. кластерной головной боли,		
3. хронической мигрени,		
4. все перечисленное верно.		
<b>65. Нелекарственные методы профилактики хронических головных болей в детском возрасте:</b>	<b>4</b>	ТК
1. регулярная аэробная оздоровительная спортивная нагрузка		
2. режим сна		
3. регулярное питание		
4. все перечисленное верно		
<b>66. Синонимом абзусной головной боли является:</b>	<b>2</b>	ТК
1. хроническая ежедневная головная боль		
2. медикаментозно индуцированная головная боль		
3. хроническая мигрень		
4. нет ни одного правильного ответа		

<p><b>67. Наиболее распространенной формой вторичных ГБ является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. головная боль при ОРВИ,</li> <li>2. головная боль при хронической ишемии мозга,</li> <li>3. головная боль при объемных образованиях головного мозга,</li> <li>4. головная боль при синуситах.</li> <li>5. цервикогенная головная боль</li> </ol>	1	ТК
<p><b>68. Цервикогенная головная боль это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. синдром отраженной ГБ, источником которой являются структуры шеи,</li> <li>2. сочетание головной боли и боли в шее,</li> <li>3. отраженная боль в шее при патологии структур головного мозга,</li> <li>4. боль в шее при мигрени.</li> </ol>	1	ТК
<p><b>69. Громоподобная головная боль это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. такой головной боли нет,</li> <li>2. головная боль во время грозы,</li> <li>3. внезапная острая интенсивная головная боль, достигающая максимальной интенсивности в течение 1 минуты,</li> <li>4. головная боль при болезни мойя-мойя.</li> </ol>	3	ТК
<p><b>70. Распространенность цервикогенной головной боли в популяции составляет:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0,4-2,5%,</li> <li>2. 10,1-14,5%,</li> <li>3. 30-35%,</li> <li>4. 18,2-21,1%.</li> </ol>	1	ТК
<p><b>71. Основными источниками цервикогенной головной боли являются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атлanto-аксиальные суставы, связки, сухожилия,</li> <li>2. Атлanto-окципитальные суставы, связки, сухожилия</li> <li>3. СII/СIII и СIII/СIV фасеточные суставы,</li> <li>4. Миогенные источники,</li> <li>5. Все перечисленное верно.</li> </ol>	5	ТК
<p><b>72. Для цервикогенной головной боли характерно:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рвота,</li> <li>2. "шейное" головокружение,</li> <li>3. провокация боли активными движениями в шейном отделе и/или при проведении мануального обследования,</li> <li>4. диплопия.</li> </ol>	3	ТК
<p><b>73. При развитии синдрома громоподобной головной боли в первую очередь необходимо исключить:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. субарахноидальное кровоизлияние,</li> <li>2. ОРВИ,</li> <li>3. глаукому,</li> <li>4. повышение артериального давление.</li> </ol>	1	ТК
<p><b>74. Для диагностики артериальной диссекции могут использоваться:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. УЗИ брахиоцефальных артерий</li> <li>2. МРТ головного мозга + МРА (FAT SAT)</li> <li>3. КТ ангиография</li> </ol>	5	ТК

4. Цифровая селективная ангиография 5. Все перечисленное верно.		
<b>75. В каком случае повышение АД является причиной головной боли:</b> 1. при повышении систолического АД выше 135 мм рт ст и диастолического выше 90 мм рт ст, 2. при повышении систолического АД выше 180 мм рт ст и диастолического выше 120 мм рт ст, 3. при повышении систолического АД выше 150 мм рт ст и диастолического выше 90 мм рт ст, 4. при любом повышении АД.	2	ТК
<b>76. Клиническими проявлениями внутричерепной гипертензии являются:</b> 1. Головная боль 2. Транзиторные зрительные нарушения в виде потемнения (затуманивания) перед глазами 3. Шум в голове 4. Все перечисленное верно.	4	ТК
<b>77. Основные характеристики головной боли при внутричерепной гипертензии:</b> 1. Диффузная, двухсторонняя, распирающая 2. Усиление боли в ночное и утреннее время 3. Провокация боли при кашле и натуживании 4. Все перечисленное верно.	4	ТК
<b>78. Головная боль, связанная с избыточным приемом анальгетиков это:</b> 1. головная боль на фоне эпизодического приема обезболивающих препаратов 2. аллергическая реакция 3. хроническая головная боль развивающаяся на фоне регулярного приема 3х и более месяцев одного или более средств для купирования головной боли 4. все перечисленное верно.	3	ТК
<b>79. В большинстве случаев ГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков развивается на фоне:</b> 1. мигрени 2. ГБН 3. кластерной ГБ 4. цервикогенной ГБ.	1	ТК
<b>80. Какое количество доз триптанов в месяц ассоциировано с развитием ГБ, связанной с избыточным приемом анальгетиков:</b> 1. 10 или более таблеток/месяц, 2. 15 или более таблеток/месяц, 3. 8 или более таблеток/месяц, 4. все перечисленное верно.	1	ТК
<b>81. Какое количество доз НПВП в месяц ассоциировано с развитием ГБ, связанной с избыточным приемом анальгетиков:</b> 1. 10 или более таблеток/месяц, 2. 15 или более таблеток/месяц, 3. 8 или более таблеток/месяц,	2	ТК

4. все перечисленное верно.		
<b>82. Какое количество доз комбинированных анальгетиков (содержащих кодеин/барбитураты) в месяц ассоциировано с развитием ГБ, связанной с избыточным приемом анальгетиков:</b> 1. 10 или более таблеток/месяц, 2. 15 или более таблеток/месяц, 3. 8 или более таблеток/месяц, 4. все перечисленное верно.	3	ТК
<b>83. Распространенность ГБ, связанной с избыточным приемом анальгетиков:</b> 1. 0,1-0,5%, 2. 1-2%, 3. 8-10%, 4. менее 0,1%.	2	ТК
<b>84. ГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков:</b> 1. осложнение первичных форм головных болей, 2. вторичная головная боль, 3. нежелательная лекарственная реакция, 4. аллергическая реакция.	2	ТК
<b>85. Одним из основных подходов к терапии ГБ, связанной с избыточным приемом анальгетиков является:</b> 1. назначение физиотерапии, массажа и ЛФК 2. отмена анальгетиков на фоне которых развилась абузусная ГБ 3. инфузионная терапия, 4. использование антидепрессантов.	2	ТК
<b>86. Перечислите МРТ критерии идиопатической внутричерепной гипертензии:</b> 1. «пустое турецкое седло» 2. уплощение задней поверхности глазного яблока 3. расширение perioптического субарахноидального пространства и или без повышенной извитости зрительного нерва 4. стеноз поперечного синуса 5. все перечисленное верно.	5	ТК
<b>87. Показатели давления ликвора при идиопатического внутричерепной гипертензии</b> 1. 250 мм. вод. стб, 2. 150 мм вод. стб, 3. 200 мм вод. стб, 4. > 180 мм вод. стб.	1	ТК
<b>88. Для интракраниальной ГИПОтензии характерна:</b> 1. головная боль, усиливающаяся ночью и утром 2. ортостатическая головная боль (усиление в вертикальном положении), 3. мигрень с аурой, 4. односторонняя головная боль.	2	ТК
<b>89. Наиболее частой причиной транзиторной интракраниальной гипотензии является:</b> 1. хлыстовая травма	2	ТК

2. люмбальная пункция и эпидуральная анестезия, 3. опухоли спинного мозга, 4. экстрезии межпозвонковых дисков.		
<b>90. Терапия ГБ, связанной с избыточным приемом анальгетиков включает:</b> 1. Обучение и ведение пациента 2. Психологическая и поведенческая коррекция 3. Отмена абзусного препарата («детоксикация») 4. Профилактическая терапия 5. все перечисленное верно.	<b>5</b>	ТК
<b>91. Более эффективная тактика отмены абзусного анальгетика:</b> 1. одномоментная отмена 2. постепенная отмена 3. нет разницы между данными подходами	<b>1</b>	ТК
<b>92. Показания для стационарной отмены абзусного анальгетика:</b> 1. злоупотребление опиоидами, барбитуратами, бензодиазепинами 2. тяжелая психиатрическая или соматическая патология 3. опыт предшествующей неудачной отмены в амбулаторных условиях 4. все перечисленное верно.	<b>4</b>	ТК
<b>93. Постравматическая головная боль это:</b> 1. ГБ, которая развилась после любой ЧМТ вне зависимости от времени 2. ГБ, которая развилась в течение 7 дней после ЧМТ 3. ГБ, которая развилась в течение месяца после ЧМТ 4. все перечисленное верно.	<b>2</b>	ТК
<b>94. Ретрофарингеальный тендинит может быть причиной:</b> 1. мигрени 2. головной боли напряжения 3. цервикогенной головной боли 4. все перечисленное верно.	<b>4</b>	ТК
<b>95. К первичным головным болям относится:</b> 1. Цервикогенная головная боль 2. Лекарственно-индуцированная головная боль 3. Головная боль напряжения 4. Головная боль, связанная с голоданием	<b>3</b>	ТК, ПА
<b>96. К вторичным головным болям относится:</b> 1. Гипническая головная боль 2. Головная боль, связанная с физической активностью 3. Кашлевая головная боль 4. Головная боль, связанная с хлыстовой травмой	<b>4</b>	ТК, ПА
<b>97. Структуры, которые могут быть источником головной боли:</b> 1. Паренхима мозга 2. Тела шейных позвонков 3. Твердая мозговая оболочка 4. Сосудистые сплетения	<b>3</b>	ТК, ПА

<p><b>98. К тригеминальным вегетативным цефалгиям относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тригеминальная невралгия</li> <li>2. Головная боль при патологии параназальных синусов</li> <li>3. Головная боль, связанная с артериовенозной мальформацией</li> <li>4. Пароксизмальная гемикрания</li> </ol>	4	ТК, ПА
<p><b>99. Настораживающие симптомы («красные флажки»), требующие обследования пациента с головной болью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. высокая интенсивность головной боли</li> <li>2. появление впервые головной боли у пациента старше 50 лет</li> <li>3. наличие рвоты во время головной боли</li> <li>4. наследственный характер головной боли</li> </ol>	2	ТК, ПА
<p><b>100. Показания для дополнительного обследования пациента с головной болью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Появление впервые головной боли у пациента старше 50 лет</li> <li>2. Высокая интенсивность головной боли</li> <li>3. Наличие сопутствующей патологии</li> <li>4. Наличие тревоги</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>101. Показания для ЭЭГ у пациента с головной болью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Приступообразный характер головной боли</li> <li>2. Парестезии в приступе головной боли</li> <li>3. Судорожные подергивания в приступе головной боли</li> <li>4. Наличие зрительных нарушений в приступе головной боли</li> </ol>	3	ТК, ПА
<p><b>102. Показанием для люмбальной пункции у пациента с головной болью является :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Громоподобная головная боль</li> <li>2. Возникновение головной боли после употребления алкоголя</li> <li>3. Развитие головокружения на фоне головной боли</li> <li>4. Зрительные нарушения в приступе головной боли</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>103. Показанием для госпитализации пациента с головной болью является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повторяющаяся рвота</li> <li>2. Непереносимость света</li> <li>3. Громоподобное начало головной боли</li> <li>4. Высокий уровень тревоги</li> </ol>	3	ТК, ПА
<p><b>104. Хронической является головная боль, которая возникает в месяц на протяжении:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2-4 дней</li> <li>2. 5-7 дней</li> <li>3. 10-12 дней</li> <li>4. 15 дней и более</li> </ol>	3	ТК, ПА
<p><b>105. Хронической является головная боль, которая возникает в месяц на протяжении:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2-4 дней</li> <li>2. 5-7 дней</li> <li>3. 10-12 дней</li> </ol>	3	

4. 15 дней и более		
<b>106. Диагноз первичной головной боли ставится на основании:</b> 1. Данных МРТ 2. Лабораторных данных 3. Данных УЗИ 4. Клинических данных	4	
<b>107. Показанием для дополнительного обследования пациента с головной болью является:</b> 1. Головная боль провоцируется тревогой 2. Головная боль провоцируется приемом алкоголя 3. Головная боль провоцируется ярким светом 4. Головная боль провоцируется кашлем	4	
<b>108. Показания для дополнительного обследования пациента с головной болью является:</b> 1. Наличие головокружения 2. Наличие фотофобии 3. Неврологический дефицит 4. Наличие фотопсий	3	
<b>109. Проведение МРТ рекомендуется, если головная боль провоцируется:</b> 1. Ярким светом 2. Приемом кофе 3. Сексуальной активностью 4. Алкоголем	3	
<b>110. Длительность головной боли при приступе мигрени:</b> 1. 1-4 часа 2. 4-72 часа 3. 30-180 минут 4. 3-5 дней	2	ТК, ПА
<b>111. К группе тригеминальных вегетативных цефалгий относится:</b> 1. мигрень 2. головная боль напряжения 3. кластерная головная боль 4. гипническая головная боль	3	ТК, ПА
<b>112. Длительность приступа кластерной головной боли:</b> 1. 10-15 минут 2. 15-180 минут 3. 2-4 часа 4. 4-72 часа	2	ТК, ПА
<b>113. Продолжительность симптомов мигренозной ауры составляет:</b> 1. 5-60 минут 2. Несколько часов 3. 2-5 минут 4. Менее 2х минут	1	ТК, ПА
<b>114. Автономные проявления (слезотечение, гиперемия конъюнктивы, заложенность носа и др.) на стороне головной боли типичны для:</b> 1. мигрени	3	ТК, ПА

2. головной боли напряжения		
3. кластерной головной боли		
4. головной боли при артериальной гипертензии		
<b>115. Для головной боли напряжения характерно:</b> 1. Односторонняя пульсирующая головная боль 2. Тошнота, рвота 3. Усиление головной боли при физической нагрузке 4. Двухсторонняя сжимающая ноющая головная боль	<b>4</b>	ТК, ПА
<b>116. Для подтверждения диагноза мигрени необходимо проведение:</b> 1. ЭЭГ 2. УЗИ брахиоцефальных сосудов 3. МРТ головного мозга 4. Мигрень – клинический диагноз, нет необходимости в дополнительных исследованиях	<b>4</b>	ТК, ПА
<b>117. При хронической мигрени частота дней с головной болью в месяц, составляет:</b> 1. 15 и более дней в месяц 2. 10 и более дней в месяц 3. 25 и более дней в месяц 4. Ежедневно	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>118. Громоподобная головная боль это:</b> 1. Головная боль нарастающая до максимальной интенсивности (10 баллов по ВАШ) в течение 1 минуты 2. Головная боль, развивающаяся в момент грозы 3. Головная боль после удара молнии 4. Головная боль, сочетающаяся со зрительными нарушениями	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>119. К специфической терапии приступа мигрени относятся:</b> 1. НПВП 2. Парацетамол 3. Триптаны (суматриптан, золмитриптан и др) 4. Ноотропы	<b>3</b>	ТК, ПА
<b>120. Наиболее частой причиной вторичных головных болей являются:</b> 1. Синусит 2. Опухоли головного мозга 3. Инсульт 4. ОРВИ	<b>4</b>	ТК, ПА

**Раздел дисциплины (тема): Лицевые боли и краниальные невралгии**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<b>1. Какая самая частая причина симптоматической невралгии тройничного нерва у лиц молодого возраста:</b> 1. Опухоли задней черепной ямки 2. Рассеянный склероз	<b>2</b>	ТК

3. 4. 5.	Инфекция, вызванная Herpes вирусом Инфаркт головного мозга Травма лица		
2. 1. 2. 3. 4. 5.	<b>С чем следует дифференцировать боль в области глаза?</b> Невралгическая стадия Herpes инфекции Острый приступ глаукомы Пучковая головная боль Верно А и Б Все перечисленное верно	5	ТК
3. 1. 2. 3. 4.	<b>Назовите синдром, который включает периодические боли в области глазницы, её отек, а также поражение одного или нескольких черепных нервов (III, IV и/или VI):</b> Синдром Градениго Синдром Ханта Синдром Толосы-Ханта Синдром Бернара-Горнера	3	ТК
4. 1. 2. 3. 4. 5.	<b>Характерными признаками истерических лицевых болей являются:</b> Обычно симметричные, часто сочетаются с головными болями Боли «ужасные, нестерпимые», но при этом мало отражаются на повседневной активности Интенсивность болей варьирует в течение дня Верно А и Б Все перечисленное верно	5	ТК
5. 1. 2. 3. 4.	<b>Назовите группу препаратов, которые НЕ применяют в лечении постгерпетической тригеминальной невралгии :</b> Антиконвульсанты Местные анестетики Антидепрессанты НПВС	4	ТК
6. 1. 2. 3. 4.	<b>Для синдрома Толоса-Ханта характерно:</b> головная боль предшествует парезу глазодвигательных нервов в течение $\leq$ 2недели или парез развивается одновременно с головной болью односторонняя ГБ и зрительная аура головная боль в сочетании с ишемическим инсультом верно 1 и 3.	1	ТК
7. 1. 2. 3. 4.	<b>Для лечения идиопатической невралгии тройничного нерва применяются:</b> Антиконвульсанты Спазмолитики Ненаркотические анальгетики Клипирование аневризмы церебральной артерии	1	ТК
8. 1. 2. 3.	<b>Препаратом выбора для лечения невралгии тройничного нерва является:</b> Амитриптилин Прегабалин Ламотриджин	4	ТК

4.	Карбамазепин		
9.	<b>Для невралгии тройничного нерва не характерно:</b> 1. Гипестезия в зоне иннервации II ветви V ч.н 2. Наличие триггерных зон 3. Провокация болевого приступа приемом пищи 4. Высокая интенсивность боли	1	ТК
10.	<b>Локализация боли в периорбитальной, лобно-височной областях маловероятна при:</b> 1. Невралгии тройничного нерва 2. Дисфункции ВНЧС 3. Головной боли напряжения 4. Височном артериите	3	ТК
11.	<b>Сочетание боли в височной области и повышения СОЭ типично для:</b> 1. Невралгии тройничного нерва 2. Дисфункции ВНЧС 3. Головной боли напряжения 4. Височного артериита	4	ТК
12.	<b>Выявление тригемино-васкулярного конфликта проводится методом:</b> 1. ЭНМГ 2. Тригеминальных вызванных потенциалов 3. МРТ 4. МСКТ-ангиографии	3	ТК
13.	<b>Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава не характерно:</b> 1. Стреляющий характер боли 2. Постоянная монотонная боль височной локализации 3. Усиление боли при жевании 4. S-образное смещение нижней челюсти при открывании рта	1	ТК
14.	<b>Для тригеминальной невралгии типичным является:</b> 1. Кратковременные стреляющие боли 2. Патология прикуса 3. Постоянная монотонная боль височной локализации 4. S-образное смещение нижней челюсти при открывании рта	1	ТК
15.	<b>Лечение невропатической боли при тригеминальной невралгии включает:</b> 1. Большие дозы ненаркотических анальгетиков 2. Противосудорожные средства 3. Наркотические анальгетики 4. Миорелаксанты	2	ТК
16.	<b>При постгерпетической невралгии тройничного нерва, как правило, страдает:</b> 1. III ветвь V ч.н. 2. I ветвь V ч.н. 3. II ветвь V ч.н. 4. Жевательная мускулатура	2	ТК
17.	<b>Для лечения синдрома Костена применяется:</b>	1	ТК

1. Ортодонтическая коррекция 2. Спазмолитики 3. Наркотические анальгетики 4. Клипирование аневризмы церебральной артерии		
<b>18. Для исключения височного артериита целесообразно проведение:</b> 1. УЗДС височных артерий 2. МР-ангиографии интракраниальных артерий 3. МР-флебографии 4. УЗДС БЦА	1	ТК
<b>19. Для болевой дисфункции ВНЧС характерно:</b> 1. Гипестезия в зоне иннервации II ветви V ч.н. 2. Приступообразный характер боли 3. Напряжение и болезненность при пальпации жевательной мускулатуры 4. Высокая интенсивность боли	3	ТК
<b>20. Локализация боли в периорбитальной, лобно-височной областях требует исключения:</b> 1. Невралгии затылочного нерва 2. Невралгии языкоглоточного нерва 3. Головной боли напряжения 4. Глаукомы	4	ТК
<b>21. Сочетание боли в височной области и ограничения открывания рта типично для:</b> 1. Невралгии тройничного нерва 2. Дисфункции ВНЧС 3. Головной боли напряжения 4. Височного артериита	2	ТК
<b>22. Основной методикой, подтверждающей диагноз дисфункции ВНЧС является:</b> 1. Клинический осмотр 2. Метод тригеминальных вызванных потенциалов 3. Рентгенография ВНЧС 4. МСКТ-ВНЧС	1	ТК
<b>23. Локализация боли при дентальной плексалгии:</b> 1. Область верхней челюсти 2. Область нижней челюсти 3. Височная область 4. Периорбитальная область	1	ТК
<b>24. Впервые возникшая лицевая боль требует исключения следующей патологии за исключением:</b> 1. Гайморит 2. Одонтогенная патология 3. Постгерпетической невралгии 4. Приступ закрытоугольной глаукомы	3	ТК
<b>25. Лечение невропатической боли при постгерпетической тригеминальной невралгии включает:</b> 1. Большие дозы ненаркотических анальгетиков 2. Противосудорожные средства и антидепрессанты 3. Наркотические анальгетики 4. Миорелаксанты	2	ТК

<b>26. При идиопатической тригеминальной невралгии тройничного нерва, как правило, страдает:</b> 1. III ветвь V ч.н. 2. I ветвь V ч.н. 3. II ветвь V ч.н. 4. Жевательная мускулатура	3	ТК
<b>27. В анамнезе пациентов с невропатией луночкового нерва обычно имеется указание:</b> 1. На травматичное стоматологическое лечение 2. Психопатологию 3. Пороки развития зубочелюстной системы 4. Артериальную гипертензию	1	ТК
<b>28. В процессе дифференциальной диагностики прозопалгии может потребоваться консультация следующих специалистов за исключением:</b> 1. Офтальмолог 2. Стоматолог 3. Лор-врач 4. Сурдолог	4	ТК
<b>29. Для невропатии тройничного нерва характерно:</b> 1. Гипестезия в зоне иннервации II ветви V ч.н. 2. Наличие триггерных зон 3. Провокация болевого приступа приемом пищи 4. Высокая интенсивность боли	1	ТК
<b>30. Для дисфункции височно-нижнечелюстного сустава не характерно наличие:</b> 1. Ноющей боли височной локализации 2. Боли при пальпации жевательной мускулатуры 3. Вегетативного сопровождения 4. Ограничения открывания рта	3	ТК
<b>31. При клиническом осмотре практически недоступна пальпации:</b> 1. Жевательная мышца 2. Височная мышца 3. Медиальная крыловидная мышца 4. Латеральная крыловидная мышца	3	ТК

### Шифр и наименование компетенции

- готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);

**Раздел дисциплины (тема): Центральные боли**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<b>1. Центральная невропатическая боль связана с поражением</b> 1. Периферических нервов 2. Головного и спинного мозга 3. Болевых рецепторов 4. Суставов позвоночника	2	ТК

<b>2. Центральная боль характеризуется</b> 1. Ноющими болями 2. Жжением, «иголками», прострелами 3. Давящими болями 4. Колющими болями	2	ТК
<b>3. В лечении центральной невропатической боли не рекомендуют назначать:</b> 1. Антиконвульсанты 2. Антидепрессанты 3. НПВП 4. Лидокаин	3	ТК
<b>4. Центральная постинсультная боль может появиться при поражении</b> 1. Периферических нервов 2. Центрального (верхнего) мотонейрона 3. Таламокортикальных путей 4. Связочного аппарата позвоночника	3	ТК
<b>5. Механизм действия прегабалина связан</b> 1. С блокированием натриевых каналов 2. С действием на $\alpha 2$ -субъединицу кальциевых каналов 3. С блокированием $\alpha$ -адренорецепторов периферических нервов 4. Воздействием на калиевые каналы	2	ТК
<b>6. В лечении центральной невропатической боли не рекомендуют назначать:</b> 1. Транквилизаторы 2. Ноотропные средства 3. НПВП 4. Все перечисленное выше	4	ТК
<b>7. Препараты первого ряда для терапии центральной постинсультной боли</b> 1. Карбамазепин, amitриптилин, пластины с лидокаином 2. Прегабалин, amitриптилин 3. НПВП, amitриптилин, пластины с лидокаином 4. Карбамазепин, НПВП, пластины с лидокаином	2	ТК
<b>8. Препараты первого ряда для терапии невропатической боли при поражении спинного мозга</b> 1. Карбамазепин, amitриптилин 2. Прегабалин, amitриптилин 3. НПВП, amitриптилин 4. Габапентин, лидокаин	2	ТК
<b>9. Для уменьшения интенсивности центральной постинсультной боли можно использовать</b> 1. Индометацин 2. Парацетамол 3. Прегабалин 4. Напроксен	3	ТК
<b>10. К скрининговым опросникам выявления невропатической боли относятся:</b> 1. PainDETECT 2. DN4 3. LANSS 4. все перечисленное верно	4	ТК

<b>11. Центральная невропатическая боль характеризуется</b> 1. Давящими болями 2. Ползанием мурашек, жжением 3. Ноющими болями 4. Тянущими болями	2	ТК
<b>12. В лечении центральной невропатической боли рекомендуют назначать:</b> 1. Антиконвульсанты 2. Парацетамол 3. НПВП 4. Транквилизаторы	1	ТК
<b>13. В лечении центральной невропатической боли рекомендуют назначать:</b> 1. Антидепрессанты 2. Парацетамол 3. НПВП 4. Транквилизаторы	1	ТК
<b>14. Дополнительный метод диагностики причин центральной невропатической боли</b> 1. Электронейромиография 2. МРТ 3. Доплерография 4. Реовазография	2	ТК
<b>15. Причина развития центральной невропатической боли</b> 1. Синдром карпального канала 2. Инсульт 3. Мышечнотонический синдром 4. Дистония	2	ТК
<b>16. Причина развития центральной невропатической боли</b> 1. Рассеянный склероз 2. Поражение спинного мозга 3. Инсульт 4. Все перечисленное выше	4	ТК
<b>17. Причина развития центральной невропатической боли</b> 1. Диабетическая полиневропатия 2. Рассеянный склероз 3. Болезнь Паркинсона 4. Эпилепсия	2	ТК
<b>18. К скрининговым опросникам выявления невропатической боли относится:</b> 1. Тест Мини-Ког 2. DN4 3. SF-36 4. Шкала HADS	2	ТК
<b>19. К скрининговым опросникам выявления невропатической боли относится:</b> 1. Шкала Гамильтона 2. DN4 3. Шкала Спирбергера 4. Шкала HADS	2	ТК
<b>20. Для центральной невропатической боли характерно:</b> 1. Гипералгезия	1	ТК

2. Мышечная дистония 3. Спастический парез 4. Гиперкинез		
<b>21. Для центральной невропатической боли НЕ характерно:</b> 1. Гипералгезия 2. Гиперестезия 3. Аллодиния 4. Гипокинезия	4	ТК
<b>22. Для центральной невропатической боли характерно:</b> 1. Аллодиния 2. Атаксия 3. Центральный парез 4. Гиперкинез	1	ТК
<b>23. Для центральной невропатической боли характерно:</b> 1. Парестезии 2. Дистония 3. Атаксия 4. Гипокинезия	1	ТК
<b>24. Центральная невропатическая боль это:</b> 1. Боль, вследствие поражения центральной нервной системы 2. Боль при поражении центральной части периферического нерва 3. Боль, распространяющаяся от центра поражения к периферии 4. Боль в центральной части позвоночника	1	ТК
<b>25. Центральная невропатическая боль возникает при повреждении:</b> 1. Спино-таламического тракта 2. Пирамидных путей 3. Оливоспинального пути 4. Рубро-спинального пути	1	ТК
<b>26. Центральная невропатическая боль чаще характеризуется</b> 1. Холодящими болями, жжением 2. Ноющими болями 3. Давящими болями 4. Тянущими болями	1	ТК
<b>27. В лечении центральной невропатической боли рекомендуют назначать:</b> 1. Антиконвульсанты 2. Транквилизаторы 3. НПВП 4. Лидокаин	1	ТК
<b>28. Дополнительный метод диагностики причин центральной невропатической боли</b> 1. Электронейромиография 2. Количественное сенсорное тестирование 3. Доплерография 4. МРТ	4	ТК

Раздел дисциплины (тема): Болевые невропатии

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<b>1. Невропатическая боль характеризуется:</b> 1. Ноющими болями 2. Жжением, "иголками", прострелами 3. Давящими болями 4. Коллющими болями	2	ТК
<b>2. В лечении периферической невропатической боли не рекомендуют назначать:</b> 1. Антиконвульсанты 2. Антидепрессанты 3. НПВП 4. Лидокаин	3	ТК
<b>3. Боль при радикулопатии с точки зрения механизмов боли является:</b> 1. Ноцицептивной 2. Невропатической 3. Смешанной	3	ТК
<b>4. Препараты первого ряда для терапии постгерпетической невралгии:</b> 1. Карбамазепин, amitриптилин, пластины с лидокаином 2. Прегабалин, габапентин, amitриптилин, пластины с лидокаином 3. НПВП, amitриптилин, пластины с лидокаином 4. Карбамазепин, НПВП, пластины с лидокаином	2	ТК
<b>5. Препараты первого ряда для терапии боли при диабетической полиневропатии:</b> 1. Карбамазепин, amitриптилин 2. Прегабалин, габапентин, пластины с лидокаином 3. НПВП, amitриптилин 4. Прегабалин, габапентин, дулоксетин	4	ТК
<b>6. Для уменьшения интенсивности невропатической боли при диабетической полиневропатии можно использовать:</b> 1. Индометация 2. Парацетамол 3. Габапентин 4. Напроксен	3	ТК
<b>7. К скрининговым опросникам выявления периферической нейропатической боли относятся:</b> 1. PainDETECT 2. DN4 3. LANSS 4. все перечисленное верно	4	ТК
<b>8. Периферическая невропатическая боль характеризуется:</b> 1. Давящими болями 2. Ползанием мурашек, жжением 3. Ноющими болями 4. Тянущими болями	2	ТК
<b>9. В лечении периферической невропатической боли рекомендуют назначать:</b>	1	ТК

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антikonвульсанты</li> <li>2. Парацетамол</li> <li>3. НПВП</li> <li>4. Транквилизаторы</li> </ol>		
<p><b>10. Боль при радикулопатии с точки зрения механизмов является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психогенной</li> <li>2. Невропатической</li> <li>3. Смешанной</li> <li>4. Дисфункциональной</li> </ol>	3	ТК
<p><b>11. В лечении периферической невропатической боли рекомендуют назначать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антидепрессанты</li> <li>2. Парацетамол</li> <li>3. НПВП</li> <li>4. Транквилизаторы</li> </ol>	1	ТК
<p><b>12. Периферическая невропатическая боль связана с поражением:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Периферических нервов</li> <li>2. Головного и спинного мозга</li> <li>3. Болевых рецепторов</li> <li>4. Связок позвоночника</li> </ol>	1	ТК
<p><b>13. Механизм действия прегабалина связан:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С блокированием натриевых каналов</li> <li>2. С действием на альфа2-субъединицу кальциевых каналов</li> <li>3. С блокированием альфа-адренорецепторов периферических нервов</li> <li>4. Воздействием на калиевые каналы</li> </ol>	2	ТК
<p><b>14. Дополнительный метод диагностики при периферической невропатической боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Электронейромиография</li> <li>2. Электроэнцефалография</li> <li>3. Доплерография</li> <li>4. Реовазография</li> </ol>	1	ТК
<p><b>15. Причина развития периферической невропатической боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром карпального канала</li> <li>2. Миофасциальный синдром</li> <li>3. Мышечнотонический синдром</li> <li>4. Дистония</li> </ol>	1	ТК
<p><b>16. Причина развития периферической невропатической боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром кубитального канала</li> <li>2. Поражение спинного мозга</li> <li>3. Инсульт</li> <li>4. Рассеянный склероз</li> </ol>	1	ТК
<p><b>17. Причина развития периферической невропатической боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диабетическая полиневропатия</li> <li>2. Сирингомиелия</li> <li>3. Болезнь Паркинсона</li> </ol>	1	ТК

4. Эпилепсия		
<b>18. К скрининговым опросникам выявления периферической невропатической боли относится:</b> 1. Тест Мини-Ког 2. DN4 3. SF-36 4. Шкала HADS	2	ТК
<b>19. К скрининговым опросникам выявления периферической невропатической боли относится:</b> 1. Шкала Гамильтона 2. DN4 3. Шкала Спирбергера 4. Шкала HADS	2	ТК
<b>20. Для периферической невропатической боли характерно:</b> 1. Гипералгезия 2. Мышечная дистония 3. Спастический парез 4. Гиперкинез	1	ТК
<b>21. Для периферической невропатической боли НЕ характерно:</b> 1. Гипералгезия 2. Гиперестезия 3. Аллодиния 4. Гиперкинез	4	ТК
<b>22. Для периферической невропатической боли характерно:</b> 1. Аллодиния 2. Атаксия 3. Центральный парез 4. Гиперкинез	1	ТК
<b>23. Для периферической невропатической боли характерно:</b> 1. Парестезии 2. Дистония 3. Атаксия 4. Гипертонус	1	ТК
<b>24. К средствам патогенетической терапии боли при диабетической невропатии относится:</b> 1. Тиоктовая кислота 2. Пирацетам 3. Витамин D 4. Индометацин	1	ТК
<b>25. К средствам патогенетической терапии боли при диабетической невропатии относится:</b> 1. Тиоктовая кислота 2. Парацетамол 3. Витамин E 4. Прегабалин	1	ТК
<b>26. Для оценки невропатического компонента послеоперационного болевого синдрома может использоваться шкала:</b>	1	ТК

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. DN4</li> <li>2. Шкала Освестри</li> <li>3. Шкала Роланда-Морриса</li> <li>4. Цифровая рейтинговая шкала</li> </ol>		
<p><b>27. С помощью какого опросника можно оценить, как интенсивность боли, так и ее эмоциональный компонент:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. визуально-аналоговая шкала (ВАШ),</li> <li>2. PainDETECT,</li> <li>3. Опросник Мак-Гилла</li> <li>4. FIRST</li> </ol>	3	ТК
<p><b>28. К нейрофизиологическим методам оценки болевой чувствительности относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)</li> <li>2. ЭЭГ</li> <li>3. ЭМГ</li> <li>4. ССВП</li> </ol>	4	ТК
<p><b>29. Для количественной оценки порога боли используется метод:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ноцицептивный флексорный рефлекс</li> <li>2. ВКСП</li> <li>3. ЭМГ</li> <li>4. ТМС</li> </ol>	1	ТК
<p><b>30. Для объективной оценки боли используют метод:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. соматосенсорные вызванные потенциалы</li> <li>2. электромиография</li> <li>3. транскраниальная магнитная стимуляция</li> <li>4. КТ</li> </ol>	1	ТК
<p><b>31. Метод оценки порогов тепловой и холодовой чувствительности:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соматосенсорные вызванные потенциалы</li> <li>2. Вызванный кожный симпатический потенциал</li> <li>3. Количественное сенсорное тестирование</li> <li>4. ЭЭГ</li> </ol>	3	ТК
<p><b>32. Для оценки состояния тонких волокон нервов используют метод:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭМГ</li> <li>2. транскраниальная магнитная стимуляция</li> <li>3. Количественного сенсорного тестирования</li> <li>4. соматосенсорные вызванные потенциалы</li> </ol>	3	ТК
<p><b>33. Для объективной оценки болевых ощущений используют:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭМГ</li> <li>2. транскраниальная магнитная стимуляция</li> <li>3. КТ</li> <li>4. Лазерные вызванные потенциалы</li> </ol>	4	ТК
<p><b>34. Набор инструментов для диагностики сенсорных нарушений включает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Камертон</li> <li>2. Монофиламент</li> <li>3. Терморучка</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	4	ТК

<p><b>35. Для диагностики невропатии тонких волокон используют:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Количественное сенсорное тестирование</li> <li>2. Конфокальную микроскопию нервов роговицы</li> <li>3. Оценку интраэпидермальных нервных волокон</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	4	ТК
<p><b>36. К неинвазивным методам оценки состояния тонких волокон нервов относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭМГ</li> <li>2. Конфокальная микроскопия нервов роговицы</li> <li>3. транскраниальная магнитная стимуляция</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	2	ТК
<p><b>37. Аллодиния это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул</li> <li>2. повышенная болевая чувствительность</li> <li>3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации</li> <li>4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы</li> </ol>	1	ТК
<p><b>38. Гипералгезия это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул</li> <li>2. повышенная болевая чувствительность</li> <li>3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации</li> <li>4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы</li> </ol>	2	ТК
<p><b>39. Сенситизация это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул</li> <li>2. повышенная болевая чувствительность</li> <li>3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации</li> <li>4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы</li> </ol>	4	ТК
<p><b>40. Уровень переносимости боли это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул</li> <li>2. повышенная болевая чувствительность</li> <li>3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации</li> <li>4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы</li> </ol>	3	ТК
<p><b>41. Основной механизм анальгезии при использовании опиоидов связан с действием на:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\mu</math>-опиоидные рецепторы</li> <li>2. Na-каналы</li> <li>3. Ca-каналы</li> <li>4. ингибирование обратного захвата норэпинефрина</li> <li>5. агонисты альфа<sub>2</sub>-адренорецепторов</li> </ol>	1	ТК
<p><b>42. Основной механизм анальгезии при использовании лидокаина, карбамазепина и ламотриджина связан с действием на:</b></p>	2	ТК

1. $\mu$ -опиоидные рецепторы 2. Na-каналы 3. Ca-каналы 4. ингибирование обратного захвата норэпинефрина 5. агонисты альфа2-адренорецепторов		
<b>43. Основной механизм анальгезии при использовании габапентина и прегабалина связан с действием на:</b> 1. $\mu$ -опиоидные рецепторы 2. Na-каналы 3. Ca-каналы 4. ингибирование обратного захвата норэпинефрина 5. агонисты альфа2-адренорецепторов	<b>3</b>	ТК
<b>44. Основной механизм анальгезии при использовании трициклических антидепрессантов и СИОЗСН связан с действием на:</b> 1. $\mu$ -опиоидные рецепторы 2. Na-каналы 3. Ca-каналы 4. ингибирование обратного захвата норэпинефрина 5. агонисты альфа2-адренорецепторов	<b>4</b>	ТК
<b>45. Основной механизм анальгезии при использовании тизанидина/клонидина связан с действием на:</b> 1. $\mu$ -опиоидные рецепторы 2. Na-каналы 3. Ca-каналы 4. ингибирование обратного захвата норэпинефрина 5. агонисты альфа2-адренорецепторов	<b>5</b>	ТК
<b>46. Препараты первой линии для терапии хронической нейропатической боли:</b> 1. антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты 2. ботулинический токсин, 3. ноотропы, 4. витамины группы В.	<b>1</b>	ТК
<b>47. Для уменьшения интенсивности невропатической боли можно использовать</b>  1. Берлитион 2. Парацетамол 3. Габапентин 4. Напроксен	<b>3</b>	ТК
<b>48. К местным анестетикам относятся:</b> 1. Новокаин, лидокаин, бупивакаин 2. Кетопрофен, ибупрофен, кеторолак 3. Амитриптилин, фенлафаксин, флуоксетин 4. Габапентин, карбамазепин, прегабалин	<b>1</b>	ТК
<b>49. Частота встречаемости синдрома запястного канала у трудоспособного населения:</b> 1. 0,01-0,1% 2. 0,5-2% 3. 2-5% 4. 10-15%	<b>2</b>	ТК
<b>50. Для синдрома запястного канала нехарактерны:</b>	<b>2</b>	ТК

1. онемение в 1-3 пальцах руки 2. онемение в 4-5 пальцах руки 3. симптом Фалена 4. симптом Тинеля		
<b>51. Для синдрома кубитального канала характерны:</b> 1. онемение в 1-3 пальцах руки 2. онемение в 4-5 пальцах руки 3. онемение в области плеча	2	ТК
<b>52. При компрессионной невропатии срединного нерва может развиваться:</b> 1. «обезьянья кисть» 2. «когтистая кисть» 3. «висячая кисть»	1	ТК
<b>53. При компрессионной невропатии локтевого нерва может развиваться:</b> 1. «обезьянья кисть» 2. «когтистая кисть» 3. «висячая кисть»	2	ТК
<b>54. При компрессионной невропатии лучевого нерва может развиваться:</b> 1. «обезьянья кисть» 2. «когтистая кисть» 3. «висячая кисть»	3	ТК
<b>55. При компрессионной невропатии седалищного нерва может развиваться:</b> 1. боль в ягодичной области с иррадиацией по ноге до голени с стопы 2. боль в ягодичной области с иррадиацией в паховую область 3. чувствительные нарушения не характерны	1	ТК
<b>56. При компрессионной невропатии бедренного нерва может развиваться:</b> 1. боль в ягодичной области с иррадиацией по ноге до голени с стопы 2. боль в ягодичной области с иррадиацией в паховую область 3. боль в паховой области, в передней и внутренней области бедра	3	ТК
<b>57. При болезни Рота-Бернгарда поражается:</b> 1. бедренный нерв 2. латеральный кожный нерв бедра 3. малоберцовый нерв 4. большеберцовый нерв	2	ТК
<b>58. При компрессионной невропатии малоберцового нерва НЕ может развиваться:</b> 1. нарушение чувствительности по наружной поверхности нижней половины голени, тылу стопы и 1-4 пальцев 2. «свисающая стопа», степенж 3. парез подошвенных сгибателей стопы	3	ТК
<b>59. При невропатии большеберцового нерва НЕ может развиваться:</b>	2	ТК

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. боль и онемение в подошвенной части стопы и пальцев</li> <li>2. «свисающая стопа», ступаж</li> <li>3. парез подошвенных сгибателей стопы</li> </ol>		
<p><b>60. Укажите, какой вариант невропатии встречается чаще:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сдавление срединного нерва в запястном канале</li> <li>2. сдавление срединного нерва на уровне локтя</li> <li>3. сдавление срединного нерва на уровне плеча</li> </ol>	1	ТК
<p><b>61. Укажите, какой вариант невропатии встречается чаще:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сдавление полового нерва в канале Алкокка</li> <li>2. сдавление малоберцового нерва у головки малоберцовой кости</li> <li>3. сдавление большеберцового нерва в области медиальной лодыжки</li> </ol>	2	ТК
<p><b>62. Болевые полиневропатии с преимущественным поражением тонких слабомиелинизированных и немиелинизированных волокон менее всего характерны для:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии</li> <li>2. алкогольной полиневропатии</li> <li>3. диабетической полиневропатии</li> <li>4. амилоидной невропатии</li> </ol>	1	ТК
<p><b>63. Болевые полиневропатии с преимущественным поражением тонких слабомиелинизированных и немиелинизированных волокон менее всего характерны для:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. паранеопластической полиневропатии</li> <li>2. наследственной моторно-сенсорной полиневропатии</li> <li>3. полиневропатии на фоне дефицита цианкобаламина</li> <li>4. амилоидной невропатии</li> </ol>	3	ТК
<p><b>64. Множественная туннельная невропатия менее всего характерна для:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипотиреоза</li> <li>2. тяжелой почечной недостаточности</li> <li>3. фибромиалгии</li> <li>4. амилоидной невропатии</li> </ol>	3	ТК
<p><b>65. К причинам возникновения невропатической боли относятся:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диабетическая полиневропатия</li> <li>2. Травмы головного и спинного мозга</li> <li>3. Инсульт</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	4	ТК
<p><b>66. Термин "аллодиния" предполагает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие восприятия боли</li> <li>2. Отсутствие восприятия всех видов чувствительности</li> <li>3. Восприятие неболевого раздражения как боль</li> <li>4. Неприятные ощущения при отсутствии раздражения</li> </ol>	3	ТК
<p><b>67. Термин "парестезии" предполагает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие восприятия боли</li> </ol>	4	ТК

2. Отсутствие восприятия всех видов чувствительности		
3. Восприятие неболевого раздражения как боль		
4. Неприятные ощущения при отсутствии раздражения		
<b>68. Примером невропатической боли НЕ является:</b>	<b>3</b>	ТК
1. Постгерпетическая невралгия		
2. Диабетическая полиневропатия		
3. Острый аппендицит		
4. Рассеянный склероз		
<b>69. Термин "Anesthesia dolorosa" предполагает:</b>	<b>2</b>	ТК
1. Отсутствие восприятия боли		
2. Ощущение боли в области, которая находится в состоянии анестезии		
3. Восприятие неболевого раздражения как боль		
4. Неприятные ощущения при отсутствии раздражения		
<b>70. Невропатические болевые синдромы характеризуются:</b>	<b>4</b>	ТК
1. Стимулзависимыми болями		
2. Спонтанными болями		
3. Эффектом последействия		
4. Все перечисленное верно		
<b>71. Триггерами каузалгии являются:</b>	<b>4</b>	ТК
1. Туннельные невропатии		
2. Лучевая терапия		
3. Повреждение нерва		
4. Все перечисленное верно		
<b>72. К позитивным сенсорным симптомам невропатической боли относится:</b>	<b>4</b>	ТК
1. Аллодиния		
2. Гиперестезия		
3. Гиперпатия		
4. Все перечисленное верно		
<b>73. Препарат патогенетической терапии диабетической полиневропатии:</b>	<b>1</b>	ТК
1. прегабалин		
2. ипидакрин		
3. габапентин		
4. альфа-липоевая кислота		
<b>74. Уровень поражения ПНС при одновременном поражении срединного, лучевого и локтевого нервов на одной руке:</b>	<b>2</b>	ТК
1. корешки C5-C6		
2. плечевое сплетение		
3. Корешок C7		
4. корешки C8-Th1		
<b>75. Препараты для купирования боли при болевой диабетической полиневропатии:</b>	<b>3</b>	ТК
1. витамины группы В		
2. ипидакрин		
3. габапентин		
4. пластырь с лидокаином		
<b>76. Наиболее частая причина плечевой плексопатии:</b>	<b>1</b>	ТК
1. синдром Персонейджа-Тернера		

2. лучевая плексопатия 3. паранеопластическая плексопатия 4. диабетическая радикулоплексопатия		
<b>77. Симптомы, НЕхарактерные для наследственной моторно-сенсорной невропатии:</b> 1. стопа Фридрейха 2. перевернутая бутылка шампанского 3. молоточкообразные пальцы 4. вислая шея	4	ТК
<b>78. Основной диагностический метод при наследственной моторно-сенсорной невропатии:</b> 1. ЭНМГ 2. МРТ периферических нервов 3. Биопсия икроножного нерва 4. УЗИ периферических нервов	1	ТК
<b>79. К симптомам кардиальной автономной невропатии НЕ относят:</b> 1. тахикардия покоя 2. ортостатическая гипотензия 3. гастропарез 4. аритмии	3	ТК
<b>80. При синдроме Гийена-Барре показано назначение:</b> 1. иммуноглобулинов G 2. цитостатиков 3. кортикостероидов 4. ритуксимаба	1	ТК
<b>81. Наиболее частым уровнем поражения срединного нерва является:</b> 1. карпальный канал 2. круглый пронатор 3. подмышечная впадина 4. плечевое сплетение	1	ТК
<b>82. К симптомам невропатии локтевого нерва НЕ относят:</b> 1. гипестезия по внутренней поверхности кисти 2. слабость межкостных мышц 3. гипотрофии мелких мышц кисти 4. симптом Тинеля на уровне карпального канала	4	ТК
<b>83. Препарат 1-й линии в лечении невропатической боли:</b> 1. прегабалин 2. amitриптилин 3. пластырь с лидокаином 4. трамадол	1	ТК
<b>84. Препарат 2-й линии в лечении невропатической боли:</b> 1. прегабалин 2. пластырь с лидокаином 3. дулоксетин 4. трамадол	2	ТК

<b>85. Препарат 3-й линии в лечении невропатической боли:</b> 1. прегабалин 2. amitриптиллин 3. пластырь с лидокаином 4. трамадол	4	ТК
<b>86. Наиболее частая причина болевой плечевой плексопатии:</b> 1. синдром Персонейджа-Тернера 2. лучевая плексопатия 3. паранеопластическая плексопатия 4. диабетическая радикулоплексопатия	1	ТК
<b>87. Наиболее частая причина периферической невропатической боли:</b> 1. плечевая плексопатия 2. болевая диабетическая полиневропатия 3. Амилоидная полиневропатия 4. невропатия малоберцового нерва	2	ТК
<b>88. Инструментальный метод для исследования тонких нервных волокон:</b> 1. ЭНМГ 2. МРТ периферических нервов 3. Количественное сенсорное тестирование 4. УЗИ периферических нервов	3	ТК
<b>89. Какие полиневропатии НЕ относятся к болевым?</b> 1. диабетическая 2. амилоидная 3. паранеопластическая 4. наследственная моторно-сенсорная невропатия	3	ТК
<b>90. При количественном сенсорном тестировании анализируется функция:</b> 1. А $\alpha$ 2. А $\beta$ 3. В 4. А $\delta$	4	ТК
<b>91. Наиболее частым уровнем поражения срединного нерва является:</b> 1. карпальный канал 2. круглый пронатор 3. Подмышечная впадина 4. плечевое сплетение	3	ТК
<b>92. К симптомам невропатии локтевого нерва НЕ относят:</b> 1. гипестезия по внутренней поверхности кисти 2. слабость межкостных мышц 3. Гипотрофии мелких мышц кисти 4. симптом Тинеля на уровне карпального канала	4	ТК
<b>93. Болевое ощущение в ответ на неболевой раздражитель – это:</b> 1. аллодиния 2. гипералгезия 3. гиперпатия	1	ТК

4. гипестезия		
<b>94. Препарат 2-й линии в лечении невропатической боли:</b> 1. прегабалин 2. капсаицин 3. дулоксетин 4. трамадол	2	ТК
<b>95. Препарат 1-й линии в лечении невропатической боли:</b> 1. дулоксетин 2. amitриптиллин 3. пластырь с лидокаином 4. трамадол	4	ТК
<b>96. Причина невропатической боли при синдроме грушевидной мышцы:</b> 1. сдавление седалищного нерва 2. сдавление бедренного нерва 3. сдавление запирательного нерва 4. сдавление верхнего ягодичного нерва	1	ТК
<b>97. К центральной невропатической боли не относится:</b> 1. плечевая плексопатия 2. таламическая боль 3. Боль при рассеянном склерозе 4. Боль при опухолях головного мозга	1	ТК
<b>98. Для периферической невропатической боли характерно:</b> 1. Гипералгезия 2. гиперрефлексия 3. Сенситивная атаксия 4. Гиперкинез	1	ТК
<b>99. К диагностическим методам оценки болевой чувствительности НЕ относится:</b> 1. КСТ 2. биопсия кожи 3. Конфокальная микроскопия роговицы 4. ЭЭГ	4	ТК
<b>100. С помощью какого опросника можно оценить интенсивность невропатической боли:</b> 1. визуально-аналоговая шкала (ВАШ) 2. NIS 3. Опросник Мак-Гилла 4. FIRST	1	ТК
<b>101. Для оценки невропатического компонента болевого синдрома может использоваться шкала:</b> 1. DN4 2. Шкала Освестри 3. Шкала Роланда-Морриса 4. Визуальная аналоговая шкала	1	ТК
<b>102. Препарат патогенетической терапии диабетической полиневропатии:</b> 1. прегабалин 2. ипидакрин	4	ТК

3. габапентин 4. альфа-липоевая кислота		
<b>103. Уровень поражения ПНС при одновременном поражении срединного, лучевого и локтевого нервов на одной руке:</b> 1. корешки C5-C6 2. плечевое сплетение 3. Корешок C7 4. корешки C8-Th1	2	ТК
<b>104. Препараты для купирования боли при болевой диабетической полиневропатии:</b> 1. витамины группы В 2. ипидакрин 3. габапентин 4. пластырь с лидокаином	3	ТК
<b>105. Наиболее частая причина плечевой плексопатии:</b> 1. синдром Персонейджа-Тернера 2. лучевая плексопатия 3. паранеопластическая плексопатия 4. диабетическая радикулоплексопатия	1	ТК
<b>106. К препаратам для купирования невропатической боли НЕ относится:</b> 1. витамины группы В 2. прегабалин 3. габапентин 4. пластырь с лидокаином	1	ТК
<b>107. При синдроме лестничной мышце происходит сдавление</b> 1. верхнего пучка плечевого сплетения 2. среднего пучка плечевого сплетения 3. нижнего пучка плечевого сплетения 4. тотальная плексопатия	3	ТК

### Шифр и наименование компетенции

- - готовностью к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи (ПК-10).

**Раздел дисциплины (тема): Комплексный регионарный болевой синдром**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения *
<b>1. Наиболее частый этиологический фактор развития КРБС:</b> 1. Тромбоз вен или артерий 2. Травмы и оперативные вмешательства на конечностях 3. Рассеянный склероз	2	ТК

4. Церебральный инсульт		
<b>2. Типичное изменение в костях при КРБС:</b> 1. “Пятнистый” остеопороз 2. Периостоз 3. Остеосклероз 4. Деформация по типу „рыбьих позвонков»	1	ТК
<b>3. Для КРБС <u>не</u> характерно:</b> 1. Аналгезия 2. Аллодиния 3. Отек 4. Изменением цвета кожи	1	ТК
<b>4. Стадия КРБС, характеризуется постепенным снижением интенсивности боли и усилением ригидности суставного аппарата конечности:</b> 1. Острая 2. Атрофическая 3. Дистрофическая 4. Рефлекторная	3	ТК
<b>5. Рефлекторная нейрососудистая дистрофия, синдром Зудека, рефлекторная симпатическая дистрофия – это старые названия следующего синдрома:</b> 1. Синдром Толоса-Ханта 2. Синдром SUNCT 3. Комплексный регионарный болевой синдром 4. Фибромиалгия	3	ТК
<b>6. В лечении комплексного регионального болевого синдрома не назначаются</b> 1. НПВС 2. глюкокортикостероиды 3. антиконвульсанты и антидепрессанты 4. антикоагулянты	4	ТК
<b>7. Дисфункциональный болевой синдром характерен для пациентов с:</b> 1. Фибромиалгией 2. Синдромом раздраженного кишечника 3. комплексного регионального болевого синдрома 1 типа 4. Все перечисленное верно	4	ТК
<b>8.К проявлениям КРБС относятся расстройства:</b> 1. сенсорные 2. моторные 3. вегетативно-трофические 4. все перечисленные	4	ТК
<b>9. Наиболее распространенным инициирующим КРБС событием является:</b> 1. перелом конечности 2. ожог 3. лучевое поражение 4. психотравма	1	ТК
<b>10. К факторам риска развития КРБС относятся:</b> 1. травма конечности 2. иммобилизация конечности	4	ТК

3. инсульт 4. все перечисленные		
<b>11. Нарушение чувствительности, наиболее характерное для КРБС:</b> 1. анестезия 2. гипералгезия 3. гипестезия 4. парестезии	2	ТК
<b>12. Вегетативно-трофические расстройства при КРБС:</b> 1. отек 2. изменение скорости роста ногтей и волос 3. локальный остеопороз 4. все перечисленные	4	ТК
<b>13. Для КРБС 1 типа характерно:</b> 1. отсутствие признаков повреждений нервов 2. признаки повреждения крупного нерва 3. проводниковый тип расстройства чувствительности 4. гемипарез	1	ТК
<b>14. Для КРБС 2 типа характерно:</b> 1. отсутствие признаков повреждений нервов 2. признаки повреждения крупного нерва 3. проксимальный тетрапарез 4. сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности	2	ТК
<b>15. Для КРБС Не характерно:</b> 1. локальное изменение кожной температуры 2. нарушение потоотделения 3. нарушение тазовых функций 4. изменение скорости роста ногтей и волос	3	ТК
<b>9. Для объективизации повреждения нервов при КРБС используется:</b> 1. электронейромиография 2. соматосенсорные вызванные потенциалы 3. транскраниальная магнитная стимуляция 4. МРТ мышц	1	ТК
<b>16. В лечении КРБС используются:</b> 1. антиконвульсанты 2. антидепрессанты 3. преодоление кинезиофобии 4. все перечисленные	4	ТК

**Раздел дисциплины (тема): Миофасциальный болевой синдром и фибромиалгия**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<b>1. Для фибромиалгии характерно течение заболевания:</b> 1. Ремиттирующее с периодами полного регресса симптоматики 2. медленно прогрессирующее 3. хроническое персистирующее	3	ТК
<b>2. При миофасциальном болевом синдроме передней лестничной мышцы НЕ отмечается:</b> 1. иррадиация боли в IV-V пальцы кисти 2. положительная проба Адсона 3. симптомы компрессии подключичной артерии и нижних стволов плечевого сплетения 4. положительная проба Райта	4	ТК
<b>3. В диагностике фибромиалгии приоритетным методом обследования является:</b> 1. нейровизуализация 2. Биохимический анализ крови 3. клиническое обследование	3	ТК
<b>4. Локализация боли при фибромиалгии:</b> 1. верхние конечности 2. нижние отделы спины 3. диффузная	3	ТК
<b>5. Среди лекарственных методов лечения наибольшей эффективностью обладают:</b> 1. НПВП 2. снотворные препараты 3. антиконвульсанты	3	ТК
<b>6. Когнитивно-поведенческая терапия для лечения фибромиалгии имеет уровень доказательности:</b> 1. С 2. В 3. А	3	ТК
<b>7. Какой опросник используется для скрининга наличия фибромиалгии?</b> 1. Визуальная аналоговая шкала 2. FIRST 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии 4. DN4	2	ТК
<b>8. Интенсивность болевого синдрома оценивается с помощью:</b> 1. визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), 2. ЭНМГ, 3. данных функциональной МРТ	2	ТК
<b>9. Имеется ли доказательная база у лечебного массажа при хронических болевых синдромах?</b> 1. Имеется при хронической цервикалгии 2. Имеется при хронической люмбоишиалгии 3. Отсутствует	3	ТК
<b>10. Наиболее частая локализация триггерных зон при миофасциальном болевом синдроме:</b> 1. Дистальные мышцы конечностей	2	ТК

2. Мышцы головы, шеи, надплечий и нижней части спины 3. Все вышеперечисленное верно		
<b>11. При миофасциальном болевом синдроме ременной мышцы шеи НЕ отмечается:</b> 1. Ипсилатеральная боль у основания шеи 2. Нарастание боли при разгибании шеи и повороте головы 3. Нарастание боли при сгибании шеи и повороте головы	3	ТК
<b>12. При миофасциальном болевом синдроме малой грудной мышцы НЕ отмечается:</b> 1. иррадиация боли на переднюю поверхность предплечья, медиальную поверхность плеча, предплечья, ладони 2. проба Адсона 3. нарастание боли при кашле и опускании плеча 4. проба Райта	2	ТК
<b>13. При миофасциальном болевом синдроме большой грудной мышцы НЕ отмечается:</b> 1. иррадиация боли на переднюю поверхность грудной стенки, медиальные отделы плеча и предплечья 2. иррадиация боли в область молочной железы 3. иррадиация боли на переднюю поверхность грудной стенки, латеральные отделы плеча и предплечья	3	ТК
<b>14. При миофасциальном болевом синдроме грушевидной мышцы отмечается:</b> 1. боль в ягодице, крестце, проекции тазобедренного сустава и по задней поверхности бедра 2. боль в ягодице, крестце и вдоль гребня подвздошной кости 3. боль в ягодице и дистальных отделах ноги	1	ТК
<b>15. При миофасциальном болевом синдроме мышц латеральной поверхности бедра отмечается:</b> 1. боль в ягодице, крестце, проекции тазобедренного сустава и по задней поверхности бедра 2. боль в ягодице, крестце и вдоль гребня подвздошной кости 3. боль в ягодице и дистальных отделах ноги	2	ТК
<b>16. При миофасциальном болевом синдроме квадратной мышцы поясницы отмечается:</b> 1. глубокая боль в пояснице, крестцово-подвздошной сочленении, ягодице, бедре и в паховой области 2. боль вдоль позвоночника от грудного отдела до крестца и в паховой области 3. опоясывающая боль в нижних отделах спины и живота	1	ТК
<b>17. При миофасциальном болевом синдроме подвздошно-поясничной мышцы отмечается:</b> 1. глубокая боль в пояснице, крестцово-подвздошной сочленении, ягодице, бедре и в паховой области	2	ТК

2. боль вдоль позвоночника от грудного отдела до крестца и в паховой области		
3. опоясывающая боль в нижних отделах спины и живота		
<b>18. При исследовании миофасциальной боли используют метод:</b>	<b>1</b>	ТК
1. Альгометрии		
2. Дуплексного сканирования сосудов		
3. Количественного сенсорного тестирования		
4. ЭЭГ		
<b>19. Для выявления триггерных точек используют:</b>	<b>1</b>	ТК
1. Альгометр		
2. Вибротестер		
3. ЭМГ		
4. Количественное сенсорное тестирование		
<b>20. Понятие «триггерная точка» было введено:</b>	<b>1</b>	ТК
1. J.G. Travell		
2. А.Р. Лурия		
3. Г.И. Россолимо		
4. P.J. Dyck		
<b>21. Для выявления триггерной точки используется:</b>	<b>4</b>	ТК
1. плоская пальпация		
2. метод Щипка		
3. УЗИ мышцы		
4. Все перечисленное верно		
<b>22. Фибромиалгия часто сочетается:</b>	<b>1</b>	ТК
1. с системными заболеваниями соединительной ткани		
2. с рассеянным склерозом		
3. с болезнью Паркинсона		
<b>23. При лечении фибромиалгии наиболее эффективны:</b>	<b>3</b>	ТК
1. местные анестетики		
2. НПВС и миорелаксанты		
3. антидепрессанты		
<b>24. Синдром нижней косой мышцы головы характеризуется:</b>	<b>2</b>	ТК
1. А. кохлеовестибулярными и зрительными расстройствами		
2. Б. гипалгией в зоне иннервации большого затылочного нерва		
3. В. приступы односторонней боли		
4. Г. все из вышеперечисленного		
<b>25. Регион для которого наиболее доказано существование миофасциального болевого синдрома:</b>	<b>1</b>	ТК, ПА
1. Шейный отдел		
2. Кисть руки		
3. Стопа		
4. Межреберные мышцы		
<b>26. Для миофасциального болевого синдрома характерно:</b>	<b>3</b>	ТК, ПА
1. Наличие корешковой симптоматики		
2. Диффузная мышечная боль		
3. Локальная мышечная боль		

4.	Центральный парез		
<b>27.</b>	<b>Для миофасциального болевого синдрома характерно:</b> 1. Наличие триггерных точек 2. Нарушение чувствительности по типу полукуртки 3. Периферический парез 4. Снижение сухожильных рефлексов	1	ТК, ПА
<b>28.</b>	<b>Клинические критерии миофасциального болевого синдрома:</b> 1. Наличие, пальпируемого «тугого» тяжа в мышце 2. Наличие, участков повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа 3. Воспроизведение отраженных болевых ощущений при стимуляции участков повышенной чувствительности 4. Усиление сухожильных рефлексов	1,2,3	ТК, ПА
<b>29.</b>	<b>Дополнительные клинические критерии миофасциального болевого синдрома:</b> 1. Симптом прыжка 2. Симптом Бабинского 3. Симптом повышения тонуса по типу «зубчатого колеса» 4. Спастичность по типу «складного ножа»	1	ТК, ПА
<b>30.</b>	<b>Диагностика миофасциального болевого синдрома основывается на данных:</b> 1. Электронейромиографии 2. Биопсии 3. МРТ 4. Клинического обследования	4	ТК, ПА
<b>31.</b>	<b>Критерии диагноза «миофасциальный болевой синдром» включают наличие:</b> 1. болезненных спазмированных мышц 2. болезненных мышечных уплотнений 3. активных триггерных точек с формированием зон отраженных болей 4. зон гипестезии	1,2,3	ТК, ПА
<b>32.</b>	<b>Для синдрома грушевидной мышцы характерно:</b> 1. боль в ягодичной области, распространяющейся по ходу седалищного нерва 2. парестезий в стопе 3. положительный симптом Бонне-Бобровниковой 4. центральный парез стопы	1,2,3	ТК, ПА
<b>33.</b>	<b>Характерным признаком синдрома грушевидной мышцы является:</b> 1. Слабость мышц передней поверхности бедра 2. Снижение коленного рефлекса 3. Глубинная боль в ягодичной области 4. Нарушение чувствительности аногенитальной области	3	ТК, ПА
<b>34.</b>	<b>Спонтанные боли при миофасциальном болевом синдроме обусловлены:</b> 1. Наличием латентных триггерных точек	2	ТК, ПА

2. Наличием активных триггерных точек		
3. Ущемлением спинномозгового корешка		
4. Поражением таламуса		
<b>35. Для фибромиалгии характерно наличие:</b>	<b>1</b>	ТК, ПА
1. Диффузных мышечных болей		
2. Локальных мышечных болей		
3. Корешковой симптоматики		
4. Повышение КФК		
<b>36. Диагноз фибромиалгии подтверждается данными:</b>	<b>1</b>	ТК, ПА
1. Клинического обследования		
2. МРТ мышц		
3. Биопсии мышц		
4. Электромиографии		
<b>37. Типичным симптомом фибромиалгии является:</b>	<b>1</b>	ТК, ПА
1. Нарушение сна, усталость		
2. Повышение КФК		
3. Лейкоцитоз в крови		
4. Повышение СОЭ		
<b>38. Лабораторные изменения при фибромиалгии:</b>	<b>4</b>	ТК, ПА
1. Наличие М-градиента		
2. Повышение СРБ		
3. Повышение КФК		
4. Нормальные лабораторные показатели		
<b>39. Первичная фибромиалгия связана с:</b>	<b>4</b>	ТК, ПА
1. Поражением суставов		
2. Поражением мышц		
3. Органическим поражением ЦНС		
4. Дисфункциональными (психогенными нарушениями)		
<b>40. Клиниические проявления фибромиалгии включают наличие:</b>	<b>1,2,3</b>	ТК, ПА
1. Астено-депрессивного синдрома		
2. Нарушений сна		
3. Определенного количества болезненных симметричных точек		
4. Центральных парезов		
<b>41. Характерным симптомом фибромиалгии является:</b>	<b>2</b>	ТК, ПА
1. Наличие фасцикуляций		
2. Симметричные болезненные при небольшом нажатии точки в нескольких областях организма		
3. Наличие спастичности		
4. Наличие плотного претибиального отека		
<b>42. Лабораторные показатели при миофасциальном болевом синдроме:</b>	<b>4</b>	ТК, ПА
1. Повышение уровня острофазных белков		
2. Повышение КФК		
3. Положительный Ревматоидный фактор		
4. Нормальные показатели		
<b>43. Дополнительные инструментальные методы подтверждающие диагноз миофасциального болевого синдрома:</b>	<b>4</b>	ТК, ПА

1. МРТ мышц 2. Электронейромиография 3. Транскраниальная магнитная стимуляция 4. Доказанные методы отсутствуют		
<b>44. Лечение мофасциального болевого синдрома:</b> 1. Миорелаксанты 2. Спазмолитики 3. Пентоксифиллин 4. Витамин Д	1	ТК, ПА
<b>45. В терапии мофасциального болевого синдрома применяется:</b> 1. Массаж 2. Постизометрическая релаксация 3. Инъекционная терапия «методом сухой иглы» 4. Хирургическое лечение	1,2,3	ТК, ПА
<b>46. Эффективное лечение фибромиалгии:</b> 1. Блокады местных анестетиков и глюкокортикоидов 2. Психотерапия 3. Мануальная терапия 4. Психофармакотерапия	2,4	ТК, ПА
<b>47. Медикаментозная терапия фибромиалгии включает назначение:</b> 1. Антидепрессантов 2. Спазмолитиков 3. Габапентиноидов 4. НПВС	1,3	ТК, ПА
<b>48. Немедикаментозное лечение хронического миофасциального болевого синдрома:</b> 1. Массаж и мануальная терапия 2. Лечебная гимнастика 3. Эргономические мероприятия 4. Вытяжение	1,2,3	ТК, ПА
<b>49. Немедикаментозное лечение фибромиалгии:</b> 1. Когнитивно-поведенческая терапия 2. Мануальная терапия 3. ЛФК 4. Чрезкожная электромиостимуляция	1,3	ТК, ПА
<b>50. Клинические симптомы фибромиалгии:</b> 1. Эритематозная сыпь 2. Плотный, болезненный отек мышц 3. Слабость аксиальной мускулатуры 4. Симметричные болезненные при небольшой пальпации точки	4	ТК, ПА

**Раздел дисциплины (тема): Цервикобрахиалгия, торакалгии**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
--------------------	---------------	---------------------

<b>1. Признак «потенциально опасной» патологии при боли в спине:</b> 1. Наличие боли в покое 2. Симптом Ласега менее 30° 3. Исчезновение боли в ночное время	1	ТК
<b>2. Нормальный объем активных движений в шейном отделе позвоночника:</b> 1. Ротация 60° 2. Сгибание 60° 3. Разгибание 50°	2	ТК
<b>3. Общий анализ крови и мочи при первом осмотре пациента с острой болью в спине должен назначаться:</b> 1. Всем пациентам 2. Пациентам, применявшим кортикостероиды 3. В случаях компрессионной радикулопатии 4. При наличии ночного гипергидроза	4	ТК
<b>4. Для компрессионной радикулопатии С<sub>8</sub> корешка характерно:</b> 1. Иррадиация боли до II-III пальцев кисти 2. Снижение рефлекса с m. Triceps brachii 3. Слабость разгибания предплечья 4. Нарушения поверхностной чувствительности в IV-V пальцах	4	ТК
<b>5. Для компрессии корешка С<sub>5</sub> характерно:</b> 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцы 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	1	ТК
<b>5. Для компрессии корешка С<sub>6</sub> характерно:</b> 1. Снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча 2. Снижение карпорадиального рефлекса 3. Болевая гипестезия V пальца 4. Гипестезия IV и V пальцев	1	ТК
<b>6. Для компрессии корешка С<sub>6</sub> характерно:</b> 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцы 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	3	ТК
<b>6. Для компрессии корешка С<sub>7</sub> характерно:</b> 1. Боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча 2. Боли и парестезии в области I пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча 3. Боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	1	ТК
<b>7. Для компрессии корешка С<sub>7</sub> характерно:</b> 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцы 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	2	ТК
<b>8. Для компрессии корешка С<sub>8</sub> характерно:</b>	1	ТК

1. Боль в медиальной части лопатки, медиальной поверхности руки до IV и V пальцев 2. Боли и парестезии в области I пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча 3. Боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного		
<b>9. Для компрессии корешка C8 характерно:</b> 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцей 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	4	ТК
<b>10. Основные нозологические варианты, НЕ включенные в понятие «плечелопаточная периартропатия»:</b> 1. Патология вращающей манжеты плеча 2. Адгезивный капсулит 3. Миофасциальный синдром плечевого пояса 4. Деформирующий остеоартроз плечевого сустава	4	ТК
<b>11. Причиной болей в грудной клетке может быть:</b> 1. заболевания сердца (особенно ИБС) 2. гастроэзофагеальный рефлюкс 3. мышечно-скелетные заболевания 4. невротические расстройства и панические атаки 5. все вышеперечисленное	5	ТК
<b>12. Частой причиной цервикобрахиалгии НЕ является:</b> 1. миофасциальный болевой синдром мышц плечевого пояса 2. плечелопаточная периартропатия 3. плечевая плексопатия	3	ТК

**Раздел дисциплины (тема): Люмбаго, люмбалгия, люмбоишалгия и радикулопатия**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<b>1. Боль в пояснично-крестцовой области, обусловленная соматическими заболеваниями, встречается с частотой:</b> 1. 1% 2. 2% 3. 5% 4. 10%	2	ТК
<b>2. Для выявления дисфункции крестцово-подвздошных сочленений НЕ применяются:</b> 1. Проба Пьедаля («феномен опережения») 2. Тесты distraction 3. Проба Патрика 4. Проба Бонне	4	ТК
<b>3. Эпидуральное введение кортикостероидов наиболее эффективно при длительности радикулопатии:</b>	2	ТК

1. 4 месяца и более 2. 1 месяц 3. 6 месяцев и более 4. 2 месяца		
<b>4. Показания к оперативному лечению компрессионной радикулопатии пояснично-крестцовых корешков:</b> 1. тазовые нарушения 2. неэффективность адекватного консервативного лечения в течение 6-8 недель 3. прогрессирующая слабость мышц, иннервируемых соответствующим корешком 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>5. Симптомы компрессионной радикулопатии L<sub>5</sub> корешка</b> 1. слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев 2. снижение поверхностной чувствительности на тыльной поверхности стопы, в I-II пальцах 3. снижение ахиллова рефлекса 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>6. Для выявления патологии крестцово-подвздошного сочленения используется:</b> 1. Проба Патрика 2. Тест Бонне-Бобровниковой 3. пальпация проекции фасеточных суставов 4. Проба Стюарт-Холмса	1	ТК
<b>7. Для выявления патологии грушевидной мышцы используется:</b> 1. Проба Патрика 2. Дистракционный тест 3. Тест Генслена 4. Тест Бонне-Бобровниковой	4	ТК
<b>8. С помощью какого опросника можно оценить риск неблагоприятного течения и хронизации острой люмбагии?</b> 1. Визуальная аналоговая шкала 2. Опросник Мак-Гилла 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии 4. STarT Back Screening Tool	4	ТК
<b>9. Боль считается острой при длительности:</b> 1. До 4-6 недель 2. от 6 до 12 недель 3. более 12 недель	1	ТК
<b>10. Боль считается подострой при длительности:</b> 1. До 4-6 недель 2. от 6 до 12 недель 3. более 12 недель	2	ТК
<b>11. Боль считается хронической при длительности:</b> 1. До 4-6 недель 2. от 6 до 12 недель 3. более 12 недель	3	ТК
<b>12. Хронический болевой синдром это:</b> 1. боль длительностью более 3х месяцев или дольше,	1	ТК

<p>чем продолжительность необходимая для заживления ткани после острого повреждения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. болевой синдром более 12 месяцев</li> <li>3. болевой синдром не купирующийся приемом анальгетиков</li> </ol>		
<p><b>13. Распространенность хронического болевого синдрома у взрослых составляет:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3-5%</li> <li>2. 20-30%</li> <li>3. 5-8%</li> <li>4. 10.1-12.3%</li> </ol>	2	ТК
<p><b>14. Распространенность хронического болевого синдрома у детей составляет:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6%</li> <li>2. 1%</li> <li>3. 20%</li> <li>4. 2%</li> </ol>	1	ТК
<p><b>15. Факторами хронизации болевого синдрома являются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Неправильное представление о боли</li> <li>2. Неправильное поведение при боли</li> <li>3. Проблемы на работе, в семье или «рентное» отношение к болезни</li> <li>4. Эмоциональные расстройства</li> <li>5. Все перечисленное</li> </ol>	5	ТК
<p><b>16. Скелетно-мышечная патология ассоциированная с хроническим болевым синдромом:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неспецифическая боль в спине</li> <li>2. остеоартрит</li> <li>3. миофасциальный болевой синдром</li> <li>4. Все перечисленное</li> </ol>	4	ТК
<p><b>16. Интенсивность болевого синдрома оценивается с помощью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. визуально-аналоговой шкалы (ВАШ),</li> <li>2. ЭНМГ,</li> <li>3. ЭЭГ,</li> <li>4. данных функциональной МРТ.</li> </ol>	1	ТК
<p><b>17. Для оценки болевого синдрома у детей младшего возраста предпочтительно использовать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. шкала FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability),</li> <li>2. визуально-аналоговая шкала (ВАШ),</li> <li>3. данные ЭЭГ,</li> <li>4. все перечисленное верно.</li> </ol>	1	ТК
<p><b>18. Визуально-аналоговая шкала может быть использована у детей старше:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 лет</li> <li>2. 5 лет</li> <li>3. 7 лет</li> <li>4. 16 лет</li> </ol>	3	ТК
<p><b>19. Для оценки интенсивности боли у детей дошкольного возраста используют:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шкалу Освестри</li> </ol>	2	ТК

2. Мимическую шкалу 3. Шкалу Роланда-Морриса 4. Визуально-аналоговую шкалу (ВАШ)		
<b>20. Для определения выраженности боли у детей до 1 года используют:</b> 1. Шкалу Освестри 2. Опросник Мак-Гилла 3. Шкалу NIPS 4. Госпитальную шкалу тревоги и депрессии	<b>3</b>	ТК
<b>21. Для определения выраженности боли у детей в возрасте от 1 года до 7 лет используют:</b> 1. Шкалу Освестри 2. Шкалу CHEOPS 3. Шкалу NIPS 4. Опросник Мак-Гилла	<b>2</b>	ТК
<b>22. Для лечения острой неспецифической люмбалгии у пациента с низким риском хронизации по шкале STarT Back Screening Tool для лечения боевого синдрома рекомендуется использовать:</b> 1. НПВС, миорелаксанты 2. Только витамины группы В 3. Амитриптилин 4. Габапентин	<b>1</b>	ТК
<b>23. К антиноцицептивной системе мозга НЕ относится?</b> 1. Опиоидергическая система 2. Серотонинергическая система 3. Каннабиноидная система 4. Оксид азота	<b>4</b>	ТК
<b>24. Укажите тракт передачи ноцицептивных сигналов</b> 1. пирамидный тракт 2. спиновестибулярный тракт 3. спиноталамический тракт 4. корковоядерный тракт	<b>3</b>	ТК
<b>25. Система, которая отвечает за торможение проведения болевых сигналов называется:</b> 1. Ноцицептивной 2. Антиноцицептивной 3. Симпатической 4. Парасимпатической	<b>2</b>	ТК
<b>26. Система, которая отвечает за проведение болевых сигналов называется:</b> 1. Ноцицептивной 2. Антиноцицептивной 3. Симпатической 4. Парасимпатической	<b>1</b>	ТК
<b>27. К альгогенам, активирующим ноцицептры относятся:</b> 1. Гистамин 2. Интерлейкин 1 3. Фактор некроза опухоли альфа 4. Все перечисленное верно	<b>4</b>	ТК
<b>28. Распространение возбуждения от ноцицепторов</b>	<b>1</b>	ТК

<p><b>осуществляется с помощью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С-волокон</li> <li>2. А-альфа волокон</li> <li>3. А - бета волокон</li> <li>4. А - гамма волокон</li> </ol>		
<p><b>29. К проводящим путям, осуществляющим проведение ноцицептивных сигналов НЕ относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спиноталамический</li> <li>2. Спиноретикулярный</li> <li>3. Пирамидный</li> <li>4. Спиномезенцефалический</li> </ol>	3	ТК
<p><b>30. В активации нейронов задних корешков спинномозговых нервов принимают участие:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Глутамат</li> <li>2. Аспартат</li> <li>3. Субстанция Р</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	4	ТК
<p><b>31. В механизмах обезболивания НЕ участвует система мозга:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опиоидергическая</li> <li>2. Серотонинергическая</li> <li>3. Гистаминергическая</li> <li>4. Каннабиноидная</li> </ol>	3	ТК
<p><b>32. К факторам активирующим ноцицепторы относятся:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Травма</li> <li>2. Ишемия</li> <li>3. Отек</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	4	ТК
<p><b>33. В основе развития первичной гипералгезии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Периферическая сенситизация</li> <li>2. Центральная сенситизация</li> <li>3. Феномен "взвинчивания"</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	1	ТК
<p><b>34. Вторичная гипералгезия возникает в результате:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Периферической сенситизации</li> <li>2. Центральной сенситизации</li> <li>3. Активации антиноцицепторов</li> <li>4. Все перечисленное верно</li> </ol>	2	ТК
<p><b>35. Термин "Anesthesia dolorosa" предполагает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие восприятия боли</li> <li>2. Ощущение боли в области, которая находится в состоянии анестезии</li> <li>3. Восприятие неболевого раздражения как боль</li> <li>4. Неприятные ощущения при отсутствии раздражения</li> </ol>	2	ТК
<p><b>36. Примером ноцицептивной боли НЕ является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Боль при травме</li> <li>2. Постгерпетическая невралгия</li> <li>3. Послеоперационная боль</li> <li>4. Боль при артритах</li> </ol>	2	ТК
<p><b>37. Болевые рецепторы представляют собой:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Свободные нервные окончания</li> <li>2. Клетки Меркеля с нервной терминалью</li> </ol>	1	ТК

3. Тельца Руффини 4. Тельца Пачини		
<b>38. Типы первичной гипералгезии:</b> 1. Тепловая 2. Механическая 3. Химическая 4. Все перечисленное верно	<b>4</b>	ТК
<b>39. Термин "гипералгезия" предполагает:</b> 1. Чрезмерную реакцию на ноцицептивный стимул 2. Отсутствие восприятия всех видов чувствительности 3. Восприятие неболевого раздражения как боль 4. Неприятные ощущения при отсутствии раздражения	<b>1</b>	ТК
<b>40. К альгогенам НЕ относится:</b> 1. Брадикинин 2. Субстанция Р 3. АКТГ 4. Гистамин	<b>3</b>	ТК
<b>41. Для подтверждения поражения спинномозгового корешка при грыже межпозвонкового диска следует провести исследование:</b> 1. ЭЭГ 2. ЭНМГ 3. ТМС 4. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника	<b>2</b>	ТК
<b>42. На МРТ снимке грыжей Шморля считается:</b> 1. Грыжа, распространяющаяся в тело позвонка 2. Грыжа, направленная в центр позвоночного канала 3. Грыжа, достигающая межсуставной щели	<b>1</b>	ТК
<b>43. Грыжа Шморля:</b> 1. дает сильную боль 2. компремирует спинномозговой корешок 3. распространяется в тело позвонка 4. направлена в центр позвоночного канала	<b>3</b>	ТК
<b>44. При остро возникшей боли высокой интенсивности в области поясничного отдела позвоночника необходимо исключить:</b> 1. воспалительные заболевания верхнего отдела ЖКТ 2. цирроз печени 3. заболевания почек 4. грыжу межпозвонкового диска	<b>3</b>	ТК
<b>45. Ведущая причина хронической боли в спине:</b> 1. грыжа м/п диска 2. неспецифическая боль в спине 3. радикулопатия 4. болезнь Бехтерева	<b>2</b>	ТК
<b>46. Препараты первого выбора для фармакотерапии хронической неспецифической боли в спине:</b> 1. трициклические антидепрессанты, СИОЗСН 2. габапентин, прегабалин 3. витамины группы В 4. карбамазепин, ламотриджин	<b>1</b>	ТК

5. капсаицин, лидокаин		
<b>47. Наиболее эффективные методы нелекарственной терапии при хронической боли:</b> 1. методы физической терапии (ЛФК) 2. когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) 3. массаж, методы мануальной терапии 4. верно А и В 5. все ответы верны	4	ТК
<b>48. Хронический болевой синдром часто сочетается с коморбидной патологией:</b> 1. депрессия 2. тревожные расстройства 3. синдром раздраженного кишечника 4. инсомния 5. все ответы верны	5	ТК
<b>49. Неспецифическая боль в спине у подростков:</b> 1. не встречается 2. отмечается у 15-20% подростков в возрасте 12-15 лет 3. 1-5% в возрасте 15-18 лет	2	ТК
<b>50. Метаболические нарушения ассоциированные с хроническим болевым синдромом:</b> 1. сахарный диабет (диабетическая полинейропатия) 2. В12-дефицитная анемия 3. дефицит витамина D 4. железодефицитная анемия 5. верно 1 и 3	5	ТК
<b>51. Боль в нижней части спины обусловлена компрессией спинномозгового корешка в:</b> 1. 1-5% случаев 2. 5-10% случаев 3. 10-15% случаев 4. до 20% случаев	1	ТК
<b>52. Чаще радикулопатию вызывают:</b> 1. медиальная грыжа 2. грыжа Шморля 3. протрузии на широком основании 4. боковая грыжа	4	ТК
<b>53. Для радикулопатии обязательны:</b> 1. боль 2. симптомы выпадения 3. координаторные нарушения 4. изменения в общем анализе крови	2	ТК
<b>54. Чаще поражаются в поясничном отделе:</b> 1. L5-S1 2. L3-L4 3. L2-L3 4. L1-L2	1	ТК
<b>55. Для компрессии корешка L1 характерно:</b> 1. изменение кремастерного рефлекса 2. снижение коленного рефлекса 3. снижение ахиллова рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	1	ТК

<b>56. Для компрессии корешка L3 характерно:</b> 1. изменение кремастерного рефлекса 2. снижение коленного рефлекса 3. снижение ахиллова рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	2	ТК
<b>57. Для компрессии корешка L4 характерно:</b> 1. изменение кремастерного рефлекса 2. снижение коленного рефлекса 3. снижение ахиллова рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	3	ТК
<b>58. Для компрессии корешка L4 характерно:</b> 1. Боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра 2. боль по задней поверхности бедра 3. выпадение ахиллова рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	1	ТК
<b>59. При радикулопатии L4:</b> 1. боль по наружной поверхности бедра к внутреннему краю стопы 2. боль по передневнутренней поверхности бедра 3. боль по задней поверхности бедра 4. боль по всей поверхности	2	ТК
<b>60. При радикулопатии L4:</b> 1. выпадение коленного рефлекса 2. выпадение ахиллова рефлекса 3. усиление защитного рефлекса 4. появление рефлекса Бабинского	1	ТК
<b>61. При радикулопатии L5:</b> 1. боль по наружной поверхности бедра к внутреннему краю стопы 2. боль по внутренней поверхности бедра 3. боль по задней поверхности бедра 4. боль по передней поверхности бедра	1	ТК
<b>62. Для компрессии корешка L5 характерно:</b> 1. боль внутренней поверхности бедра и голени 2. слабостью разгибателей I пальца стопы 3. выпадение ахиллова рефлекса 4. все вышеперечисленное	2	ТК
<b>63. Для компрессии корешка L5 характерно:</b> 1. изменение кремастерного рефлекса 2. Б. снижение коленного рефлекса 3. В. снижение ахиллова рефлекса 4. Г. Ничего из вышеперечисленного	4	ТК
<b>64. При радикулопатии S1:</b> 1. боль по наружной поверхности бедра к внутреннему краю стопы 2. боль по внутренней поверхности бедра 3. боль по задней поверхности бедра 4. боль по передней поверхности бедра	3	ТК
<b>65. Для компрессии корешка S1 характерно:</b> 1. снижение силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы	3	ТК

2. снижение коленного рефлекса 3. снижение ахиллова рефлекса 4. все вышеперечисленное		
<b>66. Для компрессии корешка S1 характерно:</b> 1. изменение кремастерного рефлекса 2. снижение коленного рефлекса 3. снижение ахиллова рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	<b>3</b>	ТК
<b>67. Истинное недержание мочи возникает при поражении:</b> 1. Парацентральных долек передней центральной извилины 2. Шейного отдела спинного мозга 3. Поясничного утолщения спинного мозга 4. Конского хвоста спинного мозга	<b>4</b>	ТК
<b>68. Показанием к хирургическому лечению радикулопатии является:</b> 1. длительный некупирующийся болевой синдром 2. нарушение чувствительности в аногенитальной зоне 3. тазовые расстройства 4. все вышеперечисленное	<b>4</b>	ТК
<b>69. Для дискогенной радикулопатии характерно:</b> 1. ночная боль 2. спонтанный регресс боли 3. изменения в анализах крови 4. обязательное хирургическое вмешательство	<b>2</b>	ТК
<b>70. Для диагностики радикулопатии наиболее информативным является:</b> 1. рентгенография позвоночника 2. компьютерная томография 3. МРТ 4. ЭНМГ	<b>3</b>	ТК
<b>71. МРТ у пациентов с острой болью в нижней части спины требуется если:</b> 1. боль усиливается при движении 2. положительная проба Бонне 3. лихорадка 4. все перечисленное верно	<b>3</b>	ТК
<b>72. МРТ у пациентов с острой болью в нижней части спины требуется если:</b> 1. боль усиливается при движении 2. длительное использование глюкокортикоидов 3. есть желание пациента 4. все перечисленное верно	<b>3</b>	ТК
<b>73. МРТ у пациентов с острой болью в нижней части спины требуется если:</b> 1. возраст до 18 лет 2. длительное использование глюкокортикоидов 3. необъяснимая потеря веса 4. все перечисленное верно	<b>4</b>	ТК
<b>74. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяет выявить:</b>	<b>3</b>	ТК

1. грыжу диска 2. протрузию диска 3. спондилолистез 4. все перечисленное верно		
<b>75. Для диагностики синдрома фасовочного сустава наиболее информативным является:</b> 1. Боль в нижней части спины 2. Диагностическая блокада 3. Проба Бонне	2	ТК
<b>76. Общий анализ крови и мочи при первом осмотре пациента с острой болью в спине должен назначаться:</b> 1. Всем пациентам 2. Пациентам, применявшим кортикостероиды 3. В случаях компрессионной радикулопатии 4. При наличии ночного гипергидроза	4	ТК
<b>77. Общий анализ крови и мочи при первом осмотре пациента с острой болью в спине должен назначаться:</b> 1. всем 2. пациентам, применявшим кортикостероиды 3. в случаях компрессионной радикулопатии 4. при наличии стеноза позвоночного канала	2	ТК
<b>78. Риск компрессионного перелома позвоночника увеличивается:</b> 1. при наличии беспричинного снижения веса 2. в возрасте старше 50 лет 3. при наличии лихорадки 4. при наличии грыжи Шморля	2	ТК
<b>79. Признаками остеохондроза по данным рентгенографии позвоночника являются:</b> 1. субхондральный остеосклероз 2. формирование остеофитов 3. снижение высоты межпозвонкового промежутка 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>80. Основные факторы стенозирования позвоночного канала:</b> 1. задние остеофиты 2. гипертрофия желтой связки 3. гипертрофия дугоотростчатых суставов 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>81. К дистрофическим изменениям позвоночника относят:</b> 1. протрузии дисков 2. экструзия дисков 3. остеофиты 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>82. Доброкачественная хроническая боль в спине требует проведения:</b> 1. МРТ 2. рентгенографии 3. ортопедического обследования 4. все вышеперечисленное	3	ТК
<b>83. Для анкилозирующего спондилита НЕ характерно:</b>	4	ТК

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Утренняя скованность</li> <li>2. Улучшение после физической активности</li> <li>3. Отсутствие ослабления боли в положении лежа</li> <li>4. Стреляющий характер боли</li> </ol>		
<b>84. Источником боли при неспецифической боли в спине:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мышцы спины</li> <li>2. Межпозвоночный диск</li> <li>3. Фасеточные суставы</li> <li>4. Все перечисленное</li> </ol>	4	ТК
<b>85. Факторы хронизации боли:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличие грыжи диска</li> <li>2. Депрессия</li> <li>3. Спондилёз</li> <li>4. Физическая активность</li> </ol>	2	ТК
<b>86. Факторы хронизации боли:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стрессовые ситуации</li> <li>2. Наличие грыжи диска</li> <li>3. Спондилёз</li> <li>4. Физическая активность</li> </ol>	1	ТК
<b>87. Факторы хронизации боли:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличие грыжи диска</li> <li>2. Физическая активность</li> <li>3. Спондилёз</li> <li>4. Длительный постельный режим</li> </ol>	4	ТК
<b>88. Факторы хронизации боли:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спондилёз</li> <li>2. Наличие грыжи диска</li> <li>3. Работа в условиях вибрации</li> <li>4. Физическая активность</li> </ol>	3	ТК
<b>89. Для неспецифической боли в спине характерно:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. стреляющий, жгучий характер</li> <li>2. ноющая боль, усиливается при нагрузке</li> <li>3. плохо локализована, носит спастический характер</li> <li>4. сенестопатии</li> </ol>	2	ТК
<b>90. В регрессе боли при радикулопатии основную роль играют:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. уменьшение воспаления</li> <li>2. срочное хирургическое лечение</li> <li>3. строгий постельный режим</li> <li>4. мануальная терапия</li> </ol>	1	ТК
<b>91. Ухудшают прогноз при неспецифической боли в спине:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. использование НПВП</li> <li>2. длительная нетрудоспособность</li> <li>3. использование антидепрессантов</li> <li>4. физические упражнения</li> </ol>	2	ТК
<b>92. Для лечения острой скелетно-мышечной боли используется:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. строгий постельный режим</li> <li>2. ношение фиксационного пояса</li> <li>3. НПВН</li> </ol>	3	ТК

4. все вышеперечисленное		
<b>93. Для лечения острой скелетно-мышечной боли используется:</b> 1. строгий постельный режим 2. ношение фиксирующего пояса 3. НПВН 4. витамины группы В	3	ТК
<b>94. Для лечения хронической скелетно-мышечной боли используется:</b> 1. строгий постельный режим 2. ношение фиксирующего пояса 3. НПВН 4. когнитивно-поведенческая терапия	4	ТК
<b>95. Для лечения хронической скелетно-мышечной боли используется:</b> 1. антидепрессанты 2. ношение фиксирующего пояса 3. НПВН 4. строгий постельный режим	1	ТК
<b>96. Для лечения хронической скелетно-мышечной боли используется:</b> 1. когнитивной-поведенческая терапия 2. кинезиотерапия 3. антидепрессанты 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>97. Мануальная терапия показана при:</b> 1. спондилезе и спондилолистезе III стадии 2. болевом синдроме и вегетативно-висцеральных нарушениях 3. остеопорозе позвонков 4. все вышеперечисленное	2	ТК
<b>98. Симптом дискогенной радикулопатии L5:</b> 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра, 2) симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича, 3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы, 4) утрата коленного рефлекса, 5) утрата ахиллова рефлекса.	3	ТК
<b>99. Симптом дискогенной радикулопатии S1:</b> 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра и голени, 2) утрата ахиллова рефлекса, 3) слабость малоберцовой мышцы, 4) потеря чувствительности в области большого пальца стопы, 5) потеря чувствительности в аногенитальной области.	2	ТК, ПА
<b>100. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся:</b> 1. впервые возникшая боль в возрасте 20-30 лет 2. повышение температуры тела 3. впервые возникшая боль в возрасте старше 50 лет	2,3,4	ТК, ПА

4. значительное снижение веса 5. усиление боли при физической нагрузке.		
<b>101. Основные цели проведения МРТ позвоночника при боли в спине:</b> 1. диагностика и определение выраженности дегенеративных изменений позвоночника 2. диагностика межпозвонковых грыж 3. диагностика сколиоза 4. диагностика грыж Шморля 5. диагностика специфических причин боли (опухоль и др.)	2, 5	ТК, ПА
<b>102. Признаки дискогенной радикулопатии:</b> 1. снижение чувствительности по сегментарно-корешковому типу 2. центральный парез конечности 3. утрата или снижение рефлексов 4. спастичность 5. синдром Рейно.	1, 3	ТК, ПА
<b>103. Боль в спине начинает расцениваться как хроническая, если её длительность превышает:</b> 1. 2 недели 2. 4 недели 3. 6 недель 4. 8 недель 5. 12 недель	5	ТК, ПА
<b>104. Специфические боли в спине:</b> 1. опухоль спинного мозга 2. поражение дугоотростчатых суставов 3. метастатическое поражение позвонков 4. выраженный остеохондроз позвоночника 5. туберкулезный спондилит.	1, 3, 5	ТК, ПА
<b>105. Боли в пояснично-крестцовой области:</b> 1) самая частая локализация боли в спине 2) обычно вызывается компрессией спинномозговых корешков 3) встречается редко, 4) обычно вызывается скелетно-мышечной патологией 5) всегда сопровождается утратой коленного рефлекса.	1, 4	ТК, ПА
<b>106. Люмбаго:</b> 1) резкая, простреливающая боль в пояснице 2) подострая или хроническая боль в пояснице 3) боль в спине и по задней поверхности ноги 4) обычно связана с движением 5) обычно обусловлена растяжением связок или повреждением межпозвонковых суставов.	1, 4, 5	ТК, ПА
<b>107. Лечение хронической неспецифической боли в спине:</b> 1) хирургическое лечение, если нет эффекта от консервативного лечения в течение 3 месяцев 2) психотерапия 3) ограничение физических нагрузок, ношение корсета	2, 4, 5	ТК, ПА

4) антидепрессанты 5) двигательная активизация и лечебная гимнастика		
<b>108. Симптом дискогенной радикулопатии L5:</b> 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра, 2) симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича, 3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы, 4) утрата коленного рефлекса, 5) утрата ахиллова рефлекса.	3	ТК
<b>109. Симптом дискогенной радикулопатии S1:</b> 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра и голени, 2) утрата ахиллова рефлекса, 3) слабость малоберцовой мышцы, 4) потеря чувствительности в области большого пальца стопы, 5) потеря чувствительности в аногенитальной области.	2	ТК, ПА
<b>110. Фибромиалгия характеризуется:</b> 1) хронической диффузной болью в спине и конечностях, 2) наличием триггерных точек в мышцах, 3) утратой коленного рефлекса, 4) утратой ахиллова рефлекса, 5) депрессией.	1,2,5	ТК, ПА
<b>111. Дискогенная радикулопатия является причиной боли в спине:</b> 1. в 3-5% случаев, 2. в 10-15% случаев 3. в 20-30% случаев 4. в 40-50% случаев 5. в 50% и более случаев.	1	ТК
<b>112. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся:</b> 1. впервые возникшая боль в возрасте 20-30 лет 2. повышение температуры тела 3. впервые возникшая боль в возрасте старше 50 лет 4. значительное снижение веса 5. усиление боли при физической нагрузке.	2,3,4	ТК, ПА
<b>113. Основные цели проведения МРТ позвоночника при боли в спине:</b> 1. диагностика и определение выраженности дегенеративных изменений позвоночника 2. диагностика межпозвонковых грыж 3. диагностика сколиоза 4. диагностика грыж Шморля 5. диагностика специфических причин боли (опухоль и др.)	2, 5	ТК, ПА
<b>114. Неспецифическая боль в спине может быть вызвана:</b> 1. воспалительными заболеваниями позвоночника	2,4,5	ТК, ПА

<ul style="list-style-type: none"> <li>2. дисфункцией дугоотростчатых суставов</li> <li>3. компрессией спинномозговых корешков</li> <li>4. растяжением мышц спины</li> <li>5. напряжением мышц спины</li> </ul>		
<p><b>115. Миофасциальный синдром - это:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. локальное мышечное напряжение с формированием триггерных точек</li> <li>2. проявление дискогенной корешковой компрессии</li> <li>3. атрофия мышцы с последующим её замещением соединительной тканью</li> <li>4. состояние, при котором пальпация триггерных точек вызывает иррадирующую боль</li> <li>5. снижение порога возбудимости постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса.</li> </ul>	1, 4	ТК, ПА
<p><b>116. Признаки дискогенной радикулопатии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. снижение чувствительности по сегментарно-корешковому типу</li> <li>2. центральный парез конечности</li> <li>3. утрата или снижение рефлексов</li> <li>4. спастичность</li> <li>5. синдром Рейно.</li> </ul>	1, 3	ТК, ПА
<p><b>117. Боли при дискогенной радикулопатии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. легкой или умеренной интенсивности</li> <li>2. выраженной интенсивности</li> <li>3. преимущественно ноющие</li> <li>4. обычно простреливающие, нередко с ощущением прохождения электрического тока</li> <li>5. преимущественно в спине</li> </ul>	2, 4	ТК, ПА
<p><b>118. Боль в спине начинает расцениваться как хроническая, если её длительность превышает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 2 недели</li> <li>2. 4 недели</li> <li>3. 6 недель</li> <li>4. 8 недель</li> <li>5. 12 недель</li> </ul>	5	ТК, ПА
<p><b>119. Специфические боли в спине:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. опухоль спинного мозга</li> <li>2. поражение дугоотростчатых суставов</li> <li>3. метастатическое поражение позвонков</li> <li>4. выраженный остеохондроз позвоночника</li> <li>5. туберкулезный спондилит.</li> </ul>	1, 3, 5	ТК, ПА
<p><b>120. Наиболее частые причины торакалгии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) заболевания сердца</li> <li>2) скелетно-мышечные расстройства</li> <li>3) тревожные нарушения (панические атаки)</li> <li>4) компрессия грудных спинномозговых корешков</li> <li>5) межреберная невралгия.</li> </ul>	1, 2, 3	ТК
<p><b>121. Боли в пояснично-крестцовой области:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) самая частая локализация боли в спине</li> <li>2) обычно вызывается компрессией спинномозговых корешков</li> <li>3) встречается редко,</li> </ul>	1, 4	ТК, ПА

4) обычно вызывается скелетно-мышечной патологией 5) всегда сопровождается утратой коленного рефлекса.		
<b>122. Люмбаго:</b> 1) резкая, простреливающая боль в пояснице 2) подострая или хроническая боль в пояснице 3) боль в спине и по задней поверхности ноги 4) обычно связана с движением 5) обычно обусловлена растяжением связок или повреждением межпозвонковых суставов.	1, 4, 5	ТК, ПА
<b>123. На пояснично-крестцовом уровне наиболее часто страдают следующие корешки:</b> 1) L3 2) L4 3) L5 4) S1 5) S2.	3, 4	ТК
<b>124. Признаки компрессии корешков конского хвоста:</b> 1) боли в пояснице 2) нижний центральный парапарез 3) нижний периферический парапарез 4) гипестезия в аногенитальной зоне 5) императивные позывы на мочеиспускание	3, 4	ТК, ПА
<b>125. Компрессия корешков конского хвоста:</b> 1) частое осложнение остеохондроза позвоночника 2) редкое осложнение экструзии межпозвонковых дисков L4-L5 и L5-S1 3) требует экстренного проведения лечебных блокад 4) требует экстренного нейрохирургического вмешательства 5) требует экстренной электростимуляции периферических нервов	2, 4	ТК, ПА
<b>126. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска:</b> 1) выраженный острый болевой синдром, 2) нарушение функции тазовых органов, 3) спондилолистез, 4) медиальная грыжа диска более 8 мм, 5) латеральная грыжа диска более 8 мм	2	ТК, ПА
<b>127. Профилактика неспецифических болей в спине:</b> 1) занятие силовыми видами спорта, 2) сон на мягком матрасе, 3) лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, 4) плавание, 5) избегание подъема тяжестей	3,4,5	ТК, ПА
<b>128. Лечение миофасциальных болей:</b> 1) введение анестетиков в триггерные точки, 2) постизометрическая релаксация, 3) миорелаксанты, 4) вытяжение позвоночника, 5) ноотропные средства.	1,2,3	ТК, ПА
<b>129. Диагностика грыжи межпозвонкового диска:</b> 1) рентгенография позвоночника,	2,3	ТК, ПА

2) рентгеновская компьютерная томография позвоночника, 3) магнитно-резонансная томография позвоночника, 4) радиоизотопная сцинтиграфия позвоночника, 5) денситометрия.		
<b>130. Рентгенография позвоночника выявляет:</b> 1) грыжу межпозвонкового диска, 2) спондилолистез, 3) перелом тела позвонка, 4) остеопороз.	2,3,4	ТК, ПА
<b>131. Тактика ведения пациентов с дискогенной радикулопатией включает:</b> 1) подводное вытяжение 2) симптоматическая анальгетическая терапия 3) экстренное нейрохирургическое вмешательство 4) пульс-терапия кортикостероидами 5) антибиотикотерапия	2	ТК, ПА
<b>132. Лечение хронической неспецифической боли в спине:</b> 1. хирургическое лечение, если нет эффекта от консервативного лечения в течение 3 месяцев 2. психотерапия 3. ограничение физических нагрузок, ношение корсета 4. антидепрессанты 5. двигательная активизация и лечебная гимнастика	2, 4, 5	ТК, ПА

**Раздел дисциплины (тема): Психологические аспекты боли**

**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<b>1. К активным стратегиям преодоления боли относятся:</b> 1. Применение анальгетиков и использование специальных упражнений. 2. Игнорирование боли и сохранение двигательной активности. 3. Ограничение активности и прием анальгетиков.	2	ТК
<b>2. Наиболее частое психологическое расстройство при хронической боли</b> 1. Тревога 2. Страх и фобии 3. Гнев 4. Депрессия	4	ТК
<b>3. Выберите верное утверждение</b> 1. Тревога по поводу боли чаще отмечается при длительном хроническом болевом синдроме и является когнитивной составляющей хронической боли 2. Роль тканевого повреждения при хронической боли более значима, чем при острой боли	3	ТК

3. Болевое поведение это форма вербальной и невербальной коммуникации, необходимой для сообщения окружающим о том что индивид испытывает боль.		
<b>4. Проявления депрессии при хроническом болевом синдроме</b> 1. Напряжение, тяжесть и боли в мышцах, беспокойство, настороженность, нарушения сна, снижение концентрации внимания 2. Снижение настроения, аппетита, подавленность, заторможенность, мысли о смерти 3. Вспыльчивость, раздражительность, несдержанность.	2	ТК
<b>5. Когнитивно-поведенческая терапия включает в себя:</b> 1. Постепенную активизацию пациентов 2. Уменьшение внешнего положительного подкрепления их болевого поведения 3. Снижение зависимости от анальгетической терапии 4. Обучение пациентов навыкам самоконтроля 5. Всё из вышеперечисленного 6. Ничего из вышеперечисленного	5	ТК
<b>6. Для лечения хронических болевых синдромов используется терапия осознанности (майндфулнесс), которая включает:</b> 1. медитации, дыхательные практики 2. оценку автоматических мыслей и дисфункциональных убеждений 3. анализ детства пациента	1	ТК
<b>7. Какой нелекарственный метод НЕ используется в лечении пациентов с хроническим болевым синдромом:</b> 1. Когнитивно-поведенческая терапия 2. Биологическая обратная связь 3. Психоанализ	3	ТК
<b>8. Кто первым задумался о проблемах лечения болевых синдромов и является автором книги "Управление болью" ("Management of Pain")?</b> 1. Джон Джозеф Боника 2. Аарон Бек 3. Григорий Иванович Россолимо 4. Александр Романович Лурия	1	ТК
<b>9. Модель хронической боли является:</b> 1. биопсихосоциальной 2. биологической 3. генно-инженерной 4. психосоциальной	1	ТК
<b>10 Когнитивные составляющие боли – это:</b> 1. представления и убеждения пациента о боли 2. память пациента обо всех эпизодах боли в течение жизни 3. только неправильные представления пациента о боли 4. признаки наличия психического заболевания у пациента	1	ТК
<b>11. Боязнь пациента быть физически активным – это:</b>	2	ТК

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. агорафобия</li> <li>2. кинезиофобия</li> <li>3. признак наличия тяжелой депрессии</li> <li>4. катастрофизация боли</li> </ol>		
<p><b>12. Форма вербальной и невербальной коммуникации, необходимой для сообщения окружающим о том, что индивид испытывает боль – это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кинезиофобия</li> <li>2. Катастрофизация боли</li> <li>3. Признак наличия истерии</li> <li>4. Болевое поведение</li> </ol>	4	ТК
<p><b>13. Ограничение физической активности при хронической неспецифической боли в спине – это пример:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. адаптивной стратегии преодоления боли,</li> <li>2. неадаптивной стратегии преодоления боли,</li> <li>3. катастрофизации боли</li> <li>4. нет верных ответов</li> </ol>	2	ТК
<p><b>14. Для лечения хронической боли обычно используют следующий вид психотерапии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. психоанализ</li> <li>2. гештальт</li> <li>3. психодрама</li> <li>4. когнитивно-поведенческая психотерапия</li> </ol>	4	ТК
<p><b>15. Когнитивно-поведенческая терапия – это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. метод психотерапии</li> <li>2. метод лечения когнитивных нарушений</li> <li>3. разновидность физиотерапии</li> <li>4. упражнения по медитации</li> </ol>	1	ТК
<p><b>16. Для пациентов с хронической болью характерно:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Катастрофизация боли</li> <li>2. Болевое поведение</li> <li>3. Тревога</li> <li>4. Все вышеперечисленное</li> </ol>	4	ТК
<p><b>17. Какие эмоции характерны для пациентов с хронической болью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. тревога</li> <li>2. грусть</li> <li>3. гнев</li> <li>4. все вышеперечисленное</li> </ol>	4	ТК
<p><b>18. Во время консультации пациента с хронической болью целесообразно оценить эмоциональное состояние по:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Краткой шкале оценки психического статуса</li> <li>2. Госпитальной шкале тревоги и депрессии</li> <li>3. Тесту рисования часов</li> <li>4. Индексу тяжести инсомнии</li> </ol>	2	ТК
<p><b>19. К психологическим методам лечения хронической боли относятся:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. релаксация, лечебная гимнастика, физиотерапия</li> <li>2. биологическая обратная связь, физиотерапия</li> </ol>	1	ТК

3. когнитивно-поведенческая терапия, релаксация, биологическая обратная связь 4. иглорефлексотерапия, кинезиотерапия		
<b>20. Самое распространенное психическое расстройство при хронической боли:</b> 1. Депрессия 2. Шизофрения 3. Истерия 4. Посттравматическое стрессовое расстройство	1	ТК
<b>21. Основоположник когнитивно-поведенческой терапии:</b> 1. Зигмунд Фрейд 2. Аарон Бек 3. И. М. Сеченов 4. А. Я. Кожевников	2	ТК
<b>22. К болевому поведению относят:</b> 1. защитные позы 2. гримасы боли 3. шумное дыхание 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>23. Выберите утверждения, которые верны в отношении хронической боли:</b> 1. у пациента наблюдается болевое поведение 2. для лечения используют психологические методы 3. часто сочетается с депрессией 4. все вышеперечисленное	4	ТК
<b>24. Когнитивно-поведенческая терапия эффективна в лечении:</b> 1. хронической неспецифической боли в спине 2. хронической головной боли напряжения 3. фибромиалгии 4. всех вышеперечисленных заболеваний	4	ТК
<b>25. Выберите утверждение, которое неверно в отношении когнитивно-поведенческой терапии:</b> 1. когнитивно-поведенческая терапия эффективна в лечении хронической неспецифической боли в спине 2. когнитивно-поведенческая терапия – психологический метод лечения хронической боли 3. когнитивно-поведенческая терапия применяется только при сочетании хронической боли с депрессией 4. когнитивно-поведенческая терапия помогает активизировать пациента в повседневной жизни	3	ТК
<b>26. Выберите утверждение, которое является неверным:</b> 1. для лечения хронической боли обычно рекомендуется психоанализ 2. психологические методы эффективны в лечении хронической боли 3. психологические методы направлены на обучение пациента стратегиям преодоления боли 4. когнитивно-поведенческая терапия широко используется в лечении различных видов хронической боли	1	ТК

<p><b>27. К когнитивным составляющим хронической боли не относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. амнезия</li> <li>2. катастрофизация боли</li> <li>3. ошибочные представления о причинах боли</li> <li>4. мысли о развитии инвалидности</li> </ol>	1	ТК
<p><b>28. Выберите утверждение, которое неверно в отношении биологической обратной связи:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. это психологический метод лечения</li> <li>2. позволяет обучить пациента навыкам физического и эмоционального расслабления</li> <li>3. обычно проводится в медицинских учреждениях</li> <li>4. это мнение пациента об эффективности проведенного лечения</li> </ol>	4	ТК
<p><b>29. Выберите утверждение, которое неверное в отношении хронической боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. для лечения необходим мультидисциплинарный подход</li> <li>2. есть когнитивные и эмоциональные составляющие боли</li> <li>3. у пациентов часто наблюдается катастрофизация боли</li> <li>4. всегда есть органическое повреждение – источник боли</li> </ol>	4	ТК
<p><b>30. Депрессия при хронической боли может выражаться в виде:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. невозможности получать удовольствие от жизни</li> <li>2. утомляемости</li> <li>3. ощущения безнадежности</li> <li>4. всего вышеперечисленного</li> </ol>	4	ТК
<p><b>31. Наличие тревоги у пациента с хронической болью можно выявить с помощью методики:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. шкала тревоги Бека</li> <li>2. тест рисования часов</li> <li>3. краткая шкала оценки психического статуса</li> <li>4. шкала катастрофизации боли</li> </ol>	1	ТК
<p><b>32. Наличие депрессии у пациента с хронической болью можно выявить с помощью:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. шкалы тревоги Бека</li> <li>2. шкалы депрессии Бека</li> <li>3. шкалы катастрофизации боли</li> <li>4. теста рисования часов</li> </ol>	2	ТК
<p><b>33. Для пациента с хронической неспецифической болью в спине характерно:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие кинезиофобии</li> <li>2. наличие катастрофизации боли</li> <li>3. наличие симптомов тревоги и депрессии</li> <li>4. все вышеперечисленное</li> </ol>	4	ТК

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<p><b>1. Среди лекарственных методов лечения наибольшей эффективностью при фибромиалгии обладают:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВП</li> <li>2. снотворные препараты</li> <li>3. антиконвульсанты и антидепрессанты</li> <li>4. ноотропы</li> </ol>	3	ТК
<p><b>2. В лечении центральной невропатической боли не рекомендуют назначать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антиконвульсанты</li> <li>2. Антидепрессанты</li> <li>3. НПВП</li> <li>4. Лидокаин</li> </ol>	3	ТК
<p><b>3. Назовите группу препаратов, которые НЕ применяют в лечении тригеминальной невралгии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антиконвульсанты</li> <li>2. Местные анестетики</li> <li>3. Антидепрессанты</li> <li>4. НПВП</li> </ol>	4	ТК
<p><b>4. Препаратами выбора для купирования приступа мигрени с выраженным болевым синдромом являются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВС парентерально,</li> <li>2. Трамадол,</li> <li>3. комбинированные анальгетики,</li> <li>4. триптаны</li> </ol>	4	ТК
<p><b>5. Препараты первой линии для терапии нейропатической боли:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. антиконвульсанты, трициклические</li> <li>2. антидепрессанты</li> <li>3. ботулинический токсин,</li> <li>4. ноотропы,</li> <li>5. витамины группы В</li> </ol>	1	ТК
<p><b>6. Какие из перечисленных препаратов НЕ имеют доказанной эффективности при профилактическом лечении мигрени:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бета-блокаторы,</li> <li>2. ангибиторы АПФ,</li> <li>3. антидепрессанты,</li> <li>4. НПВС</li> </ol>	4	ТК
<p><b>7. Для купирования приступа кластерной головной боли эффективно использование:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВС парентерально,</li> <li>2. опиоиды,</li> <li>3. Инсуффляция кислорода</li> <li>4. магнезия внутривенно.</li> </ol>	3	ТК
<p><b>8. Препарат выбора для терапии невралгии тройничного нерва:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. amitriptilin,</li> <li>2. carbamazepin,</li> </ol>	2	ТК

3. суматриптан, 4. трамадол,		
<b>9. Препаратами эффективными для лечения фибромиалгии являются:</b> 1. Дулоксетин и прегабалин 2. Ибупрофен и дулоксетин 3. Флуоксетин и дулоксетин 4. Топирамат и габапентин	<b>1</b>	ТК
<b>10. Препараты для патогенетического профилактического лечения мигрени:</b> 1. моноклональные антитела к CGRP (эренумаб, фреманезумаб), 2. ботулинический токсин тип А, 3. противосудорожные средства (топирамат, вальпроевая кислота), 4. антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин)	<b>1</b>	ТК
<b>11. Препаратами выбора при острой боли в спине являются:</b> 1. НПВС 2. Триптаны 3. Миорелаксанты 4. Витамины группы В	<b>1</b>	ТК
<b>12. Для лечения эпизодической головной боли напряжения можно использовать:</b> 1. Ибупрофен 2. Amitриптилин 3. Пропранолол 4. Все вышеперечисленное	<b>1</b>	ТК
<b>13. Для лечения невропатический боли НЕ используют:</b> 1. Ноотропы 2. Трициклические антидепрессанты 3. Антikonвульсанты 4. Антидепрессанты из группы СИОЗСН	<b>1</b>	ТК
<b>14. Препаратами выбора при хронической боли в спине являются:</b> 1. НПВС 2. Антидепрессанты 3. Миорелаксанты 4. Витамины группы В	<b>1</b>	ТК
<b>15. Для купирования боли при постгерпетической невралгии стоит использовать:</b> 1. Ноотропы 2. Миорелаксанты 3. Витамины группы В 4. Антikonвульсанты	<b>4</b>	ТК
<b>16. Препаратами выбора для лечения атипичной лицевой боли являются:</b> 1. НПВС 2. Антидепрессанты 3. Миорелаксанты 4. Витамины группы В	<b>2</b>	ТК

<p><b>17. Трициклические антидепрессанты эффективны при лечении:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Депрессии</li> <li>2. Хронической боли в спине</li> <li>3. Хронической головной боли</li> <li>4. Все выше перечисленное</li> </ol>	4	ТК
<p><b>18. Селективные НПВС отличие от неселективных:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обладают меньшим негативным влиянием на ЖКТ</li> <li>2. Обладают большим негативным влиянием на ЖКТ</li> <li>3. Не могут применяться при головной боли</li> <li>4. Не могут применяться при боли в спине</li> </ol>	1	ТК
<p><b>19. Антидепрессанты каких групп могут применяться у пациентов с хронической болью?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Только трициклические (ТЦА)</li> <li>2. Только селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)</li> <li>3. И трициклические (ТЦА), и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)</li> <li>4. Антидепрессанты не применяются для лечения хронической боли</li> </ol>	3	ТК
<p><b>20. Что будет являться противопоказанием к назначению amitriptyline пациенту с хронической болью?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Депрессия</li> <li>2. Перенесённый инфаркт миокарда в анамнезе</li> <li>3. Хронический гастрит, декомпенсация</li> <li>4. Возраст пациента более 50 лет</li> </ol>	2	ТК
<p><b>20. Как назначаются антидепрессанты для лечения хронической боли в спине?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сразу в максимальной терапевтической дозе</li> <li>2. Только в минимальной терапевтической дозировке без повышения</li> <li>3. С постепенной титрацией дозировки и наблюдением за переносимостью пациента</li> <li>4. Антидепрессанты не применяются для лечения хронической боли</li> </ol>	3	ТК
<p><b>21. Способ лечения лекарственно-индуцированной головной боли?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отмена НПВС, которое привело к возникновению боли</li> <li>2. Назначение ноотропов per os</li> <li>3. Назначение антиконвульсанты</li> <li>4. Назначение ноотропов внутривенно</li> </ol>	1	ТК
<p><b>22. Какой из указанных препаратов, применяемых для лечения болевого синдрома относится к трициклическим антидепрессантам?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прегабалин</li> <li>2. Дулоксетин</li> <li>3. Amitriptyline</li> <li>4. Габапентин</li> </ol>	3	ТК

<p><b>23. Какой из указанных препаратов, применяемых для лечения болевого синдрома относится к антиконвульсантам?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Милнаципран</li> <li>2. Дулоксетин</li> <li>3. Амитриптилин</li> <li>4. Габапентин</li> </ol>	4	ТК
<p><b>24. Какой из НПВС предпочтительно назначить пациенту с острой болью в спине и хроническим гастритом в анамнезе?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кетопрофен</li> <li>2. Целекоксиб</li> <li>3. Диклофенак</li> <li>4. Ибупрофен</li> </ol>	2	ТК

**Раздел дисциплины (тема): Интервенционное лечение боли**  
**Вид оценочного средства: Тестовые задания:**

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
<p><b>1. К интервенционным методам лечения боли относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Радиочастотная денервация фасеточных суставов</li> <li>2. Спинальная анестезия</li> <li>3. Невролиз и декомпрессия нерва</li> <li>4. Иглорефлексотерапия</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>2. Основным показанием к выполнению РЧД фасеточных суставов является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличие эффекта от диагностической блокады фасеточных суставов</li> <li>2. Неэффективность терапии НПВС</li> <li>3. Выраженность болевого синдрома</li> <li>4. Болезненность при пальпации фасеточных суставов</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>3. Эффект от выполненной диагностической блокады фасеточных суставов можно считать положительным, если:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение интенсивности боли по ВАШ не менее, чем на 50% длительностью 2 часа</li> <li>2. Снижение интенсивности боли по ВАШ не менее, чем на 10% длительностью 24 часа</li> <li>3. Снижение интенсивности боли по ВАШ не менее, чем на 30% длительностью 4 часа</li> <li>4. Полный регресс боли длительностью 15 минут</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>4. Методы, используемые для контроля положения иглы при интервенционных вмешательствах</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рентгеновский, УЗ-контроль, нейрофизиологический контроль</li> <li>2. Рентгеновский, МРТ, УЗ-контроль</li> <li>3. УЗ-контроль, нейрофизиологический контроль, скинтиграфия</li> </ol>	1	ТК, ПА

4. нейрофизиологический контроль, МРТ, анатомические ориентиры		
<b>5. С целью лечения радикулопатического болевого синдрома используется</b> 1. Эпидуральные инъекции 2. Радиочастотная денервация фасеточных суставов 3. Ботулинотерапия 4. Блокада медиальных ветвей корешков	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>6. С целью лечения радикулопатического болевого синдрома используется</b> 1. Радиочастотная ризотомия 2. Радиочастотная денервация фасеточных суставов 3. Ботулинотерапия 4. Блокада медиальных ветвей корешков	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>7. Показанием к РЧА гассерова узла является</b> 1. Наличие противопоказаний для выполнения нейроваскулярной декомпрессии 2. Неэффективность терапии НПВС 3. Выраженность болевого синдрома 4. Наличие эффекта от диагностической блокады ветвей тройничного нерва	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>8. РЧА гассерова узла выполняется под контролем</b> 1. Рентгеновским 2. МРТ 3. УЗИ 4. На основании анатомических ориентиров	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>9. К осложнениям РЧА гассерова узла относится</b> 1. anesthesia dolorosa, слабость жевательной мускулатуры, гипестезия 2. слезотечение, слабость мимической мускулатуры 3. афазия, головокружение, синдром Горнера 4. синдром Горнера, слабость жевательной мускулатуры, нарушение глубокой чувствительности	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>10. К интервенционным методам лечения неспецифической боли в спине относится:</b> 1. Радиочастотная денервация фасеточных суставов 2. Спинальная анестезия 3. Трансхиатальный адгезиолиз 4. РЧА спинального ганглия	<b>1</b>	ТК, ПА
<b>11. Какие специалисты имеют право выполнять радиочастотную абляцию</b> 1. невролог 2. ортопед 3. нейрохирург 4. нейрохирург и ортопед	<b>4</b>	ТК, ПА
<b>12. Оценка эффективности радиочастотной абляции фасеточных суставов проводится через</b> 1. через 2 недели и далее через 1 месяц 2. через 1 месяц 3. через неделю 4. сразу после манипуляции	<b>1</b>	ТК, ПА

<p><b>13. Проведение повторной РЧД фасеточных суставов возможно при</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недостаточном снижении интенсивности болевого синдрома (&lt; 50% от исходного)</li> <li>2. желаний пациента</li> <li>3. недостаточном снижении интенсивности болевого синдрома (&lt; 25% от исходного)</li> <li>4. положительном эффекте от манипуляции</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>14. Стартовая терапия головной боли напряжения включает</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВС + антидепрессанты</li> <li>2. Применение ботулотоксина типа А</li> <li>3. Блокада большого затылочного нерва</li> <li>4. Стимуляция затылочного нерва</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>15. Терапия кластерной головной боли включает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Блокада крылонебного ганглия</li> <li>2. Стимуляция моторной коры головного мозга</li> <li>3. Чрескожная баллонная микрокомпрессия Гассерова узла</li> <li>4. Блокада большого затылочного нерва</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>16. Хирургическое лечение тригеминальной невралгии включает в себя:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хирургическая микроваскулярная декомпрессия,</li> <li>2. Стереотаксическая радиотерапия, гамма-нож</li> <li>3. Чрескожная баллонная микрокомпрессия Гассерова узла</li> <li>4. Все перечисленное</li> </ol>	4	ТК, ПА
<p><b>17. Наиболее эффективная методика лечения тригеминальной невралгии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хирургическая микроваскулярная декомпрессия,</li> <li>2. Стереотаксическая радиотерапия, гамма-нож</li> <li>3. Чрескожная баллонная микрокомпрессия Гассерова узла</li> <li>4. Чрескожная радиочастотная абляция Гассерова узла</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>18. Наиболее эффективная терапия при постгерпетической невралгии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эпидуральная блокада</li> <li>2. Паравертебральная блокада</li> <li>3. Симпатическая блокада</li> <li>4. Импульсная радиочастотная абляция дорзальных ганглиев</li> </ol>	4	ТК, ПА
<p><b>19. Какие спинномозговые нервы наиболее подвержены дискогенной невропатии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) С6 и С7</li> <li>2) С8</li> <li>3) С5</li> <li>4) С4 и С5</li> </ol>	1	ТК, ПА
<p><b>20. При миофасциальной боли рекомендуется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Инъекции местного анестетика в триггерные точки</li> <li>2) Введение ботулотоксина А в триггерные точки</li> <li>3) Межфасциальная инъекция</li> <li>4) Все перечисленное</li> </ol>	4	ТК, ПА

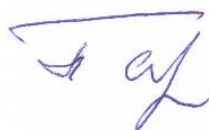
21. <b>Через какое анатомическое отверстие проводится РЧА Гассерова узла:</b> 1) Овальное 2) Большое затылочное 3) Остистое 4) Рваное	1	ТК, ПА
22. <b>Блокада какого Ганглия проводится при кокцигодинии:</b> 1) Звездчатый 2) Непарный 3) Спинальный 4) Спиральный	2	ТК, ПА
23. <b>Критерии отбора пациентов с фармакорезистентной головной болью для проведения нейростимуляции:</b> 1) неэффективность адекватно назначенной фармакотерапии 2) не психогенный характер болевого синдрома 3) невыраженный абрузус 4) Все перечисленное	4	ТК, ПА
24. <b>Интервенционная терапия поражения тазобедренного сустава включает в себя:</b> 1. Внутрисуставное введение кортикостероидов 2. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты 3. РЧА суставных ветвей бедренного и запирающего нервов 4. Все перечисленное	4	ТК, ПА
25. <b>При РЧД фасеточных суставов производится деструкция:</b> 1. медиальных ветвей корешков 2. латеральных ветвей корешков 3. спинального ганглия 4. суставной капсулы	1	ТК, ПА

Оценочные средства разработаны кафедрой нервных болезней ИКМ им. Н.В.Склифосовского

Приняты на заседании кафедры нервных болезней ИКМ им. Н.В.Склифосовского

«22» января 2025 г., протокол № 12

Заведующий кафедрой нервных болезней  
ИКМ им. Н.В. Склифосовского  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,  
д.м.н., профессор



В.А. Парфенов  
22.01.2025