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 неврологии, нейрохирургии
(*наименование дисциплины/ практики, либо – раздела дисциплины/ практики*)

основная профессиональная образовательная программа высшего образования

31.05.01 Лечебное дело

Шифр и наименование компетенции

-способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);

Раздел дисциплины (тема): Центральный и периферический парезы. (Тема 1)

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1.Для центрального пареза характерно (2): 1) повышение мышечного тонуса по типу спастичности, 2) оживление брюшных рефлексов, 3) появление патологических рефлексов, 4) раннее развитие атрофий.	**1,3**	ТК, ПА
2.Для центрального пареза характерно (2): 1) снижение мышечного тонуса 2) снижение брюшных рефлексов, 3) отсутствие патологических рефлексов, 4) отсутствие фасцикуляций.	**2,4**	ТК, ПА
3.Для центрального пареза характерно (3): 1) оживление сухожильных рефлексов 2) расширение рефлксогенных зон 3) появление патологических рефлексов, 4) раннее развитие атрофий.	**1,2, 3**	ТК, ПА
4.Для центрального пареза характерно (2): 1) симптом «складного ножа», 2) фибрилляции и фасцикуляции, 3) снижение мышечной силы 4) снижение болевой и температурной чувствительности	**1,3**	ТК, ПА
5.Для периферического пареза характерно (3): 1) мышечная гипотония, 2) снижение сухожильных рефлексов, 3) раннее развитие атрофий, 4) симптом Бабинского, 5) симптом Россолимо.	**1,2,3**	ТК, ПА
6.Для периферического пареза характерно (2): 1) повышение мышечного тонуса по типу ригидности, 2) повышение сухожильных рефлексов, 3) отсутствие атрофий, 4) фибиляции и фасцикуляции 5) снижение мышечной силы.	**4, 5**	ТК, ПА
7.Для периферического пареза характерно (2): 1) повышение мышечного тонуса по типу спастичности, 2) снижение сухожильных рефлексов, 3) раннее развитие атрофий, 4) симптом Бабинского, 5) интенционный тремор.	**2, 3**	ТК, ПА
8.Для периферического пареза характерно (2): 1) расширение рефлексогенных зон 2) снижение сухожильных рефлексов, 3) повышение сухожильных рефлексов 4) снижение болевой и температурной чувствительности, 5) понижение мышечного тонуса	**2,5**	ТК, ПА
9. Центральный парез возникает при повреждении (2): **1.** постцентральной извилины, **2.** внутренней капсулы, **3.** заднего канатика спинного мозга, **4.** бокового канатика спинного мозга, **5.** передних рогов спинного мозга.	2,4	ТК, ПА
10. Центральный парез возникает при повреждении (2):	**1,2**	ТК, ПА

1) 1.прецентральной извилины, 2) 2.внутренней капсулы, 3) 3.переднего канатика спинного мозга, 4) 4.заднего канатика спинного мозга, 5) 5.боковых рогов спинного мозга.		
11. Центральный парез возникает при повреждении (2): 1. внутренней капсулы 2. мозжечка 3. бокового канатика спинного мозга, 4. передних рогов спинного мозга. 5. височной доли головного мозга	**1, 3**	ТК, ПА
12. Центральный парез возникает при повреждении (2): 1.внутренней капсулы, 2.наружной капсулы 3.основания ствола головного мозга 4.задних рогов спинного мозга 5 передних рогов спинного мозга	**1,3**	ТК, ПА
13. Периферический парез возникает при повреждении (2): **1.** прецентральной извилины, **2.** лучистого венца, **3.** переднего канатика спинного мозга, **4.** переднего спинномозгового корешка, **5.** нервно-мышечного синапса.	**4,5**	ТК, ПА
14. Периферический парез возникает при повреждении (2): 1.плечевого сплетения. 2.внутренней капсулы, 3.лучистого венца, 4.переднего спинномозгового корешка, 5.заднего канатика спинного мозга	**1, 4**	ТК, ПА
15. Периферический парез возникает при повреждении (2): 1.переднего спинномозгового корешка, 2.заднего спнномозгового корешка, 3.переднего канатика спинного мозга, 4.заднего канатика спиинного мозга, 5.нервно-мышечного синапса.	**1,5**	ТК, ПА
16. Периферический парез возникает при повреждении (2): **1.** мозжечка, **2.** лучистого венца, **3.** периферического нерва, **4.** нервно-мышечного синапса. **5.** мышцы	**3, 4, 5**	ТК, ПА
17. Ранняя атрофия мышц парализованной конечности возникает при повреждении (3): **1.** передних рогов спинного мозга, **2.** периферических нервов, **3.** мышц, **4.** основания ствола головного мозга, **5.** внутренней капсулы.	**1,2,3**	ТК, ПА
18. Ранние атрофии мышц парализованной конечности характерны для повреждения (3): **1.** передних рогов спинного мозга, **2.** внутренней капсулы **3.** периферическго нерва **4.** основания ствола головного мозга, **5.** плечевого спления.	**1,3,5**	ТК, ПА
19. Фасцикуляции в паретичной мышце возникают при повреждении (1): **1.** передних рогов спинного мозга, **2.** нервно-мышечного синапса **3.** мышц, **4.** основания ствола головного мозга, **5.** внутренней капсулы.	**1**	ТК, ПА

20. Мышченые атрофии характерны для поражения (1): **1.** основания ствола головного мозга, **2.** прецентральной извилины **3.** мозжечка **4.** переднего корешка спинного мозга **5.** задних канатиков спинного мозга	**4**	ТК, ПА
21. Симптом Бабинского возникает при повреждении (2): 1) передних канатиков спинного мозга, 2) задних канатиков спинного мозга 3) боковых канатиков спинного мозга 4) полосатых тел 5) внутренней капсулы.	**3, 5**	ТК, ПА
22. Симптом Бабинского характерен для поражения (2): 1) постцентральной извилины 2) внутренней капсулы 3) мозжечка 4) основания ствола головного мозга 5) зрительного бугра.	**2, 4**	ТК, ПА
23. Симптом Бабинского слева возникает при повреждении (2): 1) бокового канатика спинного мозга справа, 2) бокового канатика спинного мозга слева 3) внутренней капсулы справа 4) внутренней капсулы слева 5) прецентральной извилины слева	**2,3**	ТК, ПА
24. Симптом Бабинского справа возникает при повреждении (2): 1) заднего канатика спинного мозга справа, 2) внутренней капсулы слева, 3) бокового канатика спинного мозга справа, 4) зрительного бугра слева, 5) правой нижней ножки мозжечка.	**2,3**	ТК, ПА
25. Ранняя атрофия мышц парализованной конечности характерна для повреждения (3): **1.** мышц, **2.** нервно-мышечного синапса, **3.** бокового канатика спинного мозга, **4.** внутренней капсулы, **5.** периферического нерва.	**1,2,5**	ТК, ПА
26. Ранняя атрофия мышц парализованной конечности характерна для повреждения (3): **1.** прецентральной извилины, **2.** нервно-мышечного синапса, **3.** зрительного бугра, **4.** передних рогов спинного мозга **5.** передних корешков спинного мозга	**2,4,5**	ТК, ПА
27. Атрофия мышц характерна для повреждения (2): 1. Передних канатиков спинного мозга, 2. Задних канатиков спинного мозга, 3. Передних корешков спинного мозга 4. Задних корешков спинного мозга, 5. периферического нерва.	**3,5**	ТК, ПА
28. Атрофия мышц характерна для повреждения (2): **1.** мозжечка **2.** плечевого сплетения **3.** задних канатиков спинного мозга, **4.** мышц **5.** передних канатиков спинного мозга.	**2,4**	ТК, ПА
29. Симптомы центрального пареза (3): **1.** симптом Бабинского **2.** симптом Брудзинского, **3.** симптом Кернига,	**1,4,5**	ТК, ПА

4. симптом Оппенгейма, **5.** симптом Россолимо.		
30. Симптомы центрального пареза (2): **1.** патологическая мышечная утомляемость **2.** симптом Ласега **3.** симптом «зубчатого колеса» **4.** симптом Россолимо. **5.** симптом «складного ножа»	**4, 5**	ТК, ПА
31. Симптомы центрального пареза (3): **1.** снижение мышченой силы **2.** повышение мышечной силы **3.** снижение мышечного тонуса **4.** повышение мышечного тонуса **5.** поза Вернике-Манна	**1,4,5**	ТК, ПА
32. Симптомы центрального пареза (3): **1.** интенционный тремор **2.** снижение всех видов чувствительности **3.** симптом Бабинского **4.** мышечная дистония **5.** симптом «складного ножа»	**3, 5**	ТК, ПА
33. Нижний спастический парапарез возникает при повреждении (2): 1.парацентральных долек обоих полушарий головного мозга, 2.передних рогов спинного мозга с двух сторон, 3. боковых канатиков спинного мозга с двух сторон, 4.задних канатиков спинного мозга с двух сторон, 5.периферических нервов нижних конечностей.	**1,3**	ТК, ПА
34. Нижний спастический парапарез возникает при повреждении (1): **1.** передних рогов спинного мозга на грудном уровне уровне, **2.** передних канатиков спинного мозга на грудном уровне **3.** боковых рогов спинного мозга на грудном уровне **4.** боковых канатиков спинного мозга на грудном уровне **5.** боковых канатиков спинного мозга на поясничном уровне	**4**	ТК, ПА
35. Нижний спастический парапарез возникает при повреждении (3): 1.парацентральных долек обоих полушарий головного мозга, 2.шейного утолщения спинного мозга 3. грудного отдела спинного мозга 4.поясничного отдела спинного мозга , 5.конского хвоста	**1,2,3**	ТК, ПА
36. Нижний вялый парапарез возникает при повреждении (2):, **1.** передних рогов спинного мозга на пояснично-крестцовом уровне, 2. боковых канатиков спинного мозга на пояснично-крестцовом уровне 3. задних канатиков спинного мозга на грудном уровне 4. периферических нервов нижних конечностей. 5. парацентральных долек	**1,4**	ТК, ПА
37. При повреждении внутренней капсулы обычно возникает (1): 1) монопарез руки, 2) монопарез ноги, 3) гемипарез, 4) нижний парапарез, 5) тетрапарез.	**3**	ТК, ПА
38. При повреждении внутренней капсулы обычно возникает (1): 1) монопарез ноги, 2) монопарез руки, 3) контрлатеральный гемипарез,	**3**	ТК, ПА

4) ипсилатеральный гемипарез, 5) нижний вялый парапарез.		
39. При повреждении внутренней капсулы справа обычно возникает (1): 1) левосторонний гемипарез, 2) правосторонний гемипарез, 3) верхний парапарез, 4) нижний парапарез, 5) тетрапарез.	**1**	ТК, ПА
40. При повреждении внутренней капсулы слева обычно возникает (2): 1) интенционный тремор в правой руке, 2) центральный парез правой руки 3) центральный парез левой руки 4) центральный парез правой ноги 5) центральный парез левой ноги	**2, 4**	ТК, ПА
41. Фасцикуляции характерны для повреждения (1): 1) передних рогов спинного мозга. 2) боковых канатиков спинного мозга, 3) периферических нервов, 4) нервно-мышечного синапса, 5) мышц.	**1**	ТК, ПА
42. Фасцикуляции характерны для повреждения (1): 1) прецентральной извилины 2) боковых канатиков спинного мозга, 3) зрительного бугра 4) нервно-мышечного синапса, 5) передних рогов спинного мозга	**5**	ТК, ПА
43. Фасцикуляции характерны для повреждения (1): 1) передних рогов спинного мозга. 2) передних корешков спинного мозга, 3) передних канатиков спинного мозга, 4) нервно-мышечного синапса, 5) мышц.	**1**	ТК, ПА
44. Фасцикуляции характерны для повреждения (1): 1) черной субстанции ствола головного мозга 2) боковых канатиков спинного мозга, 3) передних рогов спинного мозга 4) задних рогов спинного мозга 5) крупных нервных стволов	**3**	ТК, ПА
45. Снижение коленного рефлекса возникает при повреждении (2): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне L2-L4 сегментов, **2.** передних рогов спинного мозга на уровне L5-S1 сегментов, **3.** наружного кожного нерва бедра, **4.** бедренного нерва, **5.** седалищного нерва.	**1,4**	ТК, ПА
46. Снижение коленного рефлекса возникает при повреждении (1): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне S2-S4 сегментов, **2.** передних рогов спинного мозга на уровне S4-S5 сегментов, **3.** передних рогов спинного мозга на уровне L2-L4 **4.** передних рогов спинного мозга на уровне L5-S1 **5.** седалищного нерва.	**3**	ТК, ПА
47. Снижение ахиллова рефлекса возникает при повреждении (2): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне L2-L4 сегментов,	**2, 5**	ТК, ПА

2. передних рогов спинного мозга на уровне S1 сегмента **3.** бедренного нерва, **4.** малоберцового нерва **5.** большеберцового нерва		
48. Снижение ахиллова рефлекса возникает при повреждении (2): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне L1 сегмента, **2.** передних рогов спинного мозга на уровне S1 сегмента, **3.** передних корешков спинного мозга на уровне L1-сегмента **4.** передних корешков спинного мозга на уровне S1 **5.** малоберцового нерва	**2, 4**	ТК, ПА
49. Снижение рефлекса с трёхглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов, **2.** передних рогов спинного мозга на уровне С7-С8 сегментов, **3.** локтевого нерва, **4.** лучевого нерва, **5.** срединного нерва.	**2,4**	ТК, ПА
50. Снижение рефлекса с трёхглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2): **1.** локтевого нерва, **2.** передних корешков спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов, **3.** лучевого нерва, **4.** передних корешков спинного мозга на уровне С7-С8 сегментов, **5.** срединного нерва.	**3,4**	ТК, ПА
51. Снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне С7-С8 сегментов, **2.** передних рогов спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов, **3.** передних корешков спинного мозга на уровне С7-С8 сегментов, **4.** передних корешков спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов, **5.** лучевого нерва.	**2,4**	ТК, ПА
52. Снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2): **1.** передних рогов спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов, **2.** мышечно-кожного нерва плеча **3.** локтевого нерва, **4.** лучевого нерва, **5.** срединного нерва.	**1,2**	ТК
53. При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов возникает (1): 1) правосторонний гимипарез, 2) левосторонний гемипарез, 3) парез левой ноги, 4) парез правой ноги, 5) нижний парапарез.	**4**	ТК, ПА
54. При повреждении левого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов возникает (1): 1) правосторонний гимипарез, 2) левосторонний гемипарез, 3) парез левой ноги, 4) парез правой ноги,	**3**	ТК, ПА

5) нижний парапарез.		
55. При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне врехних шейных сегментов возникает (1): 1) правосторонний гимипарез, 2) левосторонний гемипарез, 3) парез левой ноги, 4) парез правой ноги, 5) нижний парапарез.	**1**	ТК, ПА
56. При повреждении левого бокового канатика спинного мозга на уровне верхних шейных сегментов возникает (1): 1) правосторонний гимипарез, 2) левосторонний гемипарез, 3) парез левой ноги, 4) парез правой ноги, 5) нижний парапарез.	**2**	ТК, ПА
57. При повреждении лучевого нерва возникает парез (2): 1. двухглавой мышцы плеча, 2. трехглавой мышцы плеча, 3. мышцы, приводящей большой палец, 4. мышцы, отводящей мизинец, **5.** разгибателей кисти и пальцев	**2,5**	ТК, ПА
58. При повреждении лучевого нерва возникает парез (2): 1. трехглавой мышцы плеча, 2. двуглавой мышцы плеча 3. мышцы, противопоставляющей палец, **4.** разгибателей кисти и пальцев **5.** сгибателей кисти и пальца	**1, 4**	ТК, ПА
59. При повреждении локтевого нерва возникают (2): 1. парез мышцы, приводящей большой палец 2. парез мышцы, противопоставляющей большой палец 3. гипотрофия мышц тенара 4. гипотрофия мышц гипотенара	**1, 4**	ТК, ПА
60. При повреждении срединного нерва возникают (2): 1. парез мышцы, приводящей большой палец 2. парез мышцы, противопоставляющей большой палец 3. гипотрофия мышц тенара **4.** гипотрофия мышц гипотенара	**2,3**	ТК, ПА
61. При повреждении малоберцового нерва возникает (1): 1. снижение коленного рефлекса, **2.** парез передней большеберцовой мышцы. 3. снижение ахиллого рефлекса 4. парез задней большеберцовой мышцы **5.** парез камбаловидной мышцы	**2**	ТК, ПА
62. При повреждении малоберцового нерва возникает парез (1): 1. икроножной мышцы, 2. камбаловидной мышцы, 3. задней большеберцовой мышцы, **4.** передней большеберцовой мышцы.	**4**	ТК, ПА
63. При повреждении большеберцового нерва возникает парез (2): 1. икроножной мышцы, 2. четырехглавой мышцы, 3. задней большеберцовой мышцы, **4.** передней большеберцовой мышцы.	**1,3**	ТК, ПА
64. При повреждении большеберцового нерва возникает (1): 1. снижение коленного рефлекса, 2. парез передней большеберцовой мышцы. 3. снижение ахиллова рефлекса 4. парез четырехглавой мышцы	**3**	ТК, ПА
65. Гемипарез может возникнуть при повреждении (4): 1. внутренней капсулы,	**1-4**	ТК, ПА

2. лучистого венца, 3. ножки мозга, 4. половины основания ствола головного мозга, 5. бокового канатика спинного мозга на грудном уровне.		
66. Гемипарез может возникнуть при повреждении (2): 1. шейного и плечевого сплетения 2. внутренней капсулы, 3. полушария мозжечка, 4. половины основания ствола головного мозга, 5. переднего канатика спинного мозга на шейном уровне.	**2, 4**	ТК, ПА
67. Гемипарез может возникнуть при повреждении (2): 1. внутренней капсулы 2. наружной капсулы 3. зрительного бугра 4. полосатого тела 5. лучистого венца	**1, 5**	ТК, ПА
68. Центральный гемипарез может возникнуть при повреждении (2): 1. ножки мозга 2. бокового канатика спинного мозга на грудном уровне 3. мышц 4. периферических нервов 5. ствола головного мозга	**1,5**	ТК, ПА
69. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности используют (2): 1. магнитно-резонансную томографию головы, 2. игольчатую электромиографию, 3. рентгеновскую компьютерную томографию головы, 4. биопсию периферического нерва, 5. биопсию мышц.	**1,3**	ТК, ПА
70. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности используют (2): 1. компьютерную-рентгеновскую томографию, 2. магнитно-резонансную томографию 3. электроэнцеафалографию 4. вызванные соматосенсорные потенциалы, 5. электронейромиографию.	**1,2**	ТК, ПА
71. Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности используют (2): 1. магнитно-резонансную томографию спинного мозга, 2. магнитно-резонансную томографию головного мозга 3. электроэнцефалографию, 4. игольчатую электромиографию, 5. поясничную пункцию.	**1,2**	ТК, ПА
72. Для выявления поражения кортико-спинального пути используют (1): 1. игольчатую электромиографию, 2. магнитную стимуляцию головного мозга 3. электроэнцефалографию 4. исследование вызванных потенциалов головного мозга 5. исследование цереброспинальной жидкости.	**2**	ТК, ПА
73. Признаки поражения передних рогов спинного мозга при игольчатой электромиографии (3): 1. фибрилляции, 2. фасцикуляции, 3. увеличение длительности потенциала двигательной единицы, 4. снижение амплитуды потенциала двигательной единицы 5. увеличение числа полифазных потенциалов	**1.2,3**	ТК
74. Признаки поражения передних рогов спинного мозга при игольчатой электромиографии (3):	**1, 2, 4**	ТК

1. фибрилляции, 2. положительные острые волны, 3. уменьшение длительности потенциала двигательной единицы 4. увеличение длительности потенциала двигательной единицы, 5. снижение амплитуды потенциала двигательной единицы.		
75. Признаки поражения мышц при игольчатой электромиографии (2): 1. фибрилляции, 2. фасцикуляции, 3. увеличение длительности потенциала двигательной единицы, 4. снижение амплитуды потенциала двигательной единицы, 5. увеличение числа полифазных потенциалов	**4,5**	ТК
76. Признаки поражения нервно-мышчного синапса при игольчатой электромиографии (1): 1. увеличение амплитуды потенциала двигательной единицы, 2. фасцикуляции, 3. увеличение длительности потенциала двигательной единицы, 4. декремент амплитуды суммарного потенциала при ритмической стимуляции нерва	**4**	ТК
77.Симптоматическое лечение спастичности (4): 1. лечебная гимнастика, 2. баклофен, 3. тизанидин, 4. пирацетам, 5. введение в мышцу ботулинического токсина.	**1,2,3,5**	ТК
78. Симптоматическое лечение спастичности (1): 1. холинолитики, 2. электростимуляция паретичных мышц, 3. введение в мышцу ботулинического токсина 4. препараты леводопы 5. электростимуляция периферических нервов	**3**	ТК, ПА
79.Частые причины центрального паралича (3): 1. инсульт, 2. черепно-мозговая травма 3. рассеянный склероз, 4. прогрессирующая мышечная дистрофия 5. болезнь Паркинсона	**1,2,3**	ТК, ПА
80. При центральном параличе, в отличие от периферического паралича, нет (4): 1. снижения сухожильных рефлексов 2. снижения мышечного тонуса 3. снижения мышечной силы 4. ранних амиотрофий 5. фасцикуляций	**1,2,4,5**	ТК, ПА
81.У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского. Неврологические симптомы (3): 1. гемипарез, 2. монопарез, 3. спастичность, 4. мышечная ригидность, 5. патологический рефлекс.	**1,3,5**	ТК, ПА
82. У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского. Локализация поражения (1): 1. боковой канатик в грудном отделе спинного мозга справа,	**5**	ТК, ПА

2. задний канатик в шейном отделе спинного мозга справа, 3. зрительный бугор слева, 4. зрительный бугор справа, 5. внутренняя капсула слева.		
83. У мужчины 30 лет утром развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, мышечная гипотония и отсутствие рефлекса с трёхглавой мышцы в правой руке. Неврологический синдром (1): 1) периферический парез кисти, 2) центральный парез кисти, 3) смешанный парез кисти.	**1**	ТК, ПА
84. У мужчины 30 лет утром развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, мышечная гипотония и отсутствие рефлекса с трёхглавой мышцы в правой руке. Локализация поражения (1): 1) прецентральная извилина слева. 2) боковой канатик спинного мозга на шейном уровне справа, 3) правый лучевой нерв, 4) правый срединный нерв, 5) правый локтевой нерв.	**3**	ТК, ПА
85.У мужчины 30 лет утром развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, мышечная гипотония и отсутствие рефлекса с трёхглавой мышцы в правой руке. Рекомендуемый дополнительный метод исследования (1): 1) компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы, 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) электронейромиография.	**5**	ТК, ПА
86.У мужчины 60 лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании- в правой ноге парез до 3-х баллов, тонус повышен, оживлены рефлексы, симптом Бабинского. Неврологические симптомы (3): 1) периферический парез ноги, 2) спастичность, 3) гиперрефлексия, 4) мышечная ригидность, 5) патологический рефлекс	**2,3,5**	ТК, ПА
87. У мужчины 60 лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании- в правой ноге парез до 3-х баллов, тонус повышен, оживлены рефлексы, симптом Бабинского. Локализация поражения (1): 1. правый малоберцовый нерв, 2. боковой канатик спинного мозга в грудном отделе справа, 3. правый большеберцовый нерв, 4. зрительный бугор слева, 5. внутренняя капсула слева	**2**	ТК, ПА
88. У мужчины 60 лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании- в правой ноге парез до 3-х баллов, тонус повышен, оживлены рефлексы, симптом Бабинского. Дополнительный метод исследования (1): 1. биопсия мышц, 2. игольчатая электромиография, 3. магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4. электронейромиография, 5. вызванные соматосенсорные потенциалы	**3**	ТК, ПА
89. **У женщины 60 лет постепенно развиваются слабость и похудание ног, а затем и рук. При обследовании во всех конечностях выявляются выраженные атрофии, гипотония, мышечные подёргивания, рефлексы оживлены, двусторонний**	**3**	ТК, ПА

симптом Бабинского. Неврологический синдром (1): 1) периферический тетрапарез, 2) центральный тетрапарез, 3) смешанный тетрапарез.		
90. У женщины 60 лет постепенно развиваются слабость и похудание ног, а затем и рук. При обследовании во всех конечностях выявляются выраженные атрофии, гипотония, мышечные подёргивания, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения (2): 1. корково-спинномозговой (пирамидный) путь, 2. нервно-мышечный синапс, 3. передние рога спинного мозга, 4. задние рога спинного мозга, 5. боковы рога спинного мозга	**1,3**	ТК, ПА
91. У женщины 60 лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского. Неврологический синдром (1): 1. левосторонний центральный гемипарез 2. левосторонний периферический гемипарез 3. центральный парапарез 4. периферический парапарез 5. левосторонний гемипаркинсонизм	1	ТК, ПА
92. У женщины 60 лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского. Возможные локализации поражения (2): 1. лучистый венец слева 2. лучистый венец справа 3. внутренняя капсула слева 4. внутренняя капсула справа 5. левое полушарие мозжечка	2,4	ТК, ПА
93. У женщины 60 лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского. Основной дополниительный метод исследования (1): 1. элетронейромиография 2. магнитно-резонансная томография головного мозга 3. поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости 4. электроэнцефалография 5. магнитно-резонансная томография шйно-грудного и поясничного отделов позвоночнка	2	ТК, ПА
94. У мужчины 70 лет внезапно развивается слабость в левой руке. Выявляется парез левой кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы; симптом Гоффманна. Неврологический синдром? 1. левосторонний центральный гемипарез 2. центральный парез левой руки 3. периферический парез левой руки 4. левосторонний гемипаркинсонизм 5. левосторонний гемибаллизм	2	ТК, ПА
95. У мужчины 70 лет внезапно развивается слабость в левой руке. Выявляется парез левой кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы; симптом Гоффманна. Наиболее вероятная локализация поражения (1): 1. правая половина основания ствола головного мозга 2. левая половина основания ствола головного мозга	5	ТК, ПА

3. левое плечевое сплетение 4. правая постцентральная извилина 5. правая прецентральная извилина		
96. У мужчины 70 лет внезапно развивается слабость в левой руке. Выявляется парез левой кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы; симптом Гоффманна. Дополнительные методы исследования (2): 1. магнитно-резонансная томография шейно-грудного отдела позвоночника 2. Магнитно-резонансная томография головного мозга 3. электроэнцефалография 4. компьютерная рентгеновская томография головного мозга 5. электронейромиография левой руки	2, 4	ТК, ПА
97. У мужчины 40 лет после сна ослабела левая кисть. При обследовании в левой руке невозможно тыльное разгибание кисти и пальцев, низкие рефлексы, отсутствуют патологические рефлексы. Неврологический синдром (1): 1.центральный монопарез 2.периферический монопарез 3.смешанный монопарез 4.фокальная дистония 5.атаксия левой руки	**2**	**ТК, ПА**
98. У мужчины 40 лет после сна ослабела левая кисть. При обследовании в левой руке невозможно тыльное разгибание кисти и пальцев, низкие рефлексы, отсутствуют патологические рефлексы. Возможная локализация поражения (1): **1.**левый локтевой нерв 2.передние рога С5-С6 сегментов спинного мозга 3.левый лучевой нерв 4.левый срединный нерв 5.правая прецентральная извилина	**3**	**ТК, ПА**
99.У женщины 50 лет нарастает слабость в правой ноге. При обследовании в правой ноге: парез до 3 баллов, тонус повышен в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского. Вероятная локализация поражения (1): 1. левый боковой канатик на поясничном уровне 2. правый боковой канатик на поясничном уровне 3.левый боковой канатик на грудном уровне 4.правый боковой канатик на грудном уровне 5.внутренная капсула слева	4	ТК, ПА
100.У мужчины 45 лет в течение 20 лет нарастает слабость в ногах. При обследовании в ногах выявляются слабость и атрофия мышц, особенно в дистальных отделах без фасцикуляций, отсутствие ахилловых рефлексов,. Неврологический синдром (1): 1.нижний центральный парапарез 2.нижний периферический парапарез 3.нижняя центральная параплегия 4.нижняя периферическая параплегия 5.смешанный нижний парапарез	2	ТК, ПА
101. У мужчины 45 лет в течение 20 лет нарастает слабость в ногах. При обследовании в ногах выявляются слабость и атрофия мышц, особенно в дистальных отделах без фасцикуляций, отсутствие ахилловых рефлексов,. Локализация поражения (1): 1.парацентральные дольки головного мозга 2.боковые канатики грудного отедла спинного мозга 3.передние рога пояснично-крестцового отдела спинного моза 4.периферические нервы нижних конечностей 5.мышцы нижних конечностей	4	ТК, ПА

102. У женщины 40 лет слабость в руках и ногах, особенно после физических нагрузок. При обследовании: парез в конечностях 4 балла, гипотония, снижение сухожильных рефлексов; после небольшой физической нагрузки слабость в ногах нарастает до 2 баллов. Неврологические расстройства (2): 1.периферический тетрапарез 2.периферическая тетраплегия 3.патологическая мышечная утомляемость 4.центральный тетрапарез 5.центральная тетраплегия	1,3	ТК, ПА
103. У женщины 40 лет слабость в руках и ногах, особенно после физических нагрузок. При обследовании: парез в конечностях 4 балла, гипотония, снижение сухожильных рефлексов; после небольшой физической нагрузки слабость в ногах нарастает до 2 баллов.Локализация поражения (1): 1.передние рога спинного мозга 2.передние спинномозговые корешки 3.периферические нервы 4.нервно-мышечные синапсы 5.мышцы	4	ТК, ПА
104. У мужчины 55 лет постепенно нарастают слабость и похудание ног и рук. При обследовании: во всех конечностях выраженные атрофии, фасцикуляции, снижение тонуса, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Неврологический синдром (1): 1.нижний центральный парапарез 2.верхний центральный парапарез 3.центральный тетрапарез 4.периферический тетрапарез 5.смешанный тетрапарез	5	ТК, ПА
105. У мужчины 55 лет постепенно нарастают слабость и похудание ног и рук. При обследовании: во всех конечностях выраженные атрофии, фасцикуляции, снижение тонуса, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения (2): 1.передние рога спинного мозга 2.периферические нервы 3.корково-мышечные пути 4.нервно-мышечные синапсы 5.мышцы	1, 3	ТК, ПА
106. У мужчины 40 лет постепенно развивается слабость правой ноги. При обследовании: в правой ноге похудание и слабость передней группы мышц бедра, отсутствие коленного рефлекса, слабость стопы, оживление ахиллова рефлекса, симптом Бабинского. Неврологические синдромы (2): 1.центральный парез проксимальных отделов правой ноги 2.периферический парез проксимальных отделов правой ноги 3.центральный парез дистальных отделов правой ноги 4.периферический парез дистальных отделов правой ноги 5.смешанный нижний парапарез	2, 3	ТК, ПА
107. У мужчины 40 лет постепенно развивается слабость правой ноги. При обследовании: в правой ноге похудание и слабость передней группы мышц бедра, отсутствие коленного рефлекса, слабость стопы, оживление ахиллова рефлекса, симптом Бабинского. Локализация поражения (2): 1.правый боковой канатик на грудном уровне 2.левый боковой канатик на грудном уровне 3.правый боковой канатик на поясничном уровне	3,5	ТК, ПА

4.левый боковой канатик на поясничном уровне 5.Передние рога спинного мозга на поясничном уровне		
108. У мужчины 20 лет после черепно-мозговой травмы слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях гипотрофии, снижение силы до 3-х баллов, повышение тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, оживление сухожильных рефлексов, клонус стопы,симптомы Бабинского и Россолимо. Неврологический синдром (1): 1.левосторонний центральный гемипарез 2.левосторонний периферический гемипарез 3.левосторонний гемипаркинсонизм 4.левосторонняя гемидистония 5.левосторонний хореоатетоз	1	ТК, ПА
109. У мужчины 20 лет после черепно-мозговой травмы слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях гипотрофии, снижение силы до 3-х баллов, повышение тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, оживление сухожильных рефлексов, клонус стопы,симптомы Бабинского и Россолимо. Наиболее вероятные локализации поражения (2): 1.правая постцентральная извилина 2.лучистый венец справа 3.внутренняя капсула справа 4.левая половина основания ствола головного мозга 5.правый боковой канатик спинного мозга	2, 3	ТК, ПА
110.У женщины 50 лет, перенесшей инсульт, выявляются слева парез в руке до 4-х баллов, в ноге до 2-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптомы Бабинского и Россолимо, повышение мышечного тонуса в разгибателях ноги. Неврологический синдром (1): 1.левосторонний центральный гемипарез 2.левосторонний гемипарксинсонизм 3.левосторонний периферический гемипарез 4.левосторонняя гемидистония 5.левосторонний атетоз	1	ТК, ПА

Шифр и наименование компетенции:
-готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-7);

Раздел дисциплины (тема): Экстрапирамидные двигательные расстройства (Тема 2).

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

1. Изменения мышечного тонуса при паркинсонизме (2): 1. гипотония 2. феномен «складного ножа» 3. спастичность 4. феномен «зубчатого колеса» 5. ригидность	4,5	ТК, ПА
2. Тремор при паркинсонизме (1): 1. наблюдается в покое 2. усиливается при движениях 3. усиливается при определённых позах (постуральный) 4. уменьшается во сне 5. дебютирует с дрожания головы	1,	ТК, ПА
3. При паркинсонизме могут наблюдаться (4): 1. редкое мигание 2. ортостатическая гипотония 3. деменция 4. ретро- и латеропульсии 5. центральный парез конечностей	1,2,3,4	ТК, ПА

4. Для диагностики паркинсонизма обязательно наличие (1): 1. ригидности 2. гипокинезии 3. тремора 4. постуральных нарушений 5. вегетативных нарушений	2	ТК, ПА
5. Наиболее часто паркинсонизм (1): 1. атеросклеротический 2. нейролептический 3. постэнцефалитический 4. посттравматический 5. идиопатический	5	ТК, ПА
6. Противопаркинсонические препараты (3): 1. наком 2. мидантан 3. мирапекс 4. мидокалм 5. сирдалуд	1.2,3	ТК, ПА
7. Для болезни Паркинсона характерны (2): 1. начало в молодом возрасте 2. дебют с дрожания головы 3. внезапное развитие симптомов 4. преобладание симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм) 5. эффект от препаратов леводопы	4, 5	ТК, ПА
8. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом может привести к (1): 1. мышечной гипотонии 2. когнитивным нарушениям 3. вегетативным нарушениям 4. психотическим нарушениям (галлюцинациям) 5. центральному парезу конечностей	2	ТК, ПА
9. Побочные эффекты от приёма препаратов леводопы при паркинсонизме (3): 1. гиперкинезы 2. тошнота 3. психотические нарушения (галлюцинации) 4. эпилептические припадки 5. ночной энурез	1,2,3	ТК, ПА
10. Достоверный критерий сосудистого паркинсонизма (1): 1. пожилой и старческий возраст больного 2. отсутствие эффекта от противопаркинсонических препаратов 3. дрожательная форма паркинсонизма 4. акинетико-ригидная форма паркинсонизма 5. выявление инфаркта в ножке мозга при магнитно-резонансной томографии	5	ТК, ПА
11. Эссенциальный тремор (3): 1. чаще возникает в молодом возрасте 2. сочетается с гипокинезией 3. носит постуральный характер 4. усиливается при приёме алкоголя 5. усиливается при эмоциональном напряжении	1.3,5	ТК, ПА
12. Эссенциальный тремор (2): 1. возникает при приёме нейролептиков 2. возникает при приёме транквилизаторов 3. усиливается при курении 4. имеет семейный (наследственный) генез 5. исчезает во сне.	4,5	ТК, ПА
13. Лечение эссенциального тремора (2): 1. наком 2. мидантан (амантадин) 3. циклодол 4. пропранолол (анаприлин)	4,5	ТК, ПА

5. антелепсин (клоназепам)		
14. Невротические тики (4): 1. начинаются в детском возрасте 2. усиливаются при волнении 3. локализуются в мимических мышцах 4. проходят во сне 5. сочетаются с копролалией	1,2,3,4	ТК
15. Невротические тики связываются с (1): 1. поражением чёрной субстанции 2. поражением зрительного бугра 3. поражением хвостатого ядра 4. поражением лобной доли 5. эмоциональным напряжением	5	ТК
16. В зрелом возрасте невротические тики обычно (1): 1. появляются впервые в жизни 2. усиливаются 3. ослабевают или исчезают 4. осложняется присоединением гипокинезии 5. осложняются присоединением тремора	3	ТК
17. Для синдрома Туретта характерны (4): 1. вокальные тики 2. генерализованные тики 3. эффект от приёма нейролептиков 4. феномен «зубчатого колеса» 5. копролалия	1,2,3,5	ТК, ПА
18. Для мышечной дистонии наиболее характерно (1): 1. спастичность 2. ригидность 3. дрожание 4. патологические позы 5. центральные парезы конечностей	4	ТК, ПА
19. Функции экстрапирамидной системы (4): 1. плавность движений 2. темп движений 3. согласованность движений 4. мышечная сила 5.активность движений	1,2,3,5	ТК
20. Экстрапирамидная система оказывает регулирующее влияние на (4): 1.двигательный аппарат спинного мозга 2. ствол мозга 3.периферические нервы 4. мозжечок 5. соматосенсорную кору	1,2,4,5	ТК
21. Структуры экстрапирамидной системы (3): 1. черная субстанция 2. бледный шар 3. внутренняя капсула 4. хвостатое ядро 5. лучистый венец	1,2,4	ТК
22. К экстрапирамидной системе относятся (4) 1.стриатум 2.красное ядро 3.зрительная лучистость	1,2,4,5	ТК

4.черная субстанция 5.субталамическое ядро		
23. В полосатое тело (стриатум) объединяют (3): 1.скорлупу 2.хвостатое ядро 3.красное ядро 4.бледный шар 5. премоторную кору	1,2,4	ТК, ПА
24. Проявления экстрапирамидных нарушений (4): 1. гипокинезия 2. ригидность 3. чувствительные нарушения 4. гиперкинезы 5. мышечная гипотония	1,2,4,5	ТК, ПА
25. Основные синдромы при экстрапирамидных нарушениях (2): 1. акинетико-ригидный 2. центральный парез 3. гипотоно-гиперкинетический 4. периферический парез 5. ригидно-гиперкинетический	1,3	ТК, ПА
26. Акинетико-ригидный синдром возникает вследствие (3): 1. дефицита дофамина при поражении дофаминергических нейронов 2. поражения корково-мышечного пути 3. снижения чувствительности к дофамину нейронов полосатого тела 4. повышения синтеза дофамина дофаминергическими нейронами 5. чрезмерной активности альфа- и гамма-мотонейронов спинного мозга	1,3,5	ТК, ПА
27. Гиперкинезы возникают в результате (3): 1. усиления эффектов дофаминергических нейронов 2. дефицита дофамина при поражении дофаминергических нейронов 3. гибели тормозных ГАМКергических нейронов стриатума 4. избыточной активации моторной коры 5.активации корково-мышечного пути	1,3,4	ТК
28. Виды гиперкинезов (4): 1. тики 2. хорея 3. рефлексы спинального автоматизма 4. баллизм 5. миоклонус	1,2,4,5	ТК, ПА
29. Гипокинезия характеризуется (3): 1.замедленностью движений 2. затруднением инициации движений 3. снижением мышечной силы 4. насильственными движениями 5. уменьшением амплитуды движений	1,2,5	ТК, ПА
30. Проявления гипокинезии (4): 1. гипомимия 2. замедление походки	1,2,4,5	ТК, ПА

3. повышение тонуса в мышцах 4. микрография 5. сложности при поворотах в постели		
31. Гипокинезия в руках проявляется (3): 1. микрографией 2. дрожанием 3. гипо- или ахейрокинезом 4. трудностями при застегивании пуговиц 5. снижением силы в руках	1,3,4	ТК, ПА
32. Для диагностики гипокинезии проводят оценку (2): 1. мышечной силы 2. длины и высоты шага при ходьбе 3. темпа и амплитуды движений при постукивании пяткой по полу 4. пластического тонуса 5. темпа и амплитуды движений при пронации-супинации рук	2,3,5	ТК, ПА
33. Проявления ригидности (3): 1. гипотония 2. преобладание тонуса в сгибателях конечностей и туловища 3. пластическое повышение тонуса 4. феномен «зубчатого колеса» 5. спастичность	2,3,4	ТК, ПА
34. Изменения мышечного тонуса при паркинсонизме (3): 1. сопровождаются парезом 2. преобладание в сгибателях конечностей 3. пластическое повышение тонуса 4. сопровождается снижением рефлексов 5. феномен «зубчатого колеса»	2,3,5	ТК, ПА
35. Проявления тремора (1): 1. произвольные ритмичные движения части тела 2. разной амплитуды хаотичные движения 3. непроизвольные ритмичные движения части тела 4. сокращения мышц, приводящие к патологической позе конечности 5. нарушения координации движений	3	ТК, ПА
36. Тремор покоя (2): 1. наблюдается при отсутствии движений 2. усиливается при активных движениях 3. усиливается при эмоциональном напряжении 4. усиливается при поддержании определённой позы 5. уменьшается при движении	1,3	ТК, ПА
37. Тремор действия (3): 1. появляется или усиливается при активных движениях 2. наблюдается в покое 3. уменьшается при отсутствии движений 4. появляется или усиливается при поддержании позы 5. уменьшается при волнении	1,3,4	ТК , ПА
38. Физиологический тремор (3): 1. уменьшается при волнении	3,4,5	ТК, ПА

2. усиливается при гипергликемии 3. усиливается при гипогликемии 4. усиливается в период прекращения приема алкоголя (абстиненции) 5. усиливается при тиреотоксикозе		
39. Тики (3): 1. ритмичные колебательные движения 2. стереотипные быстрые гиперкинезы, напоминающие произвольные движения 3. хаотичные разноамплитудные гиперкинезы 4. отличаются возможностью временного произвольного сдерживания гиперкинеза 5. проявляются непроизвольным покашливанием, свистом	2,4,5	ТК, ПА
40. Простые тики проявляются (2): 1. морганием, зажмуриванием 2. покашливанием, свистом, хрюканьем 3. повторением собственных или чужих слов 4. насильственными жестами 5. насильственным произнесением фраз	1,2	ТК, ПА
41. Для тиков характерно (4): 1. начало в возрасте до 12 лет 2. начало в среднем возрасте 3. усиление при волнении 4. уменьшение тяжести или прекращением в среднем возрасте 5. преимущественный возраст начала от 4-х до 6 –ти лет	1,3,4,5	ТК, ПА
42. Для синдрома Туретта характерно (3): 1. начало в детском возрасте 2. изолированная копролалия 3. сочетание генерализованных моторных тиков с вокальными тиками 4. интенционный тремор в руках 5. уменьшение тяжести или прекращение в среднем возрасте	1,3,5	ТК, ПА
43. Тики часто сочетаются с (3): 1. нарушением внимания 2. избыточной двигательной активностью 3. падениями 4. другими гиперкинезами 5. навязчивыми действиями	1,2,5	ТК
44. Лечение тиков (2): 1. психопедагогическая коррекция 2. препараты леводопы 3. ботулотоксин 4. нейролептики 5. бета-блокаторы	1,4	ТК
45. Мышечная дистония проявляется (1): 1. хаотичными непроизвольными движениями 2. повышением мышечного тонуса 3. кинетическим тремором 4. непроизвольными сокращениями мышц, приводящими к патологическим позам	4	ТК, ПА

5. парезами конечностей		
46. Для мышечной дистонии характерно (3): 1. ритмичное дрожание конечности 2. усиление при эмоциональном волнении 3. движения, напоминающие произвольные 4. корригирующие жесты 5. патологические позы	2,4,5	ТК, ПА
47. Локальные формы мышечной дистонии (4): 1. писчий спазм 2. спастическая кривошея 3. блефароспазм 4. спастический парез руки 5. спастическая дисфония	1,2,3,5	ТК, ПА
48. Генерализованная (торсионная) мышечная дистония (3): 1. наследственное заболевание 2. проявляется ритмичной сменой мышечной гипо- и гипертонии 3. начинается с локальной дистонии 4. начинается в детском возрасте 5. уменьшается при эмоциональном напряжении	1,3,4	ТК, ПА
49. Лечение мышечной дистонии (4): 1. клоназепам 2. баклофен 3. циклодол 4. ботулотоксин 5. пропранолол	1-4	ТК, ПА
50. Хирургическое лечение (стимуляция мозга) мышечной дистонии показано (3): 1. в случае леводопа-чувствительной дистонии 2. при генерализованной дистонии 3. тяжелой фокальной форме, не поддающейся коррекции другими методами 4. при развитии дистонии в среднем или пожилом возрасте 5. при неэффективности ботулотоксина и фармакотерапии	2,3,5	ТК
51. Хорея характеризуется (2): 1. ритмичными колебательными движениями 2. беспорядочными, отрывистыми непроизвольными движениями 3. возможностью временного произвольного сдерживания гиперкинеза 4. гиперкинезами, напоминающими произвольные движения 5. усилением при эмоциональном волнении	2,5	ТК, ПА
52. Для болезни Гентингтона характерны (3): 1. наследственный анамнез 2. начало в пожилом возрасте 3. хореические гиперкинезы 4. деменция 5. благоприятный прогноз	1,3,4	ТК, ПА
53. Лечение хореи (1): 1.противоэпилептические препараты	5	ТК

2.пропранолол 3.леводопа 4.ботулотоксин 5. нейролептик		
54. Лечебно-профилактические мероприятия при болезни Гентингтона (3): 1. психопедагогическая коррекция 2.медико-генетическое консультирование семей с больным родственником 3. нейролептики 4. психотерапия 5. антидепрессанты	2,3,5	ТК
55. Атетоз характеризуется (2): 1. ритмичными колебательными движениями 2. беспорядочными, отрывистыми непроизвольными движениями 3.медленными «червеобразными» движениями 4. частым сочетанием с хореей 5. гиперкинезами, напоминающими произвольные движения	3,4	ТК
56. Баллизм характеризуется (2): 1. ритмичными колебательными движениями 2. размашистыми бросковыми непроизвольными движениями 3.медленными «червеобразными» движениями 4.беспорядочными, отрывистыми непроизвольными движениями 5. острым развитием вследствие инсульта	2,5	ТК, ПА
57. Миоклонус характеризуется (2): 1. кратковременным толчкообразным вздрагиванием сегмента конечности 2. формированием патологической позы 3.медленными «червеобразными» движениями 4. провокацией зрительными или другими сенсорными стимулами 5. гиперкинезами, напоминающими произвольные движения	1,4	ТК, ПА
58. Физиологический миоклонус (2): 1. икота 2. эпилептический миоклонус 3. миоклония при засыпании и пробуждении 4. миоклонус при печеночной энцефалопатии 5.миоклонус при болезни Гентингтона	1,3	ТК, ПА
59. Лечение миоклонуса (3): 1. леводопа 2. пирацетам в высоких дозах 3. клоназепам 4. вальпроаты 5.пропранолол	2-4	ТК
60. Самая частая форма вторичного паркинсонизма (1): 1. сосудистый 2. идиопатический 3. нейролептический 4. посттравматический 5. постгипоксический	3	ТК

61. В основе двигательных проявлений болезни Паркинсона (2): 1. потеря меланинсодержащих нейронов черной субстанции 2. повышение содержания дофамина в экстрапирамидной системе 3. повышение чувствительности дофаминергических рецепторов 4. дефицит дофамина в экстрапирамидной системе 5. блокада дофаминергических рецепторов	1,4	ТК, ПА
62. Локализация дегенеративного процесса при болезни Паркинсона (1): 1. передниие рога спинного мозга 2. ствол головного мозга 3. периферические нервы 4. поперечно-полосатые мышцы 5. мозжечок	2	ТК
63. Для болезни Паркинсона характерно (2): 1. начало в пожилом возрасте 2. развитие после инфекционного заболевания 3. волнообразное течение 4. центральный парез мышц лица 5. преобладание симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм)	1,5	ТК, ПА
64. Начальные проявления болезни Паркинсона (3): 1. деменция (слабоумие) 2. гипомимия 3. гипокинезия в сочетании с ригидностью или тремором с одной стороны (гемипаркинсонизм) 4. симптом Бабинского 5. затруднения выполнения тонких движений пальцами рук	2,3,5	ТК, ПА
65. Для болезни Паркинсона характерно (3): 1. начало в пожилом возрасте 2. эффективность препаратов леводопы 3. спонтанная ремиссия симптомов 4. начало симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм) 5. симптом Бабинского	1,2,4	ТК
66. Проявления развернутых и поздних стадий болезни Паркинсона (3): 1.сгибательная поза 2. пропульсии 3.вегетативная недостаточность 4.мозжечковая атаксия 5.деменция	1-3,5	ТК, ПА
67. Недвигательные проявления болезни Паркинсона (4): 1.депрессия 2.скелетно-мышечные боли 3.деменция (слабоумие) 4.нарушения сна 5. нарушения чувствительности по проводниковому типу	1-4	ТК
68. Признаки развернутых и поздних стадий болезни Паркинсона (4): 1. деменция (слабоумие) 2. двигательные флуктуации	1,2,4,5	ТК

3. атаксия 4. падения 5. гиперкинезы		
69. Отличия болезни Паркинсона от других форм паркинсонизма (3): 1. асимметричное начало 2. хороший эффект препаратов леводопы 3. наличие пареза взора 4. наличие структурных изменений в и базальных ганглиях при магнитно-резонансной томографии 5. отсутствие пирамидных нарушений	1,2, 5	ТК
70. Значение нейровизуализации (КТ/МРТ) в диагностике болезни Паркинсона (4): 1. исключение опухоли мозга 2. исключение гидроцефалии 3. обнаружение признаков дегенерации нейронов черной субстанции 4. исключение инфаркта ножки мозга 5. исключение структурных изменений в ножках мозга и базальных ганглиях	1,2,4,5	ТК
71. В отличие от болезни Паркинсона при других заболеваниях с паркинсонизмом могут отмечаться: 1. симметричное развитие симптомов 2. хороший эффект препаратов леводопы 3. парез взора 4. отсутствие или незначительный эффект леводопы 5. мозжечковая атаксия	1,3,4,5	ТК
72. Для болезни Паркинсона характерно (2): 1. начало с галлюцинаций 2. мозжечковая атаксия 3. преобладание симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм) 4. симптом Бабинского 5. эффективность препаратов леводопы	3,5	ТК
73. Препараты для лечения болезни Паркинсона (3): 1. антагонисты дофаминовых рецепторов 2. препараты леводопы 3. агонисты дофаминовых рецепторов 4. центральные холиномиметики 5. ингибиторы моноаминооксидазы-В	2,3,5	ТК, ПА
74. Средства лечения болезни Паркинсона (3): 1. амантадин 2. агонисты дофаминовых рецепторов 3. ингибиторы моноаминооксидазы-В 4. препараты леводопы 5. центральные холиномиметики	1-4	ТК, ПА
75. Наиболее эффективные средства для лечения болезни Паркинсона (1): 1. амантадин 2. агонисты дофаминовых рецепторов 3. ингибиторы моноаминооксидазы-В	4	ТК, ПА

4. препараты леводопы 5. антагонисты дофамина		
76. У пациентов до 70 лет в качестве начальной терапии болезни Паркинсона чаще применяются (3): 1. ингибиторы моноаминооксидазы-В 2. агонисты дофаминовых рецепторов 3. амантадин 4. препараты леводопы 5. антихолинергические средства	1-3	ТК
77. У пациентов после 70 лет в качестве начальной терапии болезни Паркинсона рекомендуется использовать (1): 1. ингибиторы моноаминооксидазы-В 2. агонисты дофаминовых рецепторов 3. антихолинергические средства 4. препараты леводопы 5. амантадин	4	ТК
78. Показания к назначению антихолинергических препаратов при болезни Паркинсона (1): 1. начальные проявления болезни 2. пожилой возраст 3. дрожательная или ригидно-дрожательная форма у пациентов до 60 лет (преимущественно при недостаточной эффективности других препаратов) 4. зрительные галлюцинации 5. поздние стадии болезни	3	ТК
79. Применение антихолинергических препаратов у пациентов с болезнью Паркинсона может привести к (4): 1. запорам 2. когнитивным нарушениям 3. дискинезиям 4. психотическим нарушениям (бреду,галлюцинациям) 5. задержке мочеиспускания	1,2,4,5	ТК
80. Нелекарственные методы лечения болезни Паркинсона (4): 1.лечебная гимнастика 2. речевая терапия, когнитивный тренинг 3. двигательная активность 4. психотерапия 5. магнитная стимуляция головного мозга	1-4	ТК
81. Показания к назначению препаратов леводопы при болезни Паркинсона (2): 1. молодой возраст начала болезни 2. недостаточная эффективность агонистов дофаминовых рецепторов 3. минимально выраженный акинетико-ригидный синдром 4. пожилой возраст начала болезни 5. доминирование тремора над гипокинезией	2,4	ТК
82. Препараты леводопы на поздних стадиях болезни Паркинсона (2): 1. не имеют эффекта 2. провоцируют дискинезию «пика дозы» 3. усиливают когнитивные нарушения 4. имеют короткий период действия дозы	2,4	ТК

5. вызывают сонливость		
83. Изменения эффективности препаратов леводопы на развернутых и поздних стадиях болезни Паркинсона связаны с (4): 1. прогрессирующей потерей нейронов черной субстанции 2. изменением чувствительности дофаминовых рецепторов 3. увеличением синтеза дофамина нейронами черной субстанции 4. нарушением всасывания леводопы в кишечнике 5. сокращением синтеза дофамина нейронами черной субстанции	1,2,4,5	ТК
84. Возникновение дискинезий «пика дозы» на фоне терапии препаратами леводопы связано с (4): 1. колебаниями концентрации дофамина в базальных ганглиях 2. изменением чувствительности дофаминовых рецепторов 3. увеличением синтеза дофамина нейронами черной субстанции 4. нерегулярной (прерывистой) стимуляцией дофаминовых рецепторов 5.приемом высоких доз леводопы	1,2,4,5	ТК
85. Для увеличения длительности действия препаратов леводопы (лечения флуктуаций) (3): 1. повышают частоту приема доз леводопы 2. назначают ингибитор катехол-О-аминтрансферазы 3. назначают антихолинергическое средство 4. снижают суточную дозу препаратов леводопы 5. назначают ингибитор моноаминооксидазы-В	1,2,5	ТК
86. Для лечения двигательных флуктуаций (4): 1. назначают ингибитор катехол-О-аминтрансферазы 2.применяется нейрохирургическое лечение (глубокая стимуляция субталамического ядра) 3. снижают суточную дозу препаратов леводопы 4. назначают ингибитор моноаминооксидазы-В 5. назначают агонист дофаминовых рецепторов	1,2,4,5	ТК
87. Эссенциальный тремор (3): 1. часто носит наследственный характер 2. сочетается с гипокинезией 3. преобладает в состоянии покоя 4. уменьшается при приёме алкоголя 5. усиливается при эмоциональном напряжении	1,4,5	ТК, ПА
88. Для эссенциального тремор характерно (3): 1. наследственный анамнез 2. сочетание с гипокинезией 3. постурально-кинетический тремор рук, головы 4. нарастание в ночное время 5. уменьшение при приёме алкоголя	1,3,5	ТК, ПА
89. Лечение эссенциального тремора (3): 1. препараты леводопы 2. клоназепам 3. пропранолол 4. амантадин 5. гексамидин	2,3,5	ТК, ПА
90. Лечение эссенциального тремора в пожилом возрасте (3):	2,4,5	ТК, ПА

1. препараты леводопы 2. ботулинический токсин при треморе головы, рук 3. антихолинергические препараты 4. клоназепам 5. гексамидин		
91. Для гепатоцеребральной дистофии (болезни Вильсона-Коновалова характерно (4): 1. начало в детском или юношеском возрасте 2. поражение печени 3. экстрапирамидные нарушения 4. чувствительные нарушения 5. психические нарушения	1,2,3,5	ТК, ПА
92. Диагностика гепатоцеребральной дистофии (болезни Вильсона-Коновалова. (4): 1. кольцо Кайзера-Флейшера при офтальмологическом осмотре 2. снижение церулоплазмина в сыворотке крови 3. повышение меди в сыворотке крови 4. обнаружение множественных инфарктов на магнитно-резонансной томографии 5. повышение содержания меди в моче	1,2,3,5	ТК, ПА
93. Лечение гепатоцеребральной дистофии (болезни Вильсона-Коновалова. (2): 1. диета с ограничением содержащих медь продуктов 2. препараты леводопы 3. пеницилламин (купренил) 4. антихолинергические препараты 5. нейролептики	1,3	ТК, ПА
94. Для малой хореи характерно (3): 1.начало в детском и юношеском возрасте 2. наследственный анамнез 3.связь с инфекционным заболеванием, ревматической лихорадкой 4.психические, когнитивные нарушения 5.хроническое течение	1,3,4	ТК, ПА
95. Лечение малой хореи (2): 1.пеницилламин 2.клоназепам 3.нейролептик 4.препараты леводопы 5.карбамазепин	2, 3	ТК
96. Лекарственная хорея может возникнуть на фоне приема (3): 1. препаратов леводопы 2.оральных контрацептивов 3.нейролептиков 4. трициклических антидепрессантов 5.пропранолола	1-3	ТК
97. Хорея может проявиться на фоне (3): 1.перинатальной энцефалопатии 2.миастении	3,4,5	ТК

3.системных заболеваниях соединительной ткани 4.беременности 5. приема оральных контрацептивов		
98. Для писчего спазма характерно (4): 1.начало в пожилом возрасте 2.напряжение мышц кисти во время письма 3.использование приемов, облегчающих письмо (корригирующих жестов) 4.начало в возрасте 30-40 лет 5.сохранность других (помимо письма) движений	2-5	ТК, ПА
99. Для спастической кривошеи характерно (4): 1.отклонение головы от срединной линии тела 2. отсутствие связи гиперкинеза с эмоциональным состоянием 3.редкие спонтанные ремиссии 4.уменьшение при применении корригирующих жестов 5. начало в 30-40 лет	1,3-5	ТК, ПА
100. Симптоматическая дистония развивается на фоне (4): 1.болезни Вильсона-Коновалова 2.перинатального повреждения мозга 3. действия ряда лекарственных препаратов 4. миастении 5.болезни Паркинсона	1-3,5	ТК

Раздел дисциплины (тема): Нарушения координации.

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

1. Для мозжечковой атаксии характерны (3): 1. интенционный тремор, 2. значительное усиление атаксии при закрытых глазах, 3. нистагм, 4. оживление сухожильных рефлексов, 5. мышечная гипотония.	**1,3,5**	ТК
2. Мозжечковая атаксия может возникнуть при поражении (3): 1. задних канатиков спинного мозга, 2. полушарий мозжечка, 3. ножек мозжечка, 4. внутренней капсулы, 5. червя мозжечка.	**2,3,5**	ТК
3. Для сенситивной атаксии характерны (2): 1. скандированная речь, 2. значительное усиление атаксии при закрытых глазах, 3. нистагм, 4. утрата глубокой чувствительности, 5. интенционный тремор.	**2,4**	ТК
4. Сенситивная атаксия может возникнуть при поражении (2): 1. мозжечка, 2. боковых канатиков спинного мозга, 3. лобной доли, 4. периферических нервов, 5. зрительного бугра	**4,5**	ТК
5. Для вестибулярной атаксии характерны (3):	**1,3,5**	ТК

1. нистагм, 2. интенционный тремор, 3. тошнота, рвота, 4. дисдиадохокинез, 5. системное головокружение		
6. Вестибулярная атаксия может возникать при поражении(3): 1. спинного мозга, 2. ствола головного мозга, 3. ножек мозга, 4. восьмого черепного нерва, 5. полукружных каналов вестибулярного лабиринта.	**2,4,5**	ТК
7. Для лобной атаксии характерно (1): 1. интенционный тремор, 2. нистагм, 3. мышечная гипотония, 4. неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе 5. утрата ахилловых рефлексов	**4**	ТК
8. Пробы для выявления атаксии(3): 1. проба на асинергию Бабинского, 2. тандемная ходьба, 3. проба Ромберга, 4. проба Баре, 5. исследование стереогностического чувства	**1-3**	ТК
9. При поражении червя мозжечка возникают(4): 1. нистагм, 2. мышечная гипотония, 3. асинергия Бабинского, 4. неустойчивость в позе Ромберга, 5. атетоз	**1-4**	ТК
10. При поражении левого полушария мозжечка наблюдаются(2): 1. гиперрефлексия в правой руке, 2. гиперрефлексия в левой руке, 3. интенционный тремор в правой руке, 4. интенционный тремор в левой руке 5. дисдиадохокинез в левой руке	**4,5**	ТК
11. У пациента в левых конечностях – мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево. Тип атаксии (1): 1) мозжечковая, 2) вестибулярная, 3) сенситивная, 4) лобная, 5) смешанная (мозжечковая+сенситивная).	**1**	ТК
12. У пациента в левых конечностях – мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево Локализация поражения (1): 1) задние канатики спинного мозга справа, 2) задние канатики спинного мозга слева, 3) ствол мозга, 4) левое полушарие мозжечка, 5) левая лобная доля.	**4**	ТК
13. У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, чувствительных расстройств нет. Тип атаксии (1): 1) мозжечковая, 2) вестибулярная, 3) сенситивная, 4) лобная,	**1**	ТК

5) смешанная (мозжечковая+сенситивная).		
14.У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, чувствительных расстройств нет. Локализация поражения (1): 1) правое полушарие мозжечка, 2) левое полушарие мозжечка, 3) спинной мозг, 4) червь мозжечка, 5) теменная доля.	**4**	ТК
15. Гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах. Неврологические нарушения (2): 1. сенситивная атаксия, 2. нижний центральный парапарез, 3. полиневропатический тип расстройств чувствительности, 4. мозжечковая атаксия, 5. вестибулярная атаксия.	**1, 3**	ТК
16. Гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние канатики спинного мозга, 3) ствол мозга, 4) червь мозжечка, 5) лабиринт.	**1**	ТК
17. Гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах. Дополнительный метод исследования (1): 1) магнитно-резонансная томография головы, 2) компьютерная томография головы, 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) электронейромиография.	**5**	ТК
18. В **ногах утрачена глубокая чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. Неврологические нарушения (**2): 1. сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности, 2. сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности, 3. спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности, 4. мозжечковая атаксия, 5. сенситивная атаксия.	**3, 5**	ТК
19. В ногах утрачена глубокая чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние канатики спинного мозга, 3) передняя серая спайка, 4) червь мозжечка, 5) задние корешки.	**2**	ТК
20. В ногах утрачена глубокая чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. Обследование (1): 1) магнитно-резонансная томография головного мозга,	**2**	ТК

2) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 3) электроэнцефалография, 4) транскраниальная магнитная стимуляция, **5) электронейромиография.**		
21. Нистагм, скандированная речь; в ногах - сила снижена, тонус повышен, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях - интенционный тремор; чувствительных нарушений нет. Неврологические нарушения (2): 1. сенситивная атаксия, 2. нижний центральный парапарез, 3. вестибулярная атаксия, 4. мозжечковая атаксия 5. смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия.	**2,4**	ТК
22. Нистагм, скандированная речь; в ногах - сила снижена, тонус повышен, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях - интенционный тремор; чувствительных нарушений нет. Локализация поражения (2): 1. левое полушарие мозжечка, 2. задние канатики спинного мозга, 3. боковые кантики спинного мозга, 4. передние рога спинного мозга, 5. лабиринт.	**1,3**	
23. Нистагм, скандированная речь; в ногах - сила снижена, тонус повышен, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях - интенционный тремор; чувствительных нарушений нет. Дополнительные методы исследования (2): 1. магнитно-резонансная томография головы, 2. электроэнцефалорафия, 3. магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4. электронейромиография. 5. транскраниальная магнитная стимуляция	**1,3**	
24. Вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор в конечностях, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, чувствительных нарушений нет. Тип атаксии (1): 1) мозжечковая, 2) вестибулярная, 3) сенситивная, 4) лобная 5) смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия.	**1**	ТК
25. Вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор в конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, чувствительных нарушений нет Локализация поражения (1): 1) мозжечок, 2) задние канатики спинного мозга, 3) лабиринт, 4) периферические нервы, 5) лобная доля.	**1**	
26. Снижение критики, импульсивность, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без нарушений, парезов и расстройств чувствительности нет. Тип атаксии (1): 1) мозжечковая, 2) вестибулярная, 3) сенситивная, 4) лобная, 5) смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия.	**4**	ТК

27. Снижение критики, импульсивность, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без нарушений, парезов и расстройств чувствительности нет. Локализация поражения (1): 1) мозжечок, 2) спинной мозг, 3) ствол мозга, 4) преддверноулитковые нервы, 5) лобные доли.	**5**	
28. Утрачены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», отсутствуют ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрывании глаз, в конечностях - интенционный тремор, сила достаточная. Неврологические синдромы (2): 1. полиневропатический тип расстройств чувствительности, 2. смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия, 3. вестибулярная атаксия, 4. нижний периферический парапарез, 5. нижний центральный парапарез.	**1,2**	ТК
29. Утрачены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», отсутствуют ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрывании глаз, в конечностях - интенционный тремор, сила достаточная. Локализация поражения (2): 1. задние канатики спинного мозга, 2. боковые канатики спинного мозга, 3. периферические нервы, 4. передние корешки спинного мозга, 5. мозжечок.	**3,5**	ТК
30. Утрачены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», отсутствуют ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрывании глаз, в конечностях - интенционный тремор, сила достаточная. Обследования (2): 1. магнитно-резонансная томография головы, 2. магнитно-резонансная томография спинного мозга, 3. электронейромиография, 4. транскраниальная магнитная стимуляция, 5. электроэнцефалография	**1,3**	ТК
31. Мозжечок состоит из (3): 1. двух полушарий 2. червя 3. хвостатого ядра 4. ножек 5. коленчатых тел	**1,2,4**	ТК
32. Ядра мозжечка (2): 1. хвостатое 2. зубчатое 3. шаровидное 4. Даркшевича и Кахаля 5. Голя и Бурдаха	**2,3**	ТК
33. У мозжечка пар ножек (1):	**3**	ТК

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5		
34. В мозжечковых ножках локализуются (1): 1. волокна проводящих путей 2. блуждающее ядро 3. красное ядро 4. зубчатое ядро 5. ядро шатра	**1**	ТК
35. Лобно-мосто-мозжечковый путь проходит в ножке (1): 1. верхней 2. средней 3. нижней 4. медиальной 5. латеральной	**2**	ТК
36. Мозжечок расположен в (1): 1. задней черепной ямке 2. средней черепной ямке 3. передней черепной ямке 4. турецком седле 5. большом затылочном отверстии черепа	**1**	ТК
37. Нижние мозжечковые ножки соединяют мозжечок с (1): 1. мостом 2. средним мозгом 3. продолговатым мозгом 4. спинным мозгом	**3**	ТК

5. четвертым желудочком		
38. Мозжечковая атаксия - следствие поражения (2): 1. лабиринта 2. червя мозжечка, 3. лобных долей мозга 4. проводников суставно-мышечного чувства 5. ножек мозжечка	**2,5**	ТК
39. Походка при мозжечковой атаксии (1): 1. неустойчивая только при закрытых глазах 2. медленная и шаркающая 3. спастическая 4. шаткая («пьяная») 5. астазия-абазия	**4**	ТК
40. При мозжечковой атаксии походка при закрывании глаз (1): 1. незначительно улучшается 2. значительно улучшается 3. незначительно ухудшается 4. становится невозможной из-за слабости в ногах 5. становится невозможной из-за появления тошноты	**3**	ТК
41. Нистагм характерен для (1): *1. поражения подкорковых ядер* *2. мозжечковой атаксии* *3. поражения лобных долей головного мозга* *4. истерической атаксии* *5. сенситивной атаксии*	**2**	ТК
42. Мышечная гипотония возникает при поражении (2): *1. мозжечка* *2. периферического мотонейрона* *3. вестибулярных ядер*	**1, 2**	ТК

2. премоторной коры *3. лабиринта*		
43. Интенционный тремор характерен для (1): *1. сенситивной атаксии* *2. вестибулярной атаксии* *3. лобной атаксий* *4. мозжечковой атаксии* *5. истерической атаксии*	**4**	ТК
44. Интенционный тремор возникает при поражении (1): *1. теменной доли* *2. мозжечка и его проводящих путей* *3. проводящих путей глубокой чувствительности* *4. варолиева моста* *5. височной доли*	**2**	ТК
45. Скандированная речь возникает при поражении (1): *1. путей глубокой чувствительности в стволе мозга* *2. теменной доли* *3. мозжечка* *4. центра Брока* *5. центра Вернике*	**3**	ТК
46. Симптомы поражения красного ядра (3): *1. «рубральный тремор»* *2. дисдиадохокинез* *3. ахейрокинез* *4. дисметрия* *5. арефлексия*	**1, 2, 4**	ТК
47. Мозжечковая атаксия возможна при поражении (2): *1. зубчатых ядер* *2. спиноцеребеллярных путей в боковых канатиках спинного*	**1, 2**	ТК

мозга *3. пирамидных путей и передних рогов спинного мозга* *4. лобных долей головного мозга* *5. зрительного бугра*		
48. Дегенерация ядер нижних олив наблюдается при (1): *1. мозжечковой атаксии* *2. истерической атаксии* *3. вестибулярной атаксии* *4. сенситивной атаксии* *5. нижнем центральном парапарезе*	**1**	ТК
49. Вестибулярные ядра (3): 1. *ядро Бехтерева* 2. *ядро Даркшевича* 3. *ядро Бурдаха* 4. *ядро Роллера* 5. *ядро Дейтерса*	**1,4,5**	ТК
50. Вестибулярные ядра располагаются (1): 1. *в среднем ухе* 2. *внутри костного лабиринта височной кости* 3. *на границе варолиева моста и продолговатого мозга* 4. *в среднем мозге* 5. *в коре головного мозга*	**3**	ТК
51. Ход прямого пути осознаваемого восприятия изменений положения головы (1): 1. *от вестибулярных ядер в задние вентральные ядра таламуса и проекционную кору* 2. *от вентральных ядер таламуса в передние вестибулярные ядра* 3. *от вестибулярных ядер в мозжечок, затем в вентролатеральные ядра таламуса и проекционную кору*	**1**	ТК
52. Непрямой путь осознаваемого восприятия изменений положения головы проходит (1): 1. *от вестибулярных ядер в задние вентральные ядра*	**3**	ТК

таламуса 2. *от вентральных ядер таламуса в мозжечок* 3. *от вестибулярных ядер в мозжечок, а из него к вентролатеральным ядрам таламуса и проекционной коре*		
53. Корковый отдел вестибулярного анализатора расположен в (1); 1. *задних вентральных ядрах таламуса* 2. *шпорной борозде* 3. *височной доле* 4. *прецентральной извилине* 5. *постцентральной извилине*	**3**	ТК
54. Первые нейроны вестибулярного анализатора расположены в (1): 1. *преддверном ганглии* 2. *ядрах вегетативных центров* 3. *глазодвигательных ядрах* 4. *коре головного мозга* 5. *спинном мозге*	**1**	ТК
55. Вестибулярные ядра образуют связи с (3): 1. *глазодввигательными ядрами* 2. *ядрами блуждающего нерва* 3. *красным ядром* 4. *мозжечком* 5. *черной субстанцией*	**1,2,4**	ТК
56. Истерическая атаксия (1): 1. *является соматоформным расстройством* 2. *сопровождается вертикальным и горизонтальным нистагмом* 3. *сопровождается интенционным тремором в руках* 4. *сопровождается интенционным тремором в ногах* 5. *сопровождается истинным астереогнозом*	**1**	ТК
57. Отсутствие симптомов органического поражения нервной системы характерно для (1): 1. *мозжечковой атаксии* 2. *сенситивной атаксии* 3. *вестибулярной атаксии*	**5**	ТК

4. *лобной атаксии* 5. *истерической атаксии*		
58. Истерическая атаксия возникает при (1): 1. *психических заболеваниях* 2. *заболеваниях сердечно-сосудистой системы* 3. *заболеваниях опорно-двигательного аппарата* 4. *поражении мозжечка* 5. *поражении зрительного бугра*	**1**	ТК
59. При истерической атаксии походка (1): 1. *на широкой базе, шаткая («пьяная походка»)* 2. *«штампующая походка»* 3. *Вычурная походка, по типу «плетения ногами косы»* 4. *медленная, шаркающая* 5. *нормальная*	**3**	ТК
60. Истерическая атаксия усиливается (1): 1. *после горячей ванны* 2. *при привлечении внимании окружающих* 3. *при закрывании глаз* 4. *при ускорении движения* 5. *при когнитивной нагрузке*	**2**	ТК
61. Симптомы истерической атаксии (2): 1. *интенционный тремор* 2. *демонстративность поведения* 3. *вычурная походка по типу «плетения косы»* 4. *головокружение с тошнотой и рвотой* 5. *скандированная речь*	**2, 3**	ТК
62. Для истерической атаксии характерны (1): 1. *асинергия Бабинского* 2. *утрата мышечно-суставного чувства* 3. *положительная проба Фукуда* 4. *различные соматоформные расстройства* 5. *транзиторная глобальная амнезия*	**4**	ТК
63. Периферический отдел вестибулярной системы располагается в (1): 1. *среднем ухе*	**3**	ТК

2. *стволе головного мозга* 3. *костном лабиринте внутреннего уха* 4. *варолиевом мосту* 5. *продолговатом мозге*		
64. Периферический отдел вестибулярного анализатора состоит из (2): 1. *улитки* 2. *отолитового органа* 3. *трёх полукружных каналов* 4. *овального окна* 5. *улиткового нерва*	**2, 3**	ТК
65. Рецепторы полукружных каналов воспринимают (1): 1. *линейное ускорение* 2. *силу тяжести* 3. *положение в пространстве* 4. *угловое ускорение* 5. *громкость звука*	**4**	ТК
66. Участки стенки мешочков, выстланные рецепторными волосковыми клетками, называются (1): 1. *пятнами* 2. *гребешками* 3. *волосками* 4. *ресничками* 5. *ушками*	**1**	ТК
67. Первый нейрон вестибулярного анализатора находится в (1): 1. *среднем мозге* 2. *зрительном бугре* 3. *продолговатом мозге* 4. *внутреннем ухе* 5. *среднем ухе*	**4**	ТК
68. Возбуждение в волосковых клетках вестибулярного анализатора возникает в результате (1)? 1. *смещения отолитовой мембраны под действием силы тяжести относительно рецепторных клеток* 2. *смещения волосков рецепторных клеток под действием линейного ускорения* 3. *сгибания волосков рецепторных клеток под действием силы тяжести* 4. *разгибания волосков рецепторных клеток под действием силы тяжести* 5. *кругового движения волосков рецепторных клеток под действием силы тяжести*	**1**	ТК
69. Рецепторы вестибулярного анализатора (1): 1. *реснитчатые клетки* 2. *волосковые клетки* 3. *гребенчатые клетки*	**2**	ТК

4. отолитные клетки *5. эпителий улитки*		
70. Симптомы лобной атаксии (2): *1. неустойчивость при поворотах,* *2. интенционный тремор* *3. мышечная гипотония* *4. ходьба на широкой базе* *5. симптом Бабинского*	**1, 4**	ТК
71. Нарушение инициации ходьбы характерно для атаксии (1): *1. лобной* *2. мозжечковой* *3. сенситивной* *4. вестибулярной* *5. истерической*	**1**	ТК
72. Симптомы поражения лобных долей головного мозга (2): *1. застывания при ходьбе* *2. снижение критики* *3. дисметрия* *4. дисдиадохокинез* *5. первичный астерреогноз*	**1, 2**	ТК
73. Лобная атаксия возникает при поражении (1): *1. шпорной борозды* *2. зубчатых ядер* *3. ядер Голя и Бурдаха* *4. дополнительной моторной коры* *5. прецентральной извилины лобной доли*	**4**	ТК
74. Лобная атаксия часто сочетается с (2): *1. бульбарным синдромом* *2. деменцией* *3. тошнотой, рвотой* *4. псевдобульбальбарным синдромом* *5. центральным тетрапарезом*	**2, 4**	ТК
75. Лобная атаксия возникает при поражении (1): *1. дополнительной моторной коры* *2. червя мозжечка* *3. вестибулоспинального тракта* *4. прецентральной извилины лобной доли* *5. постцентральной извилины теменной доли*	**1**	ТК

76. Лобная атаксия проявляется (3): *1. снижением длины шага* *2. расширением базы шага* *3. дисметрией* *4. шаркающей походкой* *5. интенционным тремором*	**1, 2, 4**	ТК
77. Сенситивная атаксия усиливается (2): *1. в темноте* *2. при закрывании глаз* *3. при фиксации взора* *4. при открывании глаз* *5. при ярком свете*	**1,2**	ТК
78. Для сенситивной атаксии характерно (2): *1. наличие вертикального нистагма* *2.наличие горизонтального нистагма* *3.наличие вращательного нистагма* *4. усиление при закрывании глаз* *5. ослабление суставно-мышечного чувства*	**4,5**	ТК
79. Походка при сенситивной атаксии (1): *1. «пьяная»* *2. «штампующая»* *3. семенящая* *4. «перонеальная»* *5. нормальная*	**2**	ТК
80. При сенситивной атаксии нарушена (3): *1. суставно-мышечная чувствительность* *2. двумерно-пространственная чувствительность* *3. болевая чувствительность* *4. температурная чувствительность* *5. вибрационная чувствительность*	**1, 2,5**	ТК

81. Для сенситивной атаксии характерно ощущение ходьбы по (1): *1. «воде»* *2. «стеклу»* *3. «вате»* *4. «снегу»* *5. «теплому песку»*	**3**	ТК
82. Симптомы сенситивной атаксии (2): *1. интенционный тремор* *2. ложный астереогноз* *3. нистагм* *4. неустойчивость при закрывании глаз* *5. оживление сухожильных рефлексов*	**2, 4**	ТК
83. Для сенситивной атаксии характерны (3): *1. нарушение глубокой чувствительности* *2. дизартрия* *3. усиление атаксии при закрывании глаз* *4. снижение сухожильных рефлексов* *5. спастичноссть*	**1,3,4**	ТК
84. Сенситивная атаксия возникает при поражении (2): *1. лобных долей головного мозга* *2. ядер Голя и Бурдаха* *3. затылочных долей головного мозга* *4. периферических нервов* *5. боковых канатиков спинного мозга*	**2, 4**	ТК
85. Симптомы поражения задних канатиков спинного мозга (2): *1. центральный парез ног*	**3, 4**	ТК

2. интенционный тремор *3. нарушение глубокой чувствительности* *4. сенситивная атаксия* *5. спастичность*		
86. Проявления поражения лобной доли (2): *1. интенционный тремор* *2. первичный астереогноз* *3. персеверации* *4. ходьба мелкими шагами на широкой базе* *5. гомонимная гемианопсия*	**3, 4**	ТК
87. При вестибулярной атаксии поражаются (3): *1.преддверноулитковый нерв* *2. вестибулярные ядра* *3. лобные доли головного мозга* *4. периферический вестибулярный аппарат* *5. таламус*	**1, 2, 4**	ТК
88. Проявления вестибулярной атаксии (2): *1. головокружение* *2. снижение критики и интеллекта* *3. нарушение равновесия при ходьбе* *4. положительный симптом обратного толчка* *5. гипорефлексия*	**1, 3**	ТК
89. При вестибулярной атаксии головокружение усиливается при (3): *1. ходьбе* *2. поворотах в постели* *3. движении головой* *4. длительном пребывании в однообразной позе* *5. приеме бетагистина*	**1, 2, 3**	ТК

90. При вестибулярной атаксии характерно головокружение в виде (2): *1. ощущения движения окружающих предметов* *2. потемнения в глазах* *3. ощущения слабости, пелены перед глазами* *4. раскачивания пола под ногами* *5. ощущение собственного вращения или движения*	**1,5**	ТК
91. При сенситивной атаксии положительна проба (1): *1. Ромберга* *2. ортостатическая* *3. гипервентиляционная* *4. пальце-носовая* *5. пяточно-коленная*	**1**	ТК
92. Неустойчивость в позе Ромберга преимущественно при закрывании глаз характерна для атаксии (1): *1.лобной* *2.мозжечковой* *3.сенситивной* *4.вестибулярной*	**3**	ТК
93. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении головокружение может усиливаться (2): *1. в покое* *2. при закрывании глаз* *3. при громких звуках* *4. при повороте в постели* *5. при наклоне и запрокидывании головы*	**4,5**	ТК
94. Неустойчивость в положении стоя и при ходьбе характерна для поражения (1): *1. гипппокампа*	**2**	ТК

2.червя мозжечка *3.теменной доли* *4. височной доли* *5. затылочной доли*		
95. Поражение мозжечка проявляется (1): *1. центральным парезом* *2. атаксией* *3. гиперкинезом* *4. периферическим парезом* *5. сегментарно-диссоциированным типом расстройства чувствительности*	**2**	ТК
96. Дисметрия - симптом (1): *1.пареза* *2.утраты болевой чувствительности* *3.утраты температурной чувствительности* *4. мозжечковой атаксии* *5. вестибулярной атаксии*	**4**	ТК
97. При поражении мозжечка возникают (2): *1. спастичность* *2. мышечная гипотония* *3. оживление сухожильных рефлексов* *4. интенционный тремор в конечностях* *5. симптом Бабинского*	**2,4**	ТК
98. Скандированная речь - симптом поражения (1): *1. мозжечка* *2. вестибулярного нерва* *3. лобной доли* ***4.*** *зрительного бугра* ***5.*** *черной субстанции*	**1**	ТК
99. Нарушение двумерно-пространственного чувства характерно для атаксии (1): *1. мозжечковой* *2. вестибулярной* *3. сенситивной* *4. лобной* *5. истерической*	**3**	ТК
100. Периферическое вестибулярное головокружение (2): *1. сопровождается интенционным тремором в руках* *2. сопровождается интенционным тремором в ногах* *3. сопровождается неустойчивостью при ходьбе*	**3,4**	ТК

4. ослабляется при фиксации взора *5. усиливается при приеме диазепама*		
101. Вращательное головокружение с тошнотой и рвотой – это симптом поражения (1): *1.лобной доли* *2. теменной доли* *3. затылочной доли* *4. зрительного бугра* *5. периферического отдела вестибулярного анализатора*	**5**	ТК
102. Поражение проводников Голя и Бурдаха проявляется (2): *1. интенционным тремором* *2. центральным парезом* *3. сенситивной атаксией* *4. центральным вестибулярным нистагмом* *5. проводниковым типом утраты глубокой чувствительности*	**3,5**	ТК
103. Проба Дикса-Холлпайка положительна при (1): *1. поражении проводников Голя и Бурдаха* *2. доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении* *3. поражении вестибулярного нерва* *4. поражении зубчатого ядра* *5. поражении мозжечка*	**2**	ТК
104. Ложный астереогноз – симптом атаксии (1): *1. мозжечковой* *2. вестибулярной* *3. сенситивной* *4. лобной* *5. истерической*	**3**	ТК
105. Симптомы периферического вестибулярного головокружения (3): *1. интенсивное вращательное головокружение* *2. неустойчивость при ходьбе* *3. тошнота и рвота* *4. интенционный тремор в конечностях* *5. учащенное мочеиспускание*	**1,2,3**	ТК
106. Сенситивная атаксия возникает при поражении (2): *1. пучков Голя и Бурдаха* *2. передних рогов спинного мозга* *3. задних рогов спинного мозга* *4. боковых канатиков спинного мозга* *5. периферических нервов конечностей*	**1, 5**	ТК
107. Вестибулярное головокружение возникает при поражении (2): *1. вестибулярного лабиринта* *2. лобных долей головного мозга* *3. зрительного бугра* *4. пучков Голя и Бурдаха* *5. преддверно-улиткового нерва*	**1,5**	ТК
108. Периферический нистагм (2): *1. не меняет своего направления при движении глаз* *2. сопровождается вертикальным парезом взора* *3. уменьшается при фиксации взора* *4. усиливается при фиксации взора* *5. это монокулярный нистагм*	**1, 3**	ТК
109. Дисметрия – это (1): *1. несоразмерность движений* *2. замедленность движений* *3. ритмичное сокращение мышц-антагонистов* *4. навязчивое непроизвольное движение* *5. непроизвольное вздрагивание*	**1**	ТК
110. Для центрального нистагма характерно (2): *1. изменение направления нистагма при изменении направления взора*	**1, 5**	ТК

2. значительное уменьшение выраженности нистагма при фиксации взора *3. сочетание с нарушением слуха* *4. сохранение направления нистагма при изменении направления взора* *5. сочетание с другими симптомами поражения центральной нервной системы*		

Шифр и наименование компетенции

способность и готовность реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);

Шифр и наименование компетенции:

-готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);

Раздел дисциплины (тема): Расстройства чувствительности (Тема 4).

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

1. **Виды глубокой чувствительности (3):** 1) суставно-мышечное чувство, 2) болевая чувствительность, 3) вибрационная чувствительность, 4) температурная чувствительность 5) двумерно-пространственное чувство.	1,3,5	ТК, ПА
2. Виды поверхностной чувствительности (3): 1) болевая, 2) тактильная, 3) температурная, 4) вибрационная 5) стереогноз.	1-3	ТК, ПА
3. **Первый нейрон пути поверхностной чувствительности расположен в (1):** 1) коже, 2) межпозвонковом ганглии, 3) заднем роге спинного мозга, 4) зрительном бугре, 5) постцентральной извилине.	2	ТК, ПА
4. Третий нейрон пути глубокой чувствительности расположен в (1): 1) мышце, 2) межпозвонковом ганглии, 3) заднем роге спинного мозга, 4) зрительном бугре, 5) постцентральной извилине.	4	ТК, ПА
5. **Ощущение «ползания мурашек» без внешнего раздражения – это (1):** 1) гиперпатия, 2) гиперестезия, 3) парестезии, 4) аллодиния, 5) гипералгезия.	3	ТК, ПА
6. Сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности возникает при поражении (2): 1. задних канатиков спинного мозга, 2. задних рогов спинного мозга,	2,4	ТК, ПА

3. боковых канатиков спинного мозга, 4. передней серой спайки, 5. передних канатиков спинного мозга.		
7. Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «носков» возникает при поражении (1): 1) периферических нервов, 2) задних корешков спинного мозга, 3) задних рогов спинного мозга, 4) передней серой спайки, 5) задних канатиков спинного мозга.	1	ТК, ПА
8. Гемигипестезия возникает при поражении (2): 1. внутренней капсулы, 2. передней серой спайки, 3. зрительного бугра, 4. задних канатиков спинного мозга.	1,3	ТК, ПА
9. При поражении задних канатиков спинного мозга может наблюдаться (3): 1) мышечная гипотония, 2) гипорефлексия, 3) сенситивная атаксия, 4) периферический парез конечности, 1) интенционный тремор.	1-3	ТК, ПА
10. При поражении спиноталамического пути утрачивается (2): 1. болевая чувствительность, 2. тактильная чувствительность, 3. температурная чувствительность, 4. вибрационная чувствительность, 5. стереогностическое чувство.	1,3	ТК, ПА
11. Спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности возникает при поражении (1): 1. боковых канатиков спинного мозга, 2. задних рогов спинного мозга, 3. боковых рогов спинного мозга, 4. передних канатиков спинного мозга, 5. внутренней капсулы.	1	ТК, ПА
12. Какие виды чувствительности утрачиваются при поражении задних рогов спинного мозга (2): 1. болевая, 2. тактильная, 3. температурная, 4. вибрационная, 5. суставно-мышечное чувство.	1,3	ТК, ПА
13. Какие виды чувствительности утрачиваются при поражении задних канатиков спинного мозга (2): 1. болевая, 2. вибрационная, 3. температурная, 4. тактильная, 5. суставно-мышечное чувство.	2,5	ТК, ПА
14. К антиноцицептивной системе относят (2): 1. субстанцию Р, 2. эндорфины, 3. гистамин, 4. энкефалины.	2,4	ТК
15. Система «воротного контроля боли» локализуется на уровне (1): 1) периферических нервов, 2) задних корешков, 3) задних рогов, 4) спиноталамического тракта, 5) задних канатиков спинного мозга.	3	ТК
16. Невропатическая боль возникает при поражении (3): 1) болевых рецепторов,	2,4,5	ТК

2) периферического нерва, 3) передних рогов спинного мозга, 4) задних корешков спинного мозга, 5) зрительного бугра.		
17. Типы боли (2): 1. ассоциированная, 2. ноцицептивная, 3. диссоциированная, 4. идиопатическая, 5. психогенная.	2,5	ТК
18. Гиперпатия характерна для поражения (1): 1. заднего корешка, 2. бокового канатика спинного мозга, 3. переднего канатика спинного мозга, 4. заднего канатика спинного мозга, 5. зрительного бугра.	5	ТК
19. Лечение центральной невропатической боли (2): 1. большие дозы ненаркотических анальгетиков, 2. противоэпилептические средства (прегабалин), 3. наркотические анальгетики, 4. антидепрессанты (амитриптилин).	2,4	ТК
20. Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении (1): 1. задних рогов спинного мозга, 2. задних канатиков спинного мозга, 3. зрительного бугра, 4. теменной доли, 5. лобной доли.	4	ТК, ПА
21. У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет. Тип нарушения чувствительности (1): 1) мононевропатический, 2) полиневропатический, 3) сегментарно-корешковый, 4) сегментарно-диссоциированный, 5) проводниковый.	4	ТК, ПА
22. У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет. Локализация поражения (2): 1. периферический нерв, 2. задние рога спинного мозга, 3. задние корешки, 4. передняя серая спайка.	2,4	ТК, ПА
23. У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексы. Тип нарушения чувствительности (1): 1) мононевропатический, 2) полиневропатический, 3) сегментарно-корешковый, 4) сегментарно-диссоциированный, 5) спинальный проводниковый.	2	ТК, ПА
24. У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексы. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние корешки, 3) боковые канатики спинного мозга, 4) задние канатики спинного мозга, 5) передняя серая спайка.	1	ТК, ПА
25. Утрачено суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, усиливающееся при	4	ТК, ПА

закрывании глаз. Тип нарушения чувствительности (1): 1) полиневропатический, 2) сегментарно-корешковый, 3) сегментарно-диссоциированный, 4) спинальный проводниковый, 5) корковый.		
26. Утрачено суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, усиливающееся при закрывании глаз. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние корешки, 3) задние рога спинного мозга, 4) задние канатики спинного мозга, 5) боковые канатики спинного мозга.	4	ТК
27. У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге. Тип нарушения чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый, 2) сегментарно-диссоциированный, 3) полиневропатический, 4) спинальный проводниковый, 5) церебральный.	5	ТК
28. У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге. Локализация поражения (2): 1. поперечник спинного мозга, 2. внутренняя капсула, 3. верхние отделы постцентральной извилины, 4. зрительный бугор. 5. затылочная доля	2,4	ТК
29. Утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги и наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс. Тип нарушения чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый, 2) сегментарно-диссоциированный, 3) полиневропатический, 4) мононевропатический, 5) спинальный проводниковый.	1	ТК, ПА
30. Утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги и наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс. Локализация поражения (1): 1) задний пятый поясничный корешок, 2) задний первый крестцовый корешок, 3) малобецовый нерв, 4) большебецовый нерв, 5) бедренный нерв.	2	ТК
31. Виды общей чувствительности (2): 1. поверхностная 2. глубокая 3. зрение 4. слух 5. обоняние	1,2	ТК,ПА
32. Виды специальной чувствительности (2): 1. поверхностная 2. глубокая 3. зрение 4. слух 5. стереогноз	3,4	ТК,ПА
33. Виды экстероцепции (2): 1. болевая чувствительность 2. температурная чувствительность	1,2	ТК,ПА

3. вибрационная чувствительность 4. суставно-мышечная чувствительность 5. стреогноз		
34. **Виды проприоцепции (2):** 1. болевая чувствительность 2. температурная чувствительность 3. вибрационная чувствительность 4. суставно-мышечная чувствительность 5. тактильная чувствительность	3,4	ТК,ПА
35. Рецепторы тактильной чувствительности (2): 1. тельца Мейсснера 2. тельца Пачини 3. мышечные веретена 4. сухожильные рецепторы 5. ноцицепторы	1,2	ТК,ПА
36. Боль, которая вызывается активацией болевых рецепторов (1): 1. ноцицептивная 2. невропатическая 3. психогенная 4. неврогенная 5. диссоциативная	1	ТК,ПА
37. Нарушение узнавания предметов на ощупь (1): 1. гипестезия 2. астереогнозия 3. гиперпатия 4. гипоалгезия 5. аллодиния	2	ТК,ПА
38. Частичная утрата болевой чувствительности (1): 1. гиперстезия 2. астереогноз 3. стереоанестезия 4. гипоалгезия 5. анестезия	4	ТК,ПА
39. Периферическая сенситизация- это (1): 1.снижение порога чувствительности периферических рецепторов 2. повышение возбудимости нейронов заднего рога 3. повышение возбудимости нейронов переднего рога 4. повышение возбудимости нейронов ядра Голя 5. повышение возбудимости нейронов ядра Бурдаха	1	ТК
40. Ощущения в виде “покалывания”, “ползания мурашек” (1): 1. гиперестезия 2. гипералгезия 3. гиперпатия 4. парестезия 5. гипестезия	4	ТК,ПА
41. Ноцицептивная боль вызывается (1): 1.активацией периферических ноцицепторов 2. поражением периферического нерва 3. поражением сплетения 4. поражением теменной коры 5. поражением затылочной коры	1	ТК,ПА
42. Центральная сенситизация- это (1): 1.снижение порога чувствительности периферических рецепторов 2. повышение возбудимости нейронов заднего рога 3. повышение возбудимости нейронов зрительного бугра 4. повышение возбудимости нейронов теменной доли 5. снижением возбудимости нейронов ядра Бурдаха	1	ТК
43. Отраженная боль (например, боль в левой руке при инфаркте миокарда) – это боль (1): 1.невропатическая 2. ноцицептивная 3. психогенная	2	ТК

4. ассоциативная 5. диссоциативная		
44. Невропатическая боль возникает при поражении (2): 1.сердечно-сосудистой системы 2. желудочно-кишечного тракта 3. дыхательной системы 4. периферических нервов 5. зрительного бугра	4,5	ТК,ПА
45. Болевая импульсация при невропатической боли возникает в (2): 1.ноцицепторах 2. тельца Мейсснера 3. проводниках болевой чувствительности 4. мышечных веретенах 5. ноцицептивных нейронах	3,5	ТК
46. Лечение невропатической боли (2): 1. противоэпилептические средства 2. ноотропные средства 3. сосудорасширяющие средства 4. миорелаксанты 5. антидепрессанты	1,5	ТК,ПА
47. Психогенная боль диагностируется при (3): 1. отсутствии соматических заболеваний 2. наличии заболеваний центральной нервной системы 3. наличии заболеваний периферической нервной системы 4. наличии тревожных расстройств 5. наличии депрессивных расстройств	1,4,5	ТК,ПА
48. В зависимости от продолжительности выделяют боль (3): 1. волнообразную 2. транзиторную 3. первично прогрессирующую 4. острую 5. хроническую	2,4,5	ТК,ПА
49. Боль расценивается как хроническая, если она сохраняется (минимальная продолжительность) (1): 1. 1 месяц 2. 3 месяца 3. 6 месяцев 4. 9 месяцев 5. 1 год	2	ТК,ПА
50. Лечение хронической неонкологической боли (3): 1. антидепрессанты 2. противоэпилептические средства 3. ноотропные средства 4. сосудорасширяющие средства 5. психотерапия	1,2,5	ТК,ПА
51. Гипестезия (2): 1. ослабление болевой чувствительности 2. ослабление температурной чувствительности 3. ощущение боли при температурном воздействии 4. ощущение боли при тактильном воздействии 5. отсутствие всех видов общей чувствительности	1,2	ТК,ПА
52. Анестезия (3): 1. утрата болевой чувствительности 2. утрата температурной чувствительности 3. ощущение боли при температурном воздействии 4. ощущение боли при тактильном воздействии 5. утрата всех видов общей чувствительности	1,2,5	ТК,ПА
53. Гиперестезия (2): 1. усиление болевой чувствительности 2. усиление температурной чувствительности 3. ощущение боли при температурном воздействии	1,2	ТК,ПА

4. ощущение боли при тактильном воздействии 5. ощущение «ползания мурашек»		
54. Гиперпатия (2): 1. ослабление порога чувствительности 2. усиленное ощущение с неприятным эмоциональным оттенком 3. ощущение после прекращения нанесения раздражения 4. пароксизмы ноцицептивной боли 5. пароксизмы невропатической боли	2,3	ТК,ПА
55. Аллодиния (2): 1. ослабление порога чувствительности 2. усиленное ощущение с неприятным эмоциональным оттенком 3. ощущение боли при температурном воздействии 4. ощущение боли при тактильном воздействии 5. ноцицептивная боль	3,4	ТК,ПА
56. Каузалгия (3): 1. утрата болевой чувствительности 2. утрата температурной чувствительности 3. ощущение боли при температурном воздействии 4. спонтанные или вызванные не болевым раздражением интенсивные боли 5. местные автономные расстройства	3,4,5	ТК,ПА
57. Невралгия (2): 1. утрата всех видов чувствительности 2. периферический парез 3. спонтанные или вызванные не болевым раздражением кратковременные (секунды) интенсивные боли 4. кратковременные боли, сходные с ударом электрического тока 5. местные автономные расстройства	3,4	ТК,ПА
58. Исследования тактильной чувствительности (2): 1. камертон с частотой 128 Гц 2. камертон с частотой 256 Гц 3. синтетические нити («волоски» Фрея) 4. циркуль Вебера 5. термопен	3,4	ТК,ПА
59. Двумерно-пространственная чувствительность - это (1): 1. стереогнозия 2. графестезия 3. гипестезия 4. гиперестезия 5. анозогнозия	2	ТК,ПА
60. Исследования вибрационной чувствительности (1): 1. камертон с частотой 128 Гц 2. камертон с частотой 256 Гц 3. синтетические нити («волоски» Фрея) 4. циркуль Вебера 5. термопен	1,2	ТК,ПА
61. Ранний признак поражения задних канатиков спинного мозга - снижение (1): 1. вибрационной чувствительности 2. суставно-мышечного чувства 3. болевой чувствительности 4. температурной чувствительности 5. стереогностического чувства	1	ТК,ПА
62. При поражении периферических нервов из глубоких видов чувствительности первой обычно снижается (1): 1. вибрационная чувствительность 2. суставно-мышечное чувство 3. болевая чувствительность 4. температурная чувствительность 5. стереогностическое чувство	1	ТК,ПА
63. Исследование суставно-мышечного чувства (2): 1. камертон с частотой 128 Гц	2,4	ТК,ПА

2. оценка ощущения пассивных движений в концевых фалангах пальцев рук и ног 3. синтетические нити («волоски» Фрея) 4. оценка ощущения положения конечности 5. термопен		
64. Исследование болевой чувствительности (3): 1. оценка уколов затупленной иглой 2. оценка ощущения пассивных движений в концевых фалангах пальцев рук и ног 3. оценка уколов затупленной булавкой 4. оценка уколов деревянной зубочисткой 5. термопен	1,3,4	ТК,ПА
65. Астереогнозия бывает (2): 1. первичной 2. вторичной 3. третичной 4. периферической 5. центральной	1,2	ТК,ПА
66. Первичная астереогнозия устанавливается при (2): 1. сохранности тактильной чувствительности 2. сохранности вибрационной чувствительности 3. наличии гиперпатии 4. наличии гиперстезии 5. наличии аллодинии	1,2	ТК,ПА
67. Вторичная астереогнозия устанавливается при (1): 1. утрате болевой чувствительности 2. утрате вибрационной чувствительности 3. наличии гиперпатии 4. наличии гиперстезии 5. наличии аллодинии	2	ТК,ПА
68. Для количественной оценки боли используются (2): 1. визуальная аналоговая шкала боли 2. вербальная аналоговая шкала боли 3. опросник Освестри 4. опросник Роланда-Морриса 5. субъективная шкала боли (3 балла)	1,2	ТК
69. Для выявления невропатического компонента боли используется опросник (1): 1. Спилбергера 2. Ханина 3. Освестри 4. Роланда-Морриса 5. DN4	5	ТК
70. В визуальной аналоговой шкале максимальная выраженность боли может достигать (1): 1. 3 балла 2. 5 баллов 3. 7 баллов 4. 10 баллов 5. 15 баллов	4	ТК
71. Количественное сенсорное тестирование оценивает функцию (1): 1. тонких волокон периферических нервов 2. толстых волокон периферических нервов 3. миелиновой оболочки периферических нервов 4. задних канатиков спинного мозга 5. боковых канатиков спинного мозга	1	ТК
72. В шкале DN4 выясняют соответствие боли (3): 1. ощущению жжения 2. болезненному ощущению холода 3. болезненному ощущению тепла 4. ощущению прохождения тока	1,2,4	ТК

5. болезненному ощущению прикосновения		
73. В шкале DN4 выясняют, сопровождается ли боль (2): 1. атаксией 2. парезом 3. тазовыми расстройствами 4. онемением 5. зудом	4,5	ТК
74. В шкале DN4 выясняют, можно ли усилить боль в области её локализации (1): 1. проведением в этой области кисточкой 2. активным движением конечности 3. пассивным движением конечности 4. ходьбой 5. длительным стоянием	1	ТК
75. При мононевропатическом типе расстройства чувствительности область гипестезии обычно (1): 1. больше анатомической зоны иннервации 2. меньше анатомической зоны иннервации 3. полностью соответствует анатомической зоне иннервации 4. не имеет четких анатомических границ 5. соответствует сегментарной зоне иннервации	2	ТК,ПА
76. При мононевропатическом типе расстройства чувствительности возможны (4): 1. аллодиния 2. гипоаналгезия 3. первичная астереогнозия 4. парестезии 5. боли	1,2,4,5	ТК,ПА
77. При полиневропатическом типе расстройства чувствительности (3): 1. преобладают в проксимальных отделах конечности 2. преобладают в средних отделах конечности 3. преобладают в дистальных отделах конечности 4. выражены в одинаковой степени во всей конечности 5. имеют мозаичный характер	3	ТК,ПА
78. При поражения сплетения возникает тип нарушения чувствительности (1): 1. мононевропатический 2. полиневропатический 3. сегментарно-диссоциированный 4. сегментарно-корешковый 5. плексопатический	5	ТК
79. Наиболее частая причина корешкового типа расстройства чувствительности (1): 1. опухоль 2. аневризма 3. сирингомиелия 4. грыжа межпозвоночного диска 5. спинальный инсульт	4	ТК,ПА
80. При повреждении одного заднего корешка расстройства чувствительности (2): 1. выявляются в зоне его иннервации 2. выявляются в зоне иннервации выше расположенного корешка 3. выявляются в зоне иннервации ниже расположенного корешка 4. выявляются в зоне иннервации ниже и выше расположенного корешка 5. могут не выявляться	1,5	ТК
81. При сегментарно-диссоциированном типе расстройства чувствительности утрачивается (3): 1. болевая чувствительность 2. холодовая чувствительность 3. тепловая чувствительность	1,2,3	ТК,ПА

4. вибрационная чувствительность 5. суставно-мышечное чувство		
82. При сегментарно-диссоциированном типе расстройства патологический процесс чаще локализуется в сегментах спинного мозга (1): 1. шейном 2. грудном 3. шейном и грудном 4. грудном и поясничном 5. поясничном	3	ТК,ПА
83. Проводниковый спинальный тип нарушения чувствительности возникает при поражении (2): 1. передних канатиков 2. боковых канатиков 3. задних канатиков 4. задних рогов 5. передней серой спайки	2,3	ТК,ПА
84. При проводниковом спинальном типе уровень утраты болевой чувствительности указывает на поражение противоположного спиноталамического пути на (1): 1. том же уровне 2. один-два сегмента выше 3. три-четыре сегмента выше 4. один-два сегмента ниже 5. три-четыре сегмента ниже	2	ТК,ПА
85. Утрата болевой чувствительности ниже шестого грудного сегмента справа указывает на поражение спиноталамического пути слева на уровне грудного сегмента (1): 1. второго 2. четвертого 3. шестого 4. восьмого 5. десятого	2	ТК,
86. Утрата болевой чувствительности ниже десятого грудного сегмента слева указывает на поражение спиноталамического пути справа на уровне сегмента (1): 1. шестого грудного 2. восьмого грудного 3. десятого грудного 4. двенадцатого грудного 5. второго поясничного	2	ТК
87. При поражении половины поперечника спинного мозга на стороне поражения утрачиваются (2): 1. болевая чувствительность 2. холодовая чувствительность 3. тепловая чувствительность 4. вибрационная чувствительность 5. суставно-мышечное чувство	4,5	ТК,ПА
88. При поражении половины поперечника спинного мозга на противоположной стороне утрачиваются (3): 1. болевая чувствительность 2. холодовая чувствительность 3. тепловая чувствительность 4. вибрационная чувствительность 5. суставно-мышечное чувство	1,2,3	ТК,ПА
89. Церебральный проводниковый тип нарушения чувствительности возникает при поражении (3): 1. ствола 2. мозжечка 3. внутренней капсулы 4. полосатого тела 5. зрительного бугра	1,3,5	ТК,ПА

90. Центральная невропатическая боль наиболее часто возникает при поражении (1): 1. ствола 2. ножки мозга 3. внутренней капсулы 4. теменной доли 5. зрительного бугра	5	ТК,ПА
91. Альтернирующая гемигипестезия возникает при поражении (1): 1. оральных отделов ствола мозга 2. каудальных отделов ствола мозга 3. внутренней капсулы 4. теменной доли 5. зрительного бугра	2	ТК,ПА
92. При альтернирующей гемигипестезии на стороне поражения утрачиваются (3): 1. болевая чувствительность 2. холодовая чувствительность 3. тепловая чувствительность 4. вибрационная чувствительность 5. суставно-мышечное чувство	1,2,3	ТК,ПА
93. При альтернирующей гемигипестезии на стороне, противоположной поражению, утрачиваются (3): 1. болевая чувствительность 2. холодовая чувствительность 3. тепловая чувствительность 4. вибрационная чувствительность 5. суставно-мышечное чувство	1,2,3	ТК,ПА
94. Корковый тип нарушения чувствительности возникает при поражении (1): 1. лобной доли 2. теменной доли 3. височной доли 4. затылочной доли 5. зрительного бугра	2	ТК,ПА
95. Корковый тип нарушения чувствительности отличается от периферического, потому что не соответствует анатомическим зонам иннервации (4): 1. нервов 2. сплетений 3. задних корешков 4. сегментов спинного мозга 5. теменной доли	1,2,3,4	ТК
96. При корковом типе чувствительность нарушена (3): 1. на лице 2. в кисти 3. в половине тела 4. ниже определенного уровня на туловище 5. в стопе	1,2,5	ТК,ПА
97. Для диагностики периферических нарушений чувствительности используют (2): 1. игольчатую электромиографию 2. электронейромиографию 3. количественное сенсорное тестирование 4. ультразвуковое исследование периферических нервов 5. реовазографию	2,3	ТК
98. Для диагностики центральных нарушений чувствительности используют (1): 1. игольчатую электромиографию 2. электронейромиографию 3. соматосенсорные вызванные потенциалы 4. электроэнцефалографию 5. транскраниальную магнитную стимуляцию головного мозга	3	ТК

99. Утрачена чувствительность на внутренней поверхности концевых фаланг I-III пальцев кисти. Тип нарушения чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый, 2) сегментарно-диссоциированный, 3) полиневропатический, 4) мононевропатический, 5) спинальный проводниковый.	4	ТК
100. Утрачена чувствительность на внутренней поверхности концевых фаланг I-III пальцев кисти. Локализация поражения (1): 1) срединный нерв, 2) лучевой нерв, 3) локтевой нерв, 4) шейное сплетение, 5) плечевое сплетение.	1	ТК

Шифр и наименование компетенции

-готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности (ОПК-2);

Раздел дисциплины (тема): Спинной мозг, симптомы поражения на разных уровнях. (Тема 5).

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

1.При поражении передних рогов спинного мозга возникают (3): 1) парез мышц, 2) утрата рефлексов, 3) фасцикуляции, 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности, 5) проводниковый тип расстройств чувствительности.	**1-3**	ТК, ПА
2.При поражении шейного утолщения наблюдаются (3): 1) периферический парез верхних конечностей, 2) проводниковый тип расстройств чувствительности, 3) периферический парез нижних конечностей, 4) нарушение функции тазовых органов, 5) мозжечковая атаксия.	**1,2,4**	ТК, ПА
3.При поражении поясничного утолщения отмечаются (2): 1) расстройство чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу, 2) расстройство чувствительности по сегментарно-корешковому типу, 3) парез нижних конечностей, 4) утрата всех брюшных рефлексов, 5) утрата коленных и ахилловых рефлексов.	**3,5**	ТК, ПА
4.При поражении задних рогов спинного мозга возникает (1): 1) расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу, 2) расстройство болевой чувствительности по проводниковому типу, 3) периферический парез, 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности.	**4**	ТК, ПА
5. Синдром Бернара-Горнера появляется при поражении сегментов спинного мозга на уровне (1): 1) C4-C5, 2) C6-C7, 3) C8-Th1, 4) Th2- Th3, 5) Th4- Th5.	**3**	ТК, ПА
6. При поражении задних столбов на грудном уровне отмечаются	**1,4,5**	ТК, ПА

(3): 1) мышечная гипотония в ногах, 2) центральный парез нижних конечностей, 3) периферический парез нижних конечностей, 4) сенситивная атаксия, 5) проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности в ногах.		
7. При поражении правой половины поперечника спинного мозга на грудном уровне возникают (3): 1) центральный парез правой ноги, 2) центральный парез левой ноги, 3) снижение суставно-мышечного чувства в правой ноге, 4) снижение болевой чувствительности в левой ноге, 5) нарушение функции тазовых органов.	**1,3,4**	ТК, ПА
8. Сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности наблюдается при поражении (2): 1) передних рогов, 2) задних рогов, 3) боковых рогов, 4) передней серой спайки, 5) задних канатиков спинного мозга.	**2,4**	ТК, ПА
9. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня (1): 1) поражения, 2) на два сегмента выше поражения, 3) на два сегмента ниже поражения, 4) на четыре сегмента выше поражения, 5) на четыре сегмента ниже поражения.	**3**	ТК
10. Блок субарахноидального пространства спинного мозга может быть выявлен (2): 1) рентгенографией позвоночника, 2) магнитно-резонансной томографией спинного мозга, 3) электромиографией, 4) электронейромиографией, 5) люмбальной пункцией с ликвородинамическими пробами.	**2,5**	ТК
11. Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении (1): 1) передних канатиков, 2) боковых канатиков, 3) задних канатиков, 4) передних рогов, 5) задних рогов.	**3**	ТК, ПА
12. При поражении правой половины шейного утолщения наблюдается (3): 1) периферический парез правой руки, 2) утрата глубокой чувствительности в левой ноге, 3) утрата поверхностной чувствительности в левой ноге, 4) центральный парез правой ноги, 5) нарушение функции тазовых органов.	**1,3,4**	ТК, ПА
13. Истинное недержание мочи возникает при поражении (2): 1) шейного утолщения, 2) грудного отдела спинного мозга, 3) поясничного утолщения, 4) конуса спинного мозга, 5) конского хвоста.	**4,5**	ТК, ПА
14. Императивные позывы на мочеиспускание возникают при двустороннем поражении (1): 1) передних рогов шейного утолщения, 2) передних рогов поясничного утолщения, 3) передних канатиков, 4) задних канатиков, 5) боковых канатиков.	**5**	ТК, ПА

15. Какими сегментами образовано шейное утолщение (1): 1) C1-C4 2) C3-C6 3) C4-C8 4) C5- Th1	**4**	ТК, ПА
16. Какими сегментами образовано поясничное утолщение (1): 1) L3-S3 2) L2-S3 3) L1-L5 4) L-S5	**2**	ТК, ПА
17. Нейроны вегетативной нервной системы в спинном мозге находятся в (1): 1) передних рогах 2) боковых рогах 3) задних рогах 4) боковых канатиках	**2**	ТК, ПА
18. Какие проводящие пути локализованы в боковых канатиках спинного мозга (2): 1) кортикоспинальный 2) клиновидный пучок (Бурдаха) 3) спиноталамический 4) тонкий пучок (Голля)	**1,3**	ТК, ПА
19. Какие проводящие пути локализованы в задних канатиках спинного мозга (2): 1) кортикоспинальный 2) клиновидный пучок (Бурдаха) 3) спиноталамический 4) тонкий пучок (Голля)	**2,4**	ТК, ПА
20. Какие корешки формируют шейное сплетение(1): 1) C1-C5 2) C2-C4 3) C5-Th1 4) C3-C8	**2**	ТК
21. Какие корешки формируют плечевое сплетение(1): 1) C1-C5 2) C2-C4 3) C5-Th1 4) C3-C8	**3**	ТК
22. Какие корешки формируют поясничное сплетение(1): 1) Th12-L4 2) Th10-L5 3) Th12-L5 4) L1-L5	**1**	ТК
23. Какие корешки формируют крестцовое сплетение(1): 1) L5-S3 2) L4-S4 3) S1-S3 4)S1-S5	**3**	ТК
24. Поражение передних рогов спинного мозга на уровне шейного утолщения вызывает (2): 1) повышение рефлексов на руках 2) нарушение чувствительности в руках 3) фасцикуляции в мышцах рук 4) снижение рефлексов на руках	**3,4**	ТК, ПА
25. Какой тип нарушения чувствительности возникнет при поражении задних рогов спинного мозга (1): 1) сегментарный 2) проводниковый 3) невропатический 4) сегментарно-диссоциированый	**4**	ТК, ПА

26. Поражение передних рогов спинного мозга на уровне шейного утолщения вызывает (2): 1) спастичность в руках 2) мышечную гипотонию в руках 3) атрофию мышц рук 4) гиперрефлексию на руках	**2,3**	ТК, ПА
27. Двустороннее поражение боковых канатиков спинного мозга на верхне-шейном уровне вызывает (2): 1) верхний центральный парапарез 2) верхний периферический парапарез 3) нижний центральный парапарез 4) нижний периферический парапарез	**1,3**	ТК, ПА
28. Двустороннее поражение боковых канатиков спинного мозга на грудном уровне вызывает(1): 1) верхний центральный парапарез 2) верхний периферический парапарез 3) нижний центральный парапарез 4) нижний периферический парапарез	**3**	ТК, ПА
29. Поражение бокового канатика спинного мозга вызывает(2): 1) центральный парез на противоположной стороне 2) нарушение поверхностной чувствительности на противоположной стороне 3) центральный парез на той же стороне 4) нарушение поверхностной чувствительности на той же стороне	**2,3**	ТК
30.Синдром Броун-Секара включает (3): 1) центральный парез на стороне поражения 2) нарушение поверхностной чувствительности на стороне поражения 3) нарушение глубокой чувствительности на стороне поражения 4) нарушение поверхностной чувствительности на противоположной стороне 5) нейрогенный мочевой пузырь	**1,3,4**	ТК, ПА
31. Поперечное поражение спинного мозга на грудном уровне приводит к (3): 1) проводниковому нарушению чувствительности 2) сегментарному нарушению чувствительности 3) нижнему центральному парапарезу 4) тазовым нарушениям 5) синдрому Горнера	**1,3,4**	ТК, ПА
32. При поражении конуса спинного мозга наблюдаются (2): 1) выпадение коленных рефлексов 2) анестезия в аногенитальной зоне 3) выпадение нижних брюшных рефлексов 4) императивные позывы на мочеиспускание 5) нарушение дефекации	**2,5**	ТК, ПА
33. При поражении задних корешков спинного мозга (2): 1) нарушена чувствительность по сегментарному типу 2) нарушена чувствительность по сегментарно-диссоциированному типу 3) снижены все виды чувствительности 4) снижена только поверхностная чувствительность 5) снижена только глубокая чувствительность	**1,3**	ТК, ПА
34. Поражение корешков конского хвоста приводит к (3): 1) вялому парезу стоп 2) утрате ахилловых рефлексов 3) фасцикуляциям в ногах 4) императивным позывам на мочеиспускание 5) нарушению дефекации	**1,2,5**	ТК, ПА
35. Поражение периферического нерва сопровождается(3): 1) сегментарным нарушением чувствительности 2) вегетативными нарушениями 3) слабостью иннервируемых мышц 4) снижением глубоких рефлексов 5) патологическими симптомами натяжения	**2,3,4**	ТК, ПА
36. Для подтверждения поражения передних рогов спинного мозга	**2**	ТК

применяют (1): 1) исследование скорости распространения возбуждения по нервам 2) игольчатую электромиографию 3) магнитно-резонансную томографию спинного мозга 4) миелографию 5) транскраниальную магнитную стимуляцию		
37. При множественном поражении периферических нервов возникает расстройство чувствительности по типу (1): 1) сегментарно-корешковому 2) спинальному проводниковому 3) сегментарно-диссоциированному типу 4) мозаичному типу 5) полиневропатическому	**5**	ТК
38. При множественном поражении периферических нервов возникают (2): 1) периферический парез 2) центральный парез 3) смешанный парез 4) вегетативно-трофические нарушения 5) сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности	**1,4**	ТК
39. Синдром Бернара-Горнера (2): 1) птоз 2) двоение по горизонтали 3) двоение по вертикали 4) миоз 5) мидриаз	**1,4**	ТК, ПА
40. Поражение автономных волокон периферических нервов вызывает 1) ортостатическую гипотензию 2) артериальную гипертензию 3) нарушение потоотделения 4) трофические нарушения 5) периферический парез	**1,3,4**	ТК, ПА
41. Центр симпатической иннервации глаза расположен в (1): 1) передних рогах спинного мозга 2) задних рогах спинного мозга 3) боковых рогах спинного мозга 4) желатинозной субстанции спинного мозга 5) продолговатом мозге	**3**	ТК, ПА
42. Синдром Бернара-Горнера слева возникает при поражении боковых рогов спинного мозга на уровне (1): 1) С3-С4 слева 2) С5-С7 справа 3) С8-Th1 слева 4) С1-С3 слева	**3**	ТК, ПА
43. Пояснично-крестцовая плексопатия проявляется (3): 1) болями 2) спастическим парезом в ногах 3) вялым парезом в ногах 4) снижением рефлексов на ногах 5) нейрогенным мочевым пузырем	**1,3,4**	**ТК**
44. В руках - атрофии, фасцикуляции, парез 4 балла, в ногах - парез 3 балла, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения (1): 1) верхне-шейный уровень спинного мозга 2) шейное утолщение спинного мозга 3) грудной уровень спинного мозга 4) верхний поясничный уровень спинного мозга 5) нижний поясничный уровень спинного мозга	**2**	**ТК**
45. При поражении задних рогов спинного мозга возникает (1): 1) расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу 2) расстройство болевой чувствительности по проводниковому типу	**4**	**ТК**, ПА

3) периферический парез 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности 5) сегментарно-корешковый тип нарушения чувствительности		
46. Гипотрофии и фасцикуляции в ногах, снижение силы до 3-х баллов, утрата ахилловых и коленных рефлексов, отсутствие патологических рефлексов. Локализация поражения (1): 1) передние рога поясничного утолщения спинного мозга 2) задние рога поясничного утолщения спинного мозга 3) передние корешки поясничного утолщения спинного мозга 4) задние корешки поясничного утолщения спинного мозга **5)** конус спинного мозга	**1**	**ТК**
47. Снижение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», фасцикуляции в мышцах обеих кистей, утрата рефлексов с рук. Локализация поражения спинного мозга (2): 1) боковые канатики 2) передние рога 3) задние рога 4) боковые рога 5) задние канатики	**2,3**	**ТК**
48. При поражении задних столбов на грудном уровне отмечаются (3): 1) мышечная гипотония в ногах, 2) центральный парез нижних конечностей, 3) периферический парез нижних конечностей, 4) сенситивная атаксия 5) проводниковый тип нарушения поверхностной чувствительности	**1,4**	**ТК**, ПА
49. При поражении правой половины поперечника спинного мозга на грудном уровне возникают (3): 1) центральный парез правой ноги, 2) снижение суставно-мышечного чувства в правой ноге, 3) снижение болевой чувствительности в правой ноге, 4) снижение болевой чувствительности в левой ноге 5) нейрогенный мочевой пузырь	**1,2,4**	**ТК**
50. Утрата болевой и температурной чувствительности в ногах и на туловище до уровня Th6, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. **Неврологические синдромы(2):** 1) центральный парапарез 2) периферический парапарез 3) проводниковый тип нарушения чувствительности 4) сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности 5) сегментарно-корешковый тип нарушения чувствительности	**1,3**	**ТК**
51. Сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности наблюдается при поражении (2): 1) передних рогов спинного мозга, 2) задних рогов спинного мозга , 3) боковых рогов спинного мозга , 4) передней серой спайки, 5) задних канатиков спинного мозга.	**2,4**	**ТК**, ПА
52. Утрата суставно-мышечного чувства и отсутствие рефлексов в ногах, шаткость при ходьбе, усиливающаяся при закрывании глаз. Локализация поражения (1): 1) задние рога спинного мозга 2) передние рога спинного мозга 3) боковые канатики спинного мозга 4) задние канатики спинного мозга 5) мозжечок	**4**	**ТК**
53.Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении (1): 1) передних канатиков,	**3**	**ТК**, ПА

2) боковых канатиков, 3) задних канатиков, 4) передних рогов, 5) задних рогов.		
54. Снижение силы, оживление рефлексов и симптом Бабинского в правой ноге, ослабление болевой и температурной чувствительности на левой ноге и левой половине туловища до уровня Th8. **Локализация поражения(2):** 1) кортикоспинальный тракт справа 2) кортикоспинальный тракт слева 3) спиноталамческий тракт справа 4) спиноталамический тракт слева 5) спиноцеребеллярный путь слева	**1,3**	**ТК**
55. При поражении правой половины шейного утолщения возникают (2): 1) периферический парез правой руки 2) центральный парез правой ноги 3) утрата глубокой чувствительности левой ноги 4) утрата болевой чувствительности правой ноги 5) нейрогенный мочевой пузырь	**1,2**	**ТК**, ПА
56. Атрофии мышц, фасцикуляции, снижение рефлексов и парез в руках; гиперрефлексия, двусторонний симптом Бабинского и парез в ногах. Неврологические синдромы (2): 1) верхний периферический парапарез 2) верхний центральный парапарез 3) нижний центральный парапапез 4) нижний периферический парапарез 5) верхний смешанный парапарез	**1,3**	**ТК**
57. Истинное недержание мочи возникает при поражении (2): 1) грудного отдела спинного мозга, 2) поясничного утолщения, 3) конуса спинного мозга, 4) корешков конского хвоста, 5) варолиева моста	**3,4**	**ТК**, ПА
58. В ногах – гипотрофии, фасцикуляции, отсутствие рефлексов, снижение силы, отсутствие патологических рефлексов. Локализация поражения (1): 1) передние рога поясничного утолщения 2) задние рога поясничного утолщения 3) задние корешки L1-S2 4) передние корешки L1-S2 5) грудные канатики спинного мозга	**1**	**ТК**
59. Снижение силы, повышение рефлексов и симптом Бабинского в правой ноге; ослабление болевой и температурной чувствительности с уровня Th10. Неврологические синдромы (2): 1) центральный монопарез 2) периферический монопарез 3) проводниковый тип расстройств поверхностной чувствительности 4) проводниковый тип расстройств глубокой чувствительности 5) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности	**1,3**	**ТК**
60. Утрата болевой и температурной чувствительности в ногах и на туловище до уровня Th6, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения спинного мозга (1): 1) боковые канатики 2) боковые рога 3) передние рога 4) задние канатики 5) передние канатики	**1**	**ТК**
61. Снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности голени, слабость	**2,4**	**ТК**

тыльного сгибания стопы, отсутствие ахиллова рефлекса. Неврологические синдромы(2): 1) расстройство чувствительности по проводниковому типу 2) расстройство чувствительности по сегментарно-корешковому типу 3) расстройство чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу *4)* периферический парез, 5) смешанный парез		
62. В ногах – слабость, спастичность, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Неврологический синдром (1): 1) нижний центральный парапарез 2) нижний вялый парапарез 3) нижний смешанный парапарез 4) синдром паркинсонизма 5) полиневропатический синдром	**1**	**ТК**
63. В руках низкие рефлексы, гипотрофии и фасцикуляции; в ногах - спастичность, оживление рефлексов, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения (1): 1) верхние шейные сегменты 2) шейное утолщение 3) верхние грудные сегменты 4) средние грудные сегменты 5) нижние грудные сегменты	**2**	**ТК**
64. Утрата глубокой чувствительности в ногах. Возможная локализация поражения (1): 1) боковые канатики спинного мозга 2) зрительные бугры 3) задние канатики спинного мозга 4) передние канатики спинного мозга 5) передняя серая спайка	**3**	**ТК**, ПА
65. В правой ноге центральный парез и утрачена глубокая чувствительность, в левой ноге снижена поверхностная чувствительность. Локализация поражения(2): 1) боковые канатики спинного мозга справа 2) боковые канатики спинного мозга слева 3) задние канатики спинного мозга справа 4) задние канатики спинного мозга слева 5) передняя серая спайка	**1,3**	**ТК**
66. Тетрапарез со снижением мышечного тонуса, отсутствием сухожильных рефлексов, гипотрофиями и распространенными фасцикуляциями. Локализация поражения(1): 1) варолиев мост 2) мозжечок 3) передние рога спинного мозга 4) кортикоспинальный путь 5) передняя серая спайка	**3**	**ТК**
67. На уровне шейного утолщения поражены задние и передние рога спинного мозга, кортикоспинальные пути. Неврологические синдромы (3): 1) верхний периферический парапарез 2) нижний периферический парапарез 3) нижний центральный парапарез 4) сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности в руках 5) проводниковый тип нарушения чувствительности в руках	**1,3,4**	**ТК**, ПА
68. Утрата всех видов чувствительности на ногах с уровня паховой складки. Возможная локализация поражения (1): 1) передние корешки поясничного утолщения 2) задние корешки поясничного утолщения 3) пучки Голля 4) пучки Бурдаха 5) спиноталамические пути	**5**	**ТК**, ПА

69. В правой руке - слабость, утрата рефлексов, потеря всех видов чувствительности. Локализация поражения (1): 1) передние рога спинного мозга на уровне шейного утолщения 2) С1-С4 корешки спинного мозга 3) С5-Th1 корешки спинного мозга 4) Th2-Th5 корешки спинного мозга 5) Пучок Голля	**3**	**ТК**
70. Полный перерыв спинного мозга на уровне сегмента Th10. Неврологические синдромы (3): 1) нижняя центральная параплегия 2) нарушение функции тазовых органов 3) синдром Горнера 4) синдром Броун-Секара **5)** проводниковый тип утраты чувствительности	**1,2,5**	**ТК**
71. Онемение и нарушение чувствительности на ладонной поверхности I-III пальцах правой руки. Локализация поражёния (1): 1) локтевой нерв 2) лучевой нерв 3) срединный нерв 4) шейное сплетение 5) плечевое сплетение	**3**	**ТК**, ПА
72. Какое движение невозможно выполнить при поражении лучевого нерва (1): 1) согнуть кисть 2) разогнуть кисть 3) осуществить пронацию 4) осуществить супинацию 5) сжатие пальцев в кулак	**2**	**ТК**, ПА
73. Слабость отведения и приведения IY-Y пальцев, атрофия мышц гипотенара и межкостных мышц, особенно первой межкостной мышцы. Что поражено (1): 1) плечевое сплетение 2) локтевой нерв 3) лучевой нерв 4) срединный нерв	**2**	**ТК**, ПА
74. Симптомы поражения срединного нерва (3): 1) гипестезия в I-III пальцах 2) гипотрофия тенара 3) гипотрофия гипотенара 4) симптом Тинеля при перкуссии запястного канала 5) отечность кисти	**1,2,4**	**ТК**, ПА
75. Симптомы поражения локтевого нерва (2): 1) гипестезия в IY-Y пальцах 2) гипотрофия гипотенара 3) симптом Тинеля при перкуссии запястного канала 4) слабость разгибания пальцев 5) отечность кисти	**1,2**	**ТК**, ПА
76. Экстрамедуллярная опухоль спинного мозга на уровне сегмента Th10. Тип нарушения поверхностной чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый 2) сегментарно – диссоциированный 3) спинальный проводниковый 4) альтернирующий	**3**	**ТК**
77. Интрамедуллярная опухоль спинного мозга на уровне сегмента С3. Тип нарушения поверхностной чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый 2) сегментарно –диссоциированный 3) спинальный проводниковый 4) альтернирующий	**3**	**ТК**
78. Синдром при поражении боковых рогов спинного мозга на уровне С8-Th1 (1): 1) Аргайля Робертсона	**3**	**ТК**, ПА

2) Броун-Секара 3) Горнера 4) Вебера 5) Валленберга-Захарченко		
79. Синдрома Горнера (2): *1*) сужение глазной щели 2) расширение глазной щели 3) сужение зрачка 4) расширение зрачка 5) утрата реакции зрачков на свет	**1,3**	**ТК**, ПА
80. В ногах - парез, гипотрофия мышц бедер, фасцикуляции, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения (2): 1) передние рога спинного мозга 2) передние корешки спинного мозга на поясничном уровне 3) кортикоспинальный путь 4) спиноцеребеллярный путь 5) пучок Голля	**1,3**	**ТК**
81. Синдромы при поражении спинного мозг на уровне шейного утолщения (2): 1) центральный парез в руках 2) периферический парез в руках 3) центральный парез в ногах 4) периферический парез в ногах 5) смешанный парез в ногах	**2,3**	**ТК**, ПА
82. При поражении левого спиноталамического пути утрачивается чувствительность (2): 1) болевая справа 2) температурная слева 3) болевая слева 4) температурная справа 5) мышечно-суставное чувство справа	**1,4**	**ТК**, ПА
83. Синдромы при повреждении поперечника спинного мозга на грудном уровне (3): 1) центральный парез в ногах 2) проводниковый тип нарушения чувствительности выше уровня поражения 3) проводниковый тип нарушения чувствительности ниже уровня поражения 4) тазовые нарушения 5) Броун-Секара	**1,3,4**	**ТК**, ПА
84. При поражении корешков С-5-С6 утрачивается рефлекс (1): 1) карпорадиальный 2) с сухожилия двуглавой мышцы 3) с сухожилия трехглавой мышцы 4) лопаточный 5) Тремнера	**2**	**ТК**, ПА
85.. Синдромы при компрессии корешков конского хвоста (3): 1) периферический парез проксимальных отделов ног 2) периферический парез стоп 3) “седловидный” тип нарушения чувствительности 4) тазовые нарушения 5) Броун-Секара	**2,3,4**	**ТК**, ПА
86. Причины поражения передних рогов спинного мозга (3): 1) хроническая ишемия спинного мозга 2) острые нарушения спинального кровообращения 3) боковой амиотрофический склероз 4) полиомиелит 5) спинальная амиотрофия	**3,4,5**	**ТК**, ПА
87. Причины поражения задних рогов спинного мозга (2): 1) хроническая ишемия спинного мозга 2) кровоизлияние в спинной мозг (гематомиелия) 3) боковой амиотрофический склероз 4) сирингомиелия	**2,4**	**ТК**, ПА,

5) спинальная амиотрофия		
88. **Причины поражения боковых канатиков спинного мозга (2):** 1) полиомиелит 2) опоясывающий герпес 3) рассеянный склероз 4) опухоль спинного мозга 5) лобно-височная дегенерация	**3,4**	**ТК**, ПА
89. **Синдром поражения половины поперечника спинного мозга (1):** 1) Бенедикта 2) Вебера 3) Фовилля 4) Броун-Секара 5) Валленберга-Захарченко	**4**	**ТК**, ПА
90. **Точную локализацию поражения поперечника спинного мозга можно установить путем анализа нарушений (1):** 1) двигательных функций 2) болевой чувствительности 3) вибрационной чувствительности 4) мышечно-суставного чувства 5) тазовых функций	**2**	**ТК**
91. **В острой стадии («спинальный шок») травматического поражения поперечника спинного мозга на шейном уровне наблюдаются (3):** 1) нижний парапарез 2) мышечная гипотония 3) спастичность 4) проводниковый тип нарушения чувствительности 5) нарушение тазовых функций	**2,4,5**	**ТК**
92. **В острой стадии («спинальный шок») травматического поражения поперечника спинного мозга на грудном уровне наблюдаются (3):** 1) тетрапарапарез 2) снижение сухожильных рефлексов в ногах 3) мышечная гипотония 4) сегментарно-корешковый тип нарушения чувствительности 5) нарушение тазовых функций	**2,3,5**	**ТК**
93. **После острой стадии травматического поражения поперечника спинного мозга на грудном уровне постепенно (2):** 1) нарастает степень пареза 2) нарастает выраженность чувствительных нарушений 3) нарастает степень тазовых нарушений 4) усиливаются коленный и ахиллов рефлексы 5) нарастает спастичность в ногах	**4,5**	**ТК**
94. **При травматическом поражении поперечника спинного мозга летальный исход наступает при локализации на уровне (1):** 1) верхнем шейном 2) нижнем шейном 3) грудном 4) поясничном 5) крестцовом	**1**	**ТК**, ПА
95. **Причины поражения задних корешков спинного мозга (2):** 1) сирингомиелия 2) спинальная амиотрофия 3) рассеянный склероз 4) экстрамедулярная опухоль 5) грыжи межпозвонковых дисков	**4,5**	**ТК**, ПА
96. **Симптомы поражения пятого поясничного корешка (1):** 1) боли и утрата чувствительности по передней поверхности бедра и голени 2) утрата коленного рефлекса 3) утрата ахиллова рефлекса 4) слабость разгибателей стопы и пальцев 5) отечность стопы	**4**	**ТК**
97. **Симптомы поражения первого крестцового корешка (3):** 1) боли и утрата чувствительности по задней поверхности бедра и голени,	**1,3,4**	**ТК**, ПА

внутренней поверхности тыла стопы и II-Y пальцев 2) утрата коленного рефлекса 3) утрата ахиллова рефлекса 4) слабость сгибателей стопы и пальцев 5) цианоз пальцев стопы		
98. **Причины поражения корешков конского хвоста (2):** 1) опухоль 2) гематомиелия 3) спинальный инсульт 4) выпадение межпозвонкового диска 5) грыжи Шморля	**1,4**	**ТК**, ПА
99. **При поражении верхнего отдела плечевого сплетения возможен парез мышц (3):** 1) дельтовидной 2) двуглавой 3) плечевой 4) разгибателей кисти 5) разгибателей пальцев кисти	**1,2,3**	**ТК**
100. **При поражении нижнего отдела плечевого сплетения возможен парез мышц (2):** 1) двуглавой 2) трехглавой 3) плечелучевой 4) сгибателей кисти 5) мелких мышц кисти	**4,5**	**ТК**

Раздел дисциплины (тема): Периферические вегетативные расстройства. Нейрогенные нарушения функции тазовых органов (Тема 6).

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения
1. Основные функции вегетативной нервной системы: (1) 1) Поддержание гомеостаза 2) Обеспечение движений 3) Обеспечение перцепции **4)** Обеспечение психической деятельности	1	ТК, ПА
2. К сегментарной вегетативной нервной системе относят: (3) 1) Периферические нервы и сплетения 2) Передние рога спинного мозга 3) Задние рога спинного мозга 4) Боковые рога спинного мозга **5)** Ядра вегетативных нервов в стволе мозга	1,4,5	ТК, ПА
2. К надсегментарной вегетативной нервной системе относят: (4) 1) Гипоталамус 2) Лимбическая система 3) Ассоциативные зоны коры 4) Постцентральная извилина **5)** Стволовая ретикулярная формация	1,2,3,5	ТК, ПА

3. Сегментарные отделы вегетативной нервной системы локализуются в: (2) 1) гипоталамусе 2) стволе головного мозга 3) боковых рогах поясничного отдела спинного мозга 4) боковых рогах верхнего шейного отдела спинного мозга **5)** боковых рогах грудного отдела спинного мозга	3,5	ТК, ПА
4. Симпатическая нервная система в спинном мозге представлена в отделе: (2) 1) грудном 2) верхнем шейном 3) верхнем поясничном 4) нижнем поясничном **5)** крестцовом	1,3	ТК, ПА
5. Нейроны парасимпатической вегетативной нервной системы находятся в (2): 1) больших полушариях головного мозга 2) стволе головного мозга 3) шейном отделе спинного мозга 4) поясничном отделе спинного мозга 5) крестцовом отделе спинного мозга	2,5	ТК
6. Парасимпатическая нервная система представлена: (2) 1) Ядрами глазодвигательного, лицевого, языкоглоточного и блуждающего нервов в стволе 2) В шейном отделе спинного мозга 3) В верхнем поясничном отделе спинного мозга 4) В нижнем поясничном отделе спинного мозга **5)** В крестцовом отделе спинного мозга	1,5	ТК
7. Парасимпатическая нервная система участвует в иннервации (3): 1) Зрачка 2) Желудка 3) Потовых желез 4) Артерий 5) Кишечника	1,2,5	ТК
8. Симпатическая нервная система участвует в иннервации (3): 1) Слезных желез 2) Желез носоглотки 3) Бронхов 4) Желудка 5) Сердца	3,4,5	ТК
9. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне (1): **1)** C1-C4 **2)** C5-C7 **3)** C8-Th1 **4)** Th2-Th4 **5)** Th5-Th7	3	ТК, ПА

10. Основной нейромедиатор постганглионарных образований симпатической нервной системы: (1) 1) Ацетилхолин 2) Дофамин 3) Серотонин 4) Норадреналин **5)** Гистамин	4	ТК, ПА
11. Основной нейромедиатор постганглионарных образований парасимпатической нервной системы: (1) 1) Ацетилхолин 2) Дофамин 3) Серотонин 4) Норадреналин **5)** Гистамин	1	ТК, ПА
12. Преганглионарные волокна симпатической нервной системы начинаются в: (1) 1) передних рогах C8-Th2 сегментов 2) боковых рогах S2-S4 сегментов 3) передних рогах L5-S1 сегментов 4) боковых рогах Th1-L2 сегментов **5)** задних рогах Th1-L2 сегментов	4	ТК
13. Постганглионарные волокна звездчатого ганглия иннервируют: (1) 1) Бассейн сонной артерии 2) Бассейн позвоночной артерии 3) Грудную аорту 4) Бедренную артерию **5)** Брюшную аорту	2	ТК
14. Поражение симпатического отдела вызывает: (1) 1) Сужение сосудов 2) Расширение бронхов 3) Тахикардию 4) Повышение потоотделения **5)** Сужение зрачка	5	ТК
15. Минимальное снижение систолического артериального давления, при котором диагностируется ортостатическая гипотензия (мм рт.ст.): (1) 1) 5 2) 15 3) 25 4) 35 **5)** 45	3	ТК
16. Признаки поражения симпатического отдела нервной системы: (2) 1) Расширение зрачка 2) Расширение сосудов 3) Расширение бронхов 4) Тахикардия **5)** Энурез	2,3	ТК, ПА
17. Активация симпатической нервной системы вызывает (3): 1) повышение артериального давления 2) учащение частоты сердечных сокращений 3) сужение бронхов 4) усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта 5) ослабление потоотделения	1,2.5	ТК, ПА

18. Поражение парасимпатического отдела вызывает: (3) 1) Потоотделение 2) Пилоэрекцию 3) Тахикардию 4) Расширение сосудов **5)** Сужение зрачка	1,2,3	ТК
19. Нейролептический злокачественный синдром обычно вызван приемом: (1) 1) Антидепрессантов 2) Антипсихотиков 3) Анксиолитиков 4) Бета-адреноблокаторов **5)** Блокаторов кальциевых каналов	2	ТК
20. Признаки поражения парасимпатического отдела вызывает: (3) 1) Сужение зрачка 2) Сужение сосудов 3) Расширение бронхов 4) Замедление частоты сердечных сокращений **5)** Мидриаз	2,3,5	ТК
21. Признаки нейролептического злокачественного синдрома: (3) 1) Гипотермия 2) Брадикардия 3) Гипокинезия 4) Мышечная ригидность **5)** Гипергидроз	3,4,5	ТК
22. Активация парасимпатической нервной системы вызывает (2): 1) Замедление частоты сердечных сокращений 2) Повышение артериального давления 3) Усиление перистальтики желудочно-кишечного тракта 4) Усиление деятельности слезных желез 5) Усиление деятельности слюнных желез	1,3	ТК, ПА
23. Синдром Горнера: (3) 1. Миоз 2. Мидриаз 3. Экзофтальм 4. Энофтальм **5.** Птоз	1,4,5	ТК, ПА
24. Синдром Горнера включает (3): 1) сужение глазной щели 2) слезотечение 3) сухость глаза 4) сужение зрачка 5) западение глазного яблока	1,4,5	ТК, ПА
24. Синдром Горнера возникает при поражении: (2) 1) Крестцовых сегментов спинного мозга 2) Ядер блуждающего нерва 3) Цилиоспинального центра 4) Симпатического ствола **5)** Ядер глазодвигательного нерва	3,4	ТК, ПА
26. Синдром Горнера может возникнуть при поражении (3): 1) Продолговатого мозга 2) Верхнего шейного отдела спинного мозга 3) Внутренней сонной артерии 4) Верхушки легкого 5) Зрительного бугра	1,3.4	ТК, ПА

27. Под синдромом вегетативной дистонии понимают: (1) 1) Нарушения регуляции артериального давления 2) Астенические расстройства в молодом возрасте 3) Нарушения в пределах сердечно-сосудистой системы 4) Полисистемные вегетативные нарушения функционального характера **5)** Нарушения в системе терморегуляции	4	ТК
28. Для вегетативной дистонии характерно: (1) 1) Поражение преимущественно сердечно-сосудистой системы 2) Поражение преимущественно дыхательной системы 3) Поражение преимущественно системы терморегуляции 4) Изменения в психической сфере **5)** Полисистемные нарушения	5	ТК
29. Причины периферической вегетативной недостаточности (2): 1) Диабетическая полиневропатия 2) Алкогольная полиневропатия 3) Ишемический инсульт 4) Болезнь Меньера	1,2	ТК, ПА
30. Признаки периферической вегетативной недостаточности: (1) 1) Желтуха 2) Боль в груди 3) Осиплость голоса 4) Запоры **5)** Тики	4	ТК, ПА
31. Проявления периферической вегетативной недостаточности: (2) 1) Ортостатическая гипотензия 2) Тахикардия в покое 3) Боль в груди 4) Боли в конечностях **5)** Боли в спине	1,2	ТК, ПА
32. Признаки периферической вегетативной недостаточности: (2) 1) Пресбиопия 2) Импотенция 3) Гипогидроз 4) Брадикардия 5) Артериальная гипертензия	2,3	ТК, ПА
33. Проявления периферической вегетативной недостаточности: (2) 1) Дисфония 2) Нарушения глотания 3) Тахикардия в покое 4) Парезы ног 5) Ортостатическая гипотензия	3,5	ТК, ПА
34. Для периферической вегетативной недостаточности характерны (3): 1) Обмороки 2) Патологическая мышечная утомляемость 3) Импотенция 4) Общая слабость 5) Снижение массы тела	1,3.4	ТК, ПА

35. **В основе первичной периферической вегетативной недостаточности лежит: (1)** 1) Инфекционное поражение 2) Нарушение кровообращения в спинном мозге 3) Демиелинизирующий процесс 4) Дегенерация вегетативных нейронов **5)** Травматическое повреждение периферических нервов	4	ТК
36. **Методы исследований, подтверждающие наличие синдрома периферической вегетативной недостаточности (1):** 1) рентгеновская компьютерная томография головного мозга 2) магнитно-резонансная томография спинного мозга 3) электроэнцефалография 4) игольчатая электромиография 5) ортостатическая проба	5	ТК
37. **Синдром постуральной ортостатической тахикардии устанавливается, если частоты пульса увеличивается при переходе в вертикальное положение на (ударов в минуту): (1)** 1) 5 2) 10 3) 15 4) 20 5) 30	5	ТК
38. **Ортостатическая гипотензия наиболее часто возникает при: (1)** 1) Длительной ходьбе 2) Длительном нахождении в стоячем положении 3) Длительном нахождении в сидячем положении 4) Переходе из вертикального положения в горизонтальное **5)** Переходе из горизонтального положения в вертикальное	5	ТК, ПА
39. **Симптомы ортостатической гипотензии: (3)** 1) Головная боль 2) Тошнота 3) Несистемное головокружение 4) Слабость **5)** Потемнение в глазах	3,4,5	ТК, ПА
40. **Признаки ортостатической гипотензии: (2)** 1) Повышение артериального давления 2) Психосенсорный припадок 3) Потеря сознания 4) Нитевидный пульс **5)** Боли в животе	3,4	ТК
41. **Лечение ортостатической гипотензии (2):** 1) антигипертензивные средства 2) симпатомиметики 3) увеличение потребления жидкости 4) уменьшение потребления поваренной соли 5) миорелаксанты	2.3	ТК
42. **Предрасполагающие к ортостатической интолерантности факторы: (3)** 1) резкие колебания окружающей температуры 2) прием большого количества жидкости 3) дегидратация 4) прием сосудорасширяющих средств **5)** прием гипотензивных средств	3,4,5	ТК

43.	**Феномен Рейно характеризуется: (2)** Сердечной аритмией Повышением артериального давления Побледнением дистальных отделов конечностей Похолоданием дистальных отделов конечностей Болями в проксимальных отделах конечностей	3,4	ТК, ПА
44.	**Для коррекции ортостатической интолерантности используют: (3)** Постельный режим Ограничение жидкости Ограничение приема диуретиков Контроль приема антигипертензивных средств Увеличение потребления поваренной соли	3,4.5	ТК
45.	**Феномен Рейно бывает (1)** Исключительно аутоиммунной природы Исключительно инфекционной природы Исключительно как осложнения лекарственной терапии Исключительно вследствие нейродегенеративного процесса Первичным или вторичным	5	ТК
46.	**Лечение болезни Рейно: (2)** Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента Бета-адреноблокаторы Блокаторы кальциевых каналов Агонисты дофаминовых рецепторов Ацетилсалициловая кислота	3,5	ТК
47.	**Признаки панической атаки: (4)** Нарушения зрения Сердцебиение Перебои в сердце Озноб Страх смерти	2, 3, 4, 5	ТК, ПА
48.	**Типичные признаки панической атаки: (3)** Нарушение сознания Боли в спине Ознобоподобный гиперкинез Страх смерти Дереализация	3,4,5	ТК, ПА
49.	**Лечение панических атак: (3)** Вазоактивные препараты Ноотропные средства Анксиолитики Антидепрессанты Психотерапия	3,4,5	ТК, ПА
50.	**Эритромелалгия характеризуется: (2)** Повышением артериального давления Снижением уровня сахара в крови Сильными болями в конечностях Покраснением и чувством жара в конечностях Головной болью	3, 4	ТК
51.	**Гипергидроз может быть проявлением: (4)** Поражения симпатической нервной системы Поражения парасимпатической нервной системы Эндокринного заболевания Хронического инфекционного заболевания Эмоционального стресса	2,3,4,5	ТК

52.	**Фокальный гипергидроз чаще встречается при: (2)** 1) Поражении больших полушарий головного мозга 2) Поражении гипоталамуса 3) Поражении парасимпатической нервной системы 4) Поражении симпатической нервной системы **5)** Неврозах	4, 5	ТК
53.	**Генерализованный гипергидроз чаще встречается при: (2)** 1) опухолях головного мозга 2) патологическом климаксе 3) паркинсонизме 4) рассеянном склерозе **5)** тревожных расстройствах	2,5	ТК
54.	**Для объективной оценки локализации и степени гипергидроза используют пробу: (1)** 1) Ширмера 2) с атропином 3) с диакарбом 4) Ашнера 5) Минора	5	ТК
55.	**Лечение фокального гипергидроза: (1)** 1) Антибиотики 2) Ноотропные средства 3) Тиамин **4)** Пиридоксин **5)** Инъекции ботулинического токсина	5	ТК, ПА
56.	**Лечение генерализованного гипергидроза: (3)** 1) Антидепрессанты 2) Нейролептики 3) Психотерапия 4) Массаж **5)** Сосудорасширяющие средства	1,2,3	ТК
57.	**Для объективной оценки слезоотделения используют тест: (1)** 1) Ашнера 2) Вальсальвы 3) с атропином 4) Минора **5)** Ширмера	5	ТК
58.	**Синдром Эйди – это: (2)** 1) Тоническое расширение зрачков 2) Сужение зрачков 3) Отсутствие реакции зрачков на свет 4) Отсутствие реакции зрачков на конвергенцию **5)** Сходящееся косоглазие	1,4	ТК, ПА
59.	**Синдром Эйди сочетается с: (3)** 1) Повышением мышечного тонуса 2) Мозжечковой атаксией 3) Снижением сухожильных рефлексов с ног 4) Ангидрозом **5)** Гипертермией	3, 4, 5	ТК, ПА
60.	**Синдром Эйди развивается вследствие поражения: (1)** 1) Преганглионарных симпатических волокон 2) Постганглионарных симпатических волокон 3) Преганглинарных парасимпатических волокон 4) Постганглионарных парасимпатических волокон **5)** Надсегментарной вегетативной нервной системы	4	ТК, ПА

61.	**Эпифора – это: (1)** 1) Сухость глаз 2) Слезотечение 3) Сухость слизистой носа 4) Сухость слизистой полости рта **5)** Избыточное потоотделение на лбу	2	ТК
62.	**Ксерофтальмия – это: (1)** 1) Сухость глаз 2) Слезотечение 3) Сухость слизистой носа 4) Сухость слизистой полости рта **5)** Избыточное потоотделение на лбу	1	ТК, ПА
63.	**Гиполакримия сопровождается: (3)** 1) Блефароспазмом 2) Непереносимостью яркого света 3) Частыми конъюнктивитами 4) Болью в глазу **5)** Нарушением остроты зрения	1,2,3	ТК
64.	**Ксеростомия проявляется: (3)** 1) Нарушением дыхания 2) Сухостью во рту 3) Нарушением проглатывания пищи 4) Нарушением вкуса **5)** Нарушением обоняния	2.3,4	ТК
65.	**Гипосаливация наблюдается при: (2)** 1) Поражении парасимпатических волокон языкоглоточного нерва 2) Поражении звездчатого ганглия 3) Поражении промежуточного нерва 4) Поражении лицевого нерва **5)** Поражении крылонебного ганглия	1.3	ТК
66.	**Комплексный регионарный болевой синдром характеризуется: (1)** 1) Головокружением 2) Атаксией 3) Вегетативными расстройствами в конечностях 4) Болями в животе **5)** Болями в нижней части спины	3	ТК
67.	**Для вегетативных расстройств при комплексном регионарном болевом синдроме характерно: (3)** 1) Нарушение перистальтики кишечника 2) Нарушения терморегуляции 3) Локальные нарушения потоотделения 4) Локальные изменение окраски и температуры кожи **5)** Локальные трофические изменения	3, 4, 5	ТК
68.	**Причины комплексного регионарного болевого синдрома: (4)** 1) Перелом конечностей 2) Физическое перенапряжение 3) Травма периферических нервов 4) Длительная иммобилизация во время операции **5)** Компрессия периферических нервов	1,3,4,5	ТК
69.	**Лечение комплексного регионарного болевого синдрома: (2)** 1) Сосудорасширяющие средства 2) Антагонисты кальциевых каналов 3) Антидепрессанты 4) Антиконвульсанты **5)** Простые анальгетики	3, 4	ТК

70.	**Лечение вегетативных нарушений при соматоформных расстройствах: (4)**	1,3,4,5	ТК
1)	Бета-адреноблокаторы		
2)	Диуретики		
3)	Антидепрессанты		
4)	Транквилизаторы		
5)	Психотерапия		
71.	**В норме мочеиспускание осуществляется при (3):**	1,2,3	ТК, ПА
1)	Сокращении детрузора		
2)	Расслаблении внутреннего сфинктера		
3)	Расслаблении наружного сфинктера		
4)	Сокращении ягодичных мышц		
5)	Сокращении грушевидной мышцы		
72.	**Нейрогенная регуляция мочевого пузыря осуществляется (1):**	5	ТК, ПА
1)	Исключительно парасимпатической нервной системой		
2)	Исключительно симпатической нервной системой		
3)	Только соматической нервной системой		
4)	Только вегетативной нервной системой		
5)	Соматической, симпатической и парасимпатической нервной системами		
73.	**В головном мозге центр мочеиспускания расположен в (1):**	3	ТК
1)	прецентральной извилине		
2)	постцентральной извилине		
3)	парацентральной дольке		
4)	зрительном бугре		
5)	гипоталамусе		
74.	**Детрузор – это (1):**	5	ТК, ПА
1)	Увеличение мочевого пузыря		
2)	Слабость сфинктера мочевого пузыря		
3)	Остаточная моча в мочевом пузыре		
4)	Задержка мочеиспускания		
5)	Мышечная оболочка мочевого пузыря		
75.	**Мочеиспускание при парасимпатической стимуляции обеспечивается (1):**	1	ТК
1)	Сокращением детрузора и расслаблением сфинктера		
2)	Сокращением сфинктера и расслаблением детрузора		
3)	Расслаблением сфинктера и детрузора		
4)	Сокращением сфинктера и детрузора		
5)	Сокращением только детрузора		
76.	**Торможение мочеиспускание при симпатической стимуляции обеспечивается: (1)**	2	ТК
1)	сокращением детрузора и расслаблением сфинктера		
2)	сокращением сфинктера и расслаблением детрузора		
3)	расслаблением сфинктера и детрузора		
4)	сокращением сфинктера и детрузора		
5)	сокращением только детрузора		
77.	**Спинальный парасимпатический центр мочеиспускания находится в: (1)**	3	ТК, ПА
1)	передних рогах спинного мозга на уровне L5-S1		
2)	боковых рогах спинного мозга на уровне L5-S1		
3)	боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов S2-S4		
4)	передних рогах на уровне сегментов S2-S4		
5)	боковых рогах на уровне сегментов L1-L2		

78.	**Симпатическую иннервацию мочевого пузыря осуществляют волокна от: (1)** 1) Передних рогов сегментов S2-S4 2) Передних рогов сегментов L1-L2 3) Боковых рогов сегментов S2-S4 4) Боковых рогов сегментов L3-L4 **5)** Боковых рогов сегментов T11-T12 и L1-L2	5	ТК, ПА
79.	**Соматическую иннервацию мочевого пузыря осуществляют волокна от: (1)** 1) Боковых рогов сегментов S2-S4 2) Боковых рогов сегментов L1-L2 3) Передних рогов сегментов S2-S4 4) Передних рогов сегментов T11-T12 и L1-L2 **5)** Передних рогов сегментов L1-L2	3	ТК, ПА
80.	**Центр Онуфа образован нейронами: (1)** 1) боковых рогов сегментов S2-S4 2) передних рогов сегментов S2-S4 3) задних рогов сегментов S2-S4 4) передних рогов сегментов L1-L2 **5)** задних рогов сегментов L1-L2	2	ТК
81.	**Корковый двигательный центр мочеиспускания локализируется в: (1)** 1) постцентральной извилине 2) парацентральной дольке 3) передней центральной извилине 4) затылочной доле **5)** нижней височной доле	2	ТК
82.	**Супраспинальный контролирующий центр мочеиспускания располагается в: (1)** 1) гипоталамусе 2) варолиевом мосту 3) таламусе 4) продолговатом мозге **5)** мозжечке	2	ТК
83.	**Двустороннее поражение лобных долей вызывает: (2)** 1) Утрату ощущения прохождения мочи 2) Задержку мочеиспускания 3) Поведенческие расстройства контроля актом мочеиспускания 4) Императивные позывы или недержание мочи **5)** Учащенное мочеиспускание	3,4	ТК
84.	**Императивные позывы к мочеиспусканию – это: (1)** 1) Внезапный, непреодолимый посыл к мочеиспусканию и невозможность контролировать процесс опорожнения мочевого пузыря 2) Учащенное мочеиспускание малыми порциями 3) Боли при мочеиспускании 4) Отсутствие ощущения прохождения мочи **5)** Ложные позывы на мочеиспускание	1	ТК, ПА
85.	**Нейрогенные нарушения мочеиспускания характерны для поражения (1):** 1) височной доли 2) теменной доли 3) затылочной доли 4) мозжечка 5) спинного мозга	5	ТК, ПА

86. Нейрогенный мочевой пузырь может проявляться: (4) 1) Императивными позывами на мочеиспускание 2) Недержанием мочи 3) Болезненным мочеиспусканием 4) Периодическим недержанием мочи **5)** Полной задержки мочи	1,2,4,5	ТК
87. Для нейрогенных нарушений мочеиспускания характерны (3): 1) боли при мочеиспускании 2) императивные позывы на мочеиспускание 3) истинное недержание мочи 4) воспалительные изменения в анализах мочи 5) отсутствие ощущения прохождения мочи	2,3,5	ТК
88. Причины нейрогенного мочевого пузыря: (4) 1) воспалительные заболевания мочеполовой системы 2) травма спинного мозга 3) спинальный инсульт 4) опухоль спинного мозга **5)** рассеянный склероз	2,3,4,5	ТК
89. Детрузорно-сфинктерная диссинергия проявляется: (2) 1) Ложными позывами на мочеиспускание 2) Императивными позывами на мочеиспускание 3) Болезненным мочеиспусканием 4) Недержанием мочи **5)** Отсутствием ощущения прохождения мочи	1,2	ТК
90. Арефлексия детрузора мочевого пузыря возникает при поражении (1): 1) ствола головного мозга 2) шейного отдела спинного мозга 3) грудного отдела спинного мозга 4) поясничного отдела спинного мозга 5) крестцового отдела спинного мозга	5	ТК, ПА
91. Парадоксальная ишурия – это: (1) 1) Отсутствие позывов на мочеиспускание 2) Болезненное мочеиспускание 3) Выделение мочи по каплям при полном мочевом пузыре 4) Учащенное мочеиспускание **5)** Отсутствие ощущения прохождения мочи	3	ТК
92. Парадоксальная ишурия характерна для поражения (2): 1) лобной доли 2) варолиева моста 3) продолговатого мозга 4) крестцового отдела спинного мозга 5) корешков конского хвоста	4.5	ТК
93. Поражения конского хвоста проявляются: (3) 1) Учащенным мочеиспусканием 2) Неполным опорожнением мочевого пузыря 3) Парадоксальной ишурией 4) Нарушением чувствительности в аногенитальной зоне **5)** Поведенческими нарушениями контроля над мочеиспусканием	2,3,4	ТК

94.	**Стрессовое недержание мочеиспускания проявляется: (2)**	4,5	ТК
1)	Постоянным выделением мочи по каплям		
2)	Ночным недержанием мочи		
3)	Поведенческими нарушениями контроля над мочеиспусканием		
4)	Небольшим выделением мочи при кашле, чихании		
5)	Непроизвольным выделением мочи при физическом напряжении		
95.	**Синдром гиперактивности мочевого пузыря проявляется: (3)**	1,3,4	ТК
1)	Императивными позывами на мочеиспускание		
2)	Болезненным мочеиспусканием		
3)	Никтурией		
4)	Учащенным мочеиспусканием		
5)	Парадоксальной ишурией		
96.	**Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно: (2)**	1,5	ТК
1)	Нормальный тонус мочевого пузыря		
2)	Непроизвольное начало мочеиспускания		
3)	Большое количество остаточной мочи		
4)	Наличие инфекции мочеполовой системы		
5)	Позывы на мочеиспускание при умеренном накоплении мочи		
97.	**При рефлекторном мочевом пузыре: (3)**	1,3,4	ТК
1)	Тонус мочевого пузыря повышен		
2)	Позывы отсутствуют		
3)	Начало мочеиспускание неконтролируемое		
4)	Объем мочевого пузыря уменьшен		
5)	Большое количество остаточной мочи		
98.	**При арефлекторном мочевом пузыре: (3)**	2,4,5	ТК
1)	Тонус мочевого пузыря повышен		
2)	Позывы на мочеиспускание отсутствуют		
3)	Объем мочевого пузыря уменьшен		
4)	Большое количество остаточной мочи		
5)	Часто присоединяются инфекции		
99.	**Для установления нейрогенной природы расстройства мочеиспускания необходимо: (3)**	1,2,3	ТК
1)	Наличие верифицированного неврологического заболевания		
2)	Исключение психогенного расстройства мочеиспускания		
3)	Соотношение во времени появления расстройств мочеиспускания с двигательными, когнитивными, зрительными и др. неврологическими симптомами		
4)	Наличие изменения в общем анализе мочи		
5)	Наличие изменений в общем анализе крови		
100.	**Нарушения мочеиспускания при болезни Паркинсона характеризуются: (3)**	1,2,3	ТК
1)	Учащенным мочеиспусканием		
2)	Недержанием мочи		
3)	Сочетанием учащенного мочеиспускания и недержания мочи		
4)	Болезненностью при мочеиспускании		
5)	Задержкой мочи		
101.	**Нарушения мочеиспускания при болезни Альцгеймера характеризуются: (1)**	4	ТК
1)	Императивными позывами на мочеиспускание		
2)	Болезненным мочеиспусканием		
3)	Никтурией		
4)	Утратой контроля над актом мочеиспускания		
5)	Парадоксальной ишурией		

102. Ортостатическая проба в норме: (3) 1) Отсутствие изменений артериального давления и пульса 2) Снижение систолического артериального давления на 10 мм рт. ст. 3) Снижение диастолического артериального давления на 25 мм рт. ст . 4) Увеличение частоты сердечных сокращений на 10 ударов в минуту 5) Увеличение частоты сердечных сокращений на 30 ударов в минуту	1,2,4	ТК
103. Ночной энурез характеризуется: (1) 1) Нарушением чувствительности в аногенитальной области 2) Непроизвольным мочеиспусканием во время сна 3) Болезненным мочеиспусканием 4) Никтурией **5)** Парадоксальной ишурией	2	ТК, ПА
104. Лечение гипорефлексии детрузора: (2) 1) Сосудорасширяющие средства 2) Холиномиметики 3) Антихолинэстеразные средства 4) Нестероидные противовоспалительные средства **5)** Бета-адреноблокаторы	2,3	ТК
105. Лечение задержки мочи при спазме сфинктеров: (2) 1) Сосудорасширяющие средства 2) Холиномиметики 3) Миорелаксанты 4) Катетеризация мочевого пузыря **5)** Бета-адреноблокаторы	3,4	ТК
106. Лечение при гиперрефлексии детрузора: (2) 1) Антихолинергические средства (дриптан, детрузитол) 2) Сосудорасширяющие средства 3) Мелипрамин 4) Антиконвульсанты **5)** Агонисты дофаминовых рецепторов	1,3	ТК
107. Спинальные центры регуляции дефекации расположены на уровне: (1) 1)Th8-Th12 2) L1-L2 3) L3-L4 4) L5-S1 5) S2-S4	5	ТК
108. Расстройства дефекации при поражении спинальных структур сопровождаются: (3) 1) Невозможностью произвольной дефекации 2) Болями при дефекации 3) Тошнотой 4) Выпадением анального рефлекса **5)** Отсутствием перистальтики	1,4,5	ТК

109. Соматическая иннервация дефекации осуществляется из центра Онуфа, расположенного в: (1) 1) боковых рогах сегментов S2-S4 2) передних рогах сегментов S2-S4 3) задних рогах сегментов S2-S4 4) передних рогах сегментов L1-L2 **5)** задних рогах сегментов L1-L2	2	ТК
110. Лечение ночного энуреза у детей включает: (2) 1) Ограничение приема жидкости 2) Психотерапию 3) Витамины группы В 4) Ноотропные средства **5)** Вазоактивные препараты	1,2	ТК, ПА

Шифр и наименование компетенции

-способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК-4);

Раздел дисциплины (тема): Поражение зрительного и обонятельного нервов. Синдромы поражения внутренней капсулы и зрительного бугра. (Тема 7).

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1.Для поражения зрительного нерва характерно (1): 1. снижение зрения на один глаз 2. двоение 3. гемианопсия 4. зрительные галлюцинации	1	ТК, ПА
2. Развитие гемианопсии возможно при поражении(3): 1. зрительного нерва 2. зрительного бугра 3. внутренней капсулы 4. затылочной доли	2,3,4.	ТК ПА
3. Выпадение наружных полей зрения характерно для поражения зрительных путей на уровне (1): 1. зрительного нерва 2. затылочной доли 3. зрительного бугра 4. внутренней капсулы 5. хиазмы	5	ТК, ПА
4.При поражении шпорной борозды возникает (1): 1. снижение зрения на один глаз 2. нарушение цветового восприятия 3. двоение 4. гомонимная гемианопсия 5. битемпоральная гемианопсия	4	ТК, ПА
5. При поражении хиазмы возникает (1): 1. снижение зрения на один глаз 2. нарушение цветового восприятия 3. двоение 4. биназальная гемианопсия 5. битемпоральная гемианопсия	5	ТК, ПА
6.При поражении зрительного бугра возникает (1):	4	ТК, ПА

1. снижение зрения на один глаз 2. нарушение цветового восприятия 3. двоение 4. гомонимная гемианопсия 5. битемпоральная гемианопсия		
7.Сочетание гемианопсии, гемипареза и гемигипестезиихарактерно для поражения (1): 1. внутренней капсулы 2. хиазмы 3. затылочной доли 4. зрительного нерва	1	ТК, ПА
8. Для поражения затылочной доли характерны (2): 1. снижение зрения на один глаз 2. гемианопсия 3. зрительные галлюцинации 4. двоение	2,3	ТК, ПА
9. Обонятельные галлюцинации возникают при поражении (1): 1. височной доли 2. луковицы обонятельного нерва 3. затылочной доли 4. зрительного бугра	1	ТК, ПА
10. При поражении височной доли возможны следующие зрительные нарушения (1): 1. снижение зрения на один глаз 2. выпадение наружных полей зрения 3. квадрантная гемианопсия 4. двоение	3	ТК
11.При поражении правой затылочной доли возникает (1): 1. левосторонняя гемианопсия 2. снижение зрения на правый глаз 3. битемпоральная гемианопсия 4. концентрическое сужение полей зрения	1	ТК, ПА
12. Зрительный нерв может поражаться при (4): 1. ишемии, вследствие закупорки ретинальной артерии 2. рассеянном склерозе 3. интоксикации метиловым спиртом 4. сдавлением опухолью затылочной доли 5. наследственным заболеванием (болезнь Либера)	1, 2, 3, 5	ТК, ПА
13. Концентрическое сужение полей зрения характерно для (1): 1. поражения зрительного нерва 2. поражения зрительного бугра 3. поражения хиазмы 4. поражения затылочной доли 5. отсутствия органического поражения структур мозга	5	ТК
14. Правосторонняя гемианопсия развивается при поражении (2): 1. зрительного бугра слева 2. внутренних отделов хиазмы 3. правого зрительного нерва 4. внутренней капсулы слева 5. левого зрительного нерва	1,4	ТК, ПА
15. Выпадение правого внутреннего поля зрения характерно для (1): 1. поражения наружных отделов хиазмы справа 2. поражения внутренних отделов хиазмы	1	ТК

3. поражения левого зрительного бугра 4. поражения внутренней капсулы слева		
16. Левосторонняя гомонимная гемианопсия развивается при поражении (1): 1. зрительного бугра справа 2. внутренних отделов хиазмы 3. правого зрительного нерва 4. внутренней капсулы слева 5. левого зрительного нерва	1	ТК, ПА
17. Нарушение обоняния (1): 1. аносмия 2. агевзия 3. амавроз 4. гипестезия	1	ТК, ПА
18. Снижение зрения на один глаз, боли в глазу, нарушение цветоощущения типично для поражения (1): 1. хиазмы 2. зрительного нерва 3. зрительного бугра 4. внутренней капсулы 5. затылочной доли	2	ТК, ПА
19. Левосторонняя гемианопсия типична для поражения (3): 1. правого зрительного бугра 2. правой внутренней капсулы 3. правой затылочной доли 4. левой затылочной доли 5. левого зрительного бугра	1,2,3	ТК, ПА
20. При поражении внутренней капсулы справа развивается (2): 1. левосторонняя гемианопсия 2. левосторонний гемипарез 3. правосторонняя гемианопсия 4. правосторонний гемипарез	1,2	ТК, ПА
21. При поражении внутренней капсулы слева развивается (2): 1. левосторонняя гемианопсия 2. правосторонняя гемианопсия 3. левосторонний гемипарез 4. правосторонний гемипарез	2,4	ТК, ПА
22. Выпадение наружных полей зрения типично для поражения (1): 1. внутренних отделов хиазмы 2. наружных отделов хиазмы 3. зрительного нерва 4. затылочной доли 5. зрительного бугра	1	ТК
23. Квадрантная гемианопсия характерна для поражения (1): 1. височной доли 2. затылочной доли 3. зрительного бугра 4. внутренней капсулы 5. зрительного нерва	1	ТК
24. Гомонимная гемианопсия характерна для поражения (3): 1. затылочной доли 2. зрительного бугра 3. внутренней капсулы	1,2,3	ТК, ПА

4. зрительного нерва		
25. Для поражения затылочной доли типично развитие (1): 1. гемипареза 2. гемианопсии 3. двоения 4. боли в орбитальной области	2	ТК, ПА
26. При поражении внутренней капсулы характерно развитие (3): 1. гемипареза 2. гемигипестезии 3. гемианопсии 4. двоения 5. снижения зрения на один глаз	1,2,3	ТК, ПА
27. Правосторонняя гемианопсия возникает при поражении (2): 1. зрительного нерва справа 2. зрительного нерва слева 3. внутренней капсулы слева 4. внутренней капсулы справа 5. затылочной доли левого полушария	3,5	ТК, ПА
28. Для поражения затылочной доли характерно (2): 1. снижение зрения на один глаз 2. двоение 3. гемианопсия 4. битемпоральная гемианопсия 5. зрительные галлюцинации	3,5	ТК, ПА
29. Для поражения зрительного бугра справа характерно развитие (3): 1. правосторонней гемианопсии 2. левосторонней гемианопсии 3. правосторонней гемиатаксии 4. левосторонней гемиатаксии 5. левосторонней гемигипестезии	2,4,5	ТК
30. Для поражения зрительного бугра слева характерно развитие (3): 1. правосторонней гемианопсии 2. левосторонней гемианопсии 3. правосторонней гемиатаксии 4. левосторонней гемиатаксии 5. правосторонней гемигипестезии 6. левосторонней гемигипестезии	1,3,5	ТК
31.Для поражения внутренней капсулы левого полушария характерно развитие (3): 1. правостороннего гемипареза 2. правосторонней гемигипестезии 3. правосторонней гемианопсии 4. левостороннего гемипареза 5. левосторонней гемигипестезии	1,2,3	ТК, ПА
32. Для поражения внутренней капсулы правого полушария характерно развитие (2): 1. правостороннего гемипареза 2. правосторонней гемигипестезии 3. правосторонней гемианопсии 4. левостороннего гемипареза 5. левосторонней гемигипестезии	4,5	ТК, ПА
33.Для поражения внутренней капсулы характерно развитие (4):	1,2,3,4	ТК, ПА

1. гемианопсии 2. гемигипестезии 3. гемипареза 4. позы Вернике-Манна 5. двоения		
34. При поражении зрительного бугра возможно развитие (4): 1. гемигипестезии 2. гемиатаксии 3. гомонимной гемианопсии 4. центральных болей 5. битемпоральной гемианопсии	1,2,3,4	ТК, ПА
35. При поражении зрительного бугра возможно развитие (3): 1. альтернирующего синдрома 2. гемигипестезии 3. гемиатаксии 4. гомонимной гемианопсии	2,3,4	ТК
36. Для поражения внутренней капсулы правого полушария характерно (3): 1. выпадение левых полей зрения 2. центральный гемипарез слева 3. гемигипестезия слева 4. выпадение правых полей зрения 5. центральный гемипарез справа	1,2,3	ТК, ПА
37. Для поражения внутренней капсулы левого полушария характерно (3): 1. выпадение левых полей зрения 2. выпадение правых полей зрения 3. центральный гемипарез слева 4. центральный гемипарез справа 5. гемигипестезия справа	2,4,5	ТК, ПА
38. Для поражения внутренней капсулы характерно развитие (3): 1. гемигипестезии 2. гемипареза 3. гомонимной гемианопсии 4. периферического пареза языка 5. периферического пареза мимических мышц	1,2,3	ТК, ПА
39. Сочетание гемипареза, гемигипестезии и гемианопсии справа типично для поражения в области (1): 1. моста 2. продолговатого мозга 3. зрительного бугра справа 4. зрительного бугра слева 5. внутренней капсулы справа	4	ТК, ПА
40. Сочетание гемипареза, гемигипестезии и гемианопсии слева типично для поражения в области (1): 1. моста 2. продолговатого мозга 3. зрительного бугра справа 4. зрительного бугра слева 5. внутренней капсулы справа	5	ТК, ПА
41. Сочетание гемиатаксии, гемигипестезии и гемианопсии слева типично для поражения в области (2): 1. моста 2. продолговатого мозга 3. зрительного бугра справа	3, 5	ТК, ПА

4. зрительного бугра слева 5. внутренней капсулы справа		
42. Сочетание гемиатаксии, гемигипестезии и гемианопсии справа типично для поражения в области (2): 1. внутренней капсулы справа 2. внутренней капсулы слева 3. моста 4. зрительного бугра справа 5. зрительного бугра слева	2,5	ТК, ПА
43.Для поражения правого зрительного нерва характерны (2): 1. снижение зрения на один глаз 2. битемпоральная гемианопсия 3. центральная скотома 4. гомонимная правосторонняя гемианопсия	1,3	ТК, ПА
44.Для поражения внутренних отделов хиазмы характерно (1): 1. биназальная гемианопсия 2. битемпоральная гемианопсия 3. снижение зрения на один глаз 4. гомонимная правосторонняя гемианопсия	2	ТК
45.Для поражения правой затылочной доли характерно (1): 1.биназальная гемианопсия 2.битемпоральная гемианопсия 3.гомонимная левосторонняя гемианопсия 4.гомонимная правосторонняя гемианопсия	3	ТК, ПА
46.Для поражения левого зрительного бугра характерно (1): 1. снижения зрения на левый глаз 2. выпадение наружных полей зрения на оба глаза 3. выпадение правых полей зрения 4. выпадение левых полей зрения	3	ТК, ПА
47.Для поражения наружных отделов хиазмы справа характерно (1): 1. выпадение внутреннего поля зрения правого глаза 2. выпадение наружного поля зрения правого глаза 3. выпадение полей зрения по типу правосторонней гемианопсии 4. выпадение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии	1	ТК
48. Для поражения зрительного нерва слева характерно (2): 1. снижение зрения на левый глаз 2. нарушение цветоощущения в левом глазу 3. выпадение левых полей зрения 4. снижение зрения на правом глазу	1,2	ТК, ПА
49.Для поражения шпорной борозды правой затылочной доли характерно (1): 1. снижения зрения на левый глаз 2. выпадение наружных полей зрения на оба глаза 3. выпадение правых полей зрения с сохранностью центрального зрения 4. выпадение левых полей зрения с сохранностью центрального зрения	4	ТК
50. Для поражения правого зрительного бугра характерно (1): 1. биназальная гемианопсия 2. битемпоральная гемианопсия 3. гомонимная левосторонняя гемианопсия 4. гомонимная правосторонняя гемианопсия	3	ТК, ПА

51. Для поражения левой затылочной доли характерно (1): 1. амблиопия левого глаза 2. амблиопия правого глаза 3. выпадение наружных полей зрения на оба глаза 4. выпадение правых полей зрения	4	ТК, ПА
52. Снижение зрения на правый глаз с нарушением цветоощущения характерно для поражения (1): 1. правой затылочной доли 2. левой затылочной доли 3. правого зрительно нерва 4. хиазмы 5. левого зрительного бугра	3	ТК, ПА
53. Гомонимная правосторонняя гемианопсия может развиться при поражении (2): 1. левого зрительного бугра 2. внутренних отделов хиазмы 3. наружных отделов хиазмы 4. левой затылочной доли 5. правого зрительного нерва	1,4	ТК, ПА
54. Выпадение обоих наружных полей зрения характерно для поражения (1): 1. зрительного нерва 2. шпорной борозды 3. хиазмы 4. зрительного бугра	3	ТК
55. Выпадение левых полей зрения характерно для поражения (1): 1. зрительного нерва 2. хиазмы 3. правого зрительного бугра 4. левого зрительного бугра	3	ТК, ПА
56. Верхнеквадрантная правосторонняя гемианопсия характерна для поражения (1): 1. правого зрительного нерва 2. правой затылочной доли 3. хиазмы 4. левой височной доли	4	ТК
57. Офтальмоскопическая картина в виде застойного диска правого зрительного нерва в сочетании с атрофией левого зрительного нерва характерна для (1): 1. объемного образования левой передней мозговой ямы 2. поражения правой затылочной области 3. сдавления внутренних отделов хиазмы 4. поражения левого зрительного бугра	1	ТК
58. Выпадение внутреннего (назального) поля зрения на левый глаз характерно для поражения (1): 1. поражения правого зрительного нерва 2. правого зрительного бугра 3. наружных отделов хиазмы слева 4. правой затылочной доли	3	ТК
59. Зрительные галлюцинации характерны для поражения (1): 1. зрительного нерва 2. хиазмы 3. коры затылочной доли 4. внутренней капсулы	3	ТК, ПА

60. Левосторонняя амблиопия характерна для поражения (1): 1. левого зрительного нерва 2. правого зрительного бугра 3. левого зрительного бугра 4. внутренних отделов хиазмы 5. левой затылочной доли	1	ТК, ПА
61. Для поражения внутренней капсулы справа характерно (1): 1. правосторонняя гемианопсия, гемипарез, гемигипестезия 2. левосторонняя гемианопсия, гемипарез, гемигипестезия 3. битемпоральная гемианопсия 4. биназальная гемианопсия	2	ТК, ПА
62. Левосторонняя гомонимная гемианопсия характерна для поражения (3): 1. внутренней капсулы слева 2. внутренней капсулы справа 3. правого зрительного бугра 4. правой затылочной доли 5. левой затылочной доли	2, 3,4	ТК, ПА
63. Выпадение правых полей зрения характерно для поражения (3): 1. правого зрительного нерва 2. внутренней капсулы слева 3. правой затылочной доли 4. левой затылочной доли 5. левого зрительного бугра	2,4,5	ТК, ПА
64. Резкое нарушение зрения в виде «пелены перед правым глазом» характерно для поражения (1): 1. правого зрительного нерва 2. левого зрительного бугра 3. Внутренней капсулы справа 4. Внутренних отделов хиазмы	1	ТК, ПА
65. При поражении зрительно нерва возникает (2): 1. снижение зрения на один глаз 2. гемианопсия ignorata 3. битемпоральнаягемианопсия 4. нарушение цветового восприятия 5. двоение	1,4	ТК, ПА
66. При поражении затылочной доли возникает (1): 1. битемпоральная гемианопсия 2. биназальная гемианопсия 3. двоение 4. гомонимная гемианопсия	4	ТК, ПА
67. Для поражения зрительного бугра характерно (2): 1. развитие альтернирующего синдрома 2. гемианопсия 3. гемигипестезия 4. псевдобульбарный синдром	2,3	ТК, ПА
68. Для поражения внутренней капсулы характерно (3): 1. гемигипестезия 2. гемианопсия 3. гемипарез 4. развитие альтернирующий синдром	1,2,3	ТК, ПА
69. Для поражения затылочной доли характерно развитие (1): 1. гемиплегии	2	ТК, ПА

2. гемианопсии 3. гемиатаксии 4. альтернирующего синдрома		
70. Гомонимная гемианопсия типична для поражения (2): 1. затылочной доли 2. хиазмы 3. зрительного нерва 4. внутренней капсулы	1,4	ТК, ПА
71. Битемпоральная гемианопсия типична для поражения (1): 1. затылочной доли 2. хиазмы 3. зрительного нерва 4. внутренней капсулы	2	ТК, ПА
72.Снижение зрения на один глаз, сопровождающиеся болями в орбитальной области типично для поражения (1): 1. затылочной доли 2. хиазмы 3. зрительного нерва 4. внутренней капсулы	3	ТК, ПА
73.Для поражения внутренней капсулы типично развитие (3): 1. битемпоральной гемианопсии 2. гомонимной гемианопсии 3. гемиплегии 4. гемигипестезии	2,3,4	ТК, ПА
74. Поражение затылочной доли правого полушария проявляется (1): 1. выпадением правых полей зрения 2. выпадением левых полей зрения 3. атаксией 4. снижением зрением на один глаз	2	ТК, ПА
75.Для поражения затылочной доли характерно (3): 1. нарушение зрачковых реакций 2. развитие гемиатаксии 3. развитие гемианопсии 4. развитие гемипареза	3	ТК, ПА
76. Выпадение наружных полей зрения типично для поражения (1): 1. зрительного нерва 2. хиазмы 3. зрительного тракта 4. затылочной доли	2	ТК
77. Для поражения зрительного нерва характерно (1): 1) гомонимная гемианопсия, 2) биназальная гемианопсия, 3) битемпоральная гемианопсия, 4) амблиопия или амавроз.	4	ТК, ПА
78. Гомонимная гемианопсия возникает при поражении (3): 1) затылочной доли, 2) зрительного тракта, 3) зрительного бугра, 4) зрительного нерва, 5) сетчатки глаза.	1, 2, 3	ТК, ПА
79. Биназальная гемианопсия возникает при поражении (1): 1) зрительного тракта, 2) хиазмы (зрительного перекреста), 3) внутренней капсулы,	2)	ТК

4) височной доли, 5) сетчатки глаза.		
80. Квадрантная гемианопсия характерна для поражения (1): 1) внутренней капсулы, 2) сетчатки глаза, 3) хиазмы (зрительно перекреста), 4) зрительного бугра, 5) височной доли.	5)	ТК
81. При поражении правого зрительного нерва утрачиваются (2): 1) прямая фотореакция справа, 2) содружественная фотореакция справа, 3) содружественная фотореакция слева, 4) прямая фотореакция слева.	1, 3	ТК, ПА
82. Содружественная фотореакция в левом глазу утрачивается при поражении (2): 1) правого зрительного нерва, 2) правого глазодвигательного нерва, 3) левого глазодвигательного нерва, 4) левого зрительного нерва, 5) правой височной доли.	1, 3	ТК, ПА
83. Правосторонний мидриаз может быть вызван поражением (1): 1) левого зрительного нерва, 2) левого глазодвигательного нерва, 3) правого зрительного нерва, 4) правого глазодвигательного нерва, 5) правого отводящего нерва	4	ТК, ПА
84. При поражении кавернозного синуса могут возникать (3): 1) мидриаз, 2) гомонимная гемианопсия, 3) снижение остроты зрения, 4) гетеронимная гемианопсия, 5) офтальмоплегия.	1, 3, 5	ТК
85. Для опухоли гипофиза характерно (1): 1) односторонняя слепота, 2) двусторонняя офтальмоплегия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) битемпоральная гемианопсия, 5) биназальная гемианопсия.	4	ТК, ПА
86. Кратковременная слепота на один глаз обычно вызвана поражением (1): 1) сетчатки глаза, 2)височной доли 3) хиазмы (зрительного перекреста), 4) зрительного бугра, 5) затылочной доли.	1	ТК
87. Синдром Аргайла Робертсона – это (2): 1) снижение остроты зрения, 2) утрата прямой реакции зрачка на свет, 3) утрата реакции зрачка на аккомадацию, 4) пупиллотония, 5) сохранение реакции зрачка на конвергенцию.	2, 5	ТК, ПА
88. Односторонняя аносмия возникает при поражении (3): 1) височной доли, 2) затылочной доли, 3) обонятельной луковицы, 4) обонятельного тракта, 5) рецепторов слизистой носа.	3, 4, 5	ТК, ПА
89. Гипосмия у лиц в возрасте старше 60 лет наблюдается в (1): 1) 5%, 2) 10%, 3) 20%, 4) 30%,	5	ТК

5) 50% и более.		
90. Обонятельные галлюцинации возникают при поражении (1): 1) рецепторов слизистой носа, 2) обонятельной луковицы, 3) обонятельного тракта, 4) височной доли, 5) затылочной доли.	4	ТК, ПА
91. Симптомы поражения зрительного бугра (3): 1) гемигипестезия, 2) гемиатаксия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) гетеронимная гемианопсия, 5) горизонтальный парез взора.	1, 2, 3	ТК, ПА
92.Гемиплегия+гемианестезия+гемианопсия – поражение (1): 1) зрительного бугра, 2) внутренней капсулы, 3) лобной доли, 4) теменной доли, 5) затылочной доли.	2	ТК, ПА
93. Гемианопсия возникает при поражении (1): 1) переднего бедра внутренней капсулы, 2) колена внутренней капсулы, 3) переднего отдела заднего бедра внутренней капсулы, 4) заднего отдела заднего бедра внутренней капсулы, 5) зрительного нерва.	4	ТК
94. При двустороннем поражении внутренней капсулы возникает (3): 1) центральный тетрапарез, 2) псевдобульбарный синдром, 3) парез мышц лица по центральному типу, 4) вертикальный парез взора, 5) битемпоральная гемианопсия.	1, 2, 3	ТК
95. У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза. Синдром (1): 1) амавроз, 2) амблиопия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) биназальная гемианопсия, 5) битемпоральная гемианопсия.	3	ТК
96. У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза Локализация поражения (1): 1) сетчатка глаза, 2) зрительный нерв, 3) хиазма (зрительный перекрест), 4) колено внутренней капсулы, 5) затылочная доля.	5	ТК
97. У пациента выпали правое поле зрения правого глаза и правое поле зрения левого глаза Реакции зрачков на свет будут (1): 1) не изменены, 2) утрачены только на свет, 3) утрачены только на конвергенцию, 4) утрачены только на аккомадацию, 5) утрачены на свет, аккомадацию и конвергенцию.	1	ТК
98.У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза. Синдром (1): 1) амавроз, 2) амблиопия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) биназальная гемианопсия, 5) битемпоральная гемианопсия.	5	ТК
99. У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза .Локализация поражения (1):	3	ТК

1) сетчатка глаза, 2) зрительный нерв, 3) хиазма (зрительный перекрест), 4) заднее бедро внутренней капсулы, 5) затылочная доля.		
100. У пациента выпали левое поле зрения левого глаза и правое поле зрения правого глаза еакции зрачков на свет будут (1): 1) не изменены, 2) утрачены только на свет, 3) утрачены только на конвергенцию, 4) утрачены только на аккомадацию, 5) утрачены на свет, аккомадацию и конвергенцию.	1	ТК
101. У пациента выпали левые поля зрения, наблюдается парез нижней части мимических мышц слева; в левых конечностях отсутствуют движения, выявляется симптом Бабинского, нарушены все виды чувствительности. Синдромы (3): 1) центральная гемиплегия, 2) гемианестезия, 3) периферический парез мимических мышц, 4) гемиатаксия, 5) гемианопсия.	1, 2, 5	ТК
102. У пациента выпали левые поля зрения, наблюдается парез нижней части мимических мышц слева; в левых конечностях отсутствуют движения, выявляется симптом Бабинского, нарушены все виды чувствительности. Локализация поражения (1): 1) правый зрительный бугор, 2) правая внутренняя капсула, 3) левая лобная доля, 4) правая лобная доля, 5) левая затылочная доля.	2	
103. У пациента в левых конечностях нарушены все виды чувствительности, отмечаются парестезии и боли, промахивается в пальце-носовой пробе только при закрытых глазах. Синдромы (3): 1) гемигипестезия, 2) центральный гемиарез, 3) сенситивная гемиатаксия, 4) мозжечковая гемиатаксия, 5) «центральная» невропатическая боль.	1, 3, 5	ТК
104. У пациента выпали левые поля зрения, наблюдается парез нижней части мимических мышц слева; в левых конечностях отсутствуют движения, выявляется симптом Бабинского, нарушены все виды чувствительности. Локализация поражения (1): 1) правая внутренняя капсула, 2) правый зрительный бугор, 3) правая затылочная доля, 4) левая затылочная доля, 5) правое полушарие мозжечка.	2	ТК
105.У пациента в течение суток значительно снизилась острота зрения на правый глаз; использование линз не улучшает зрение, при исследовании глазного дна не выявлено изменений. Синдром (2): 1) амавроз, 2) амблиопия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) битемпоральная гемианопсия, 5) биназальная гемианопсия.	2	ТК
106. У пациента в течение суток значительно снизилась	2	ТК

острота зрения на правый глаз; использование линз не улучшает зрение, при исследовании глазного дна не выявлено изменений Локализация поражения (1): 1) сетчатка глаза, 2) зрительный нерв, 3) зрительный тракт, 4) зрительный бугор, 5)затылочная доля.		

Шифр и наименование компетенции:
-способность и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок (ОПК-5);

Раздел дисциплины (тема): Глазодвигательные расстройства (Тема 8).

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

1. Симптомы поражения глазодвигательного нерва (2): 1) птоз, 2) миоз, 3) парез внутренней прямой мышцы глаза, 4) парез верхней косой мышцы глаза, 5) парез наружной прямой мышцы глаза.	1,3	ТК, ПА
2.Симптомы поражения отводящего нерва (3): 1) диплопия, 2) парез наружной прямой мышцы глаза, 3) парез внутренней прямой мышцы глаза, 4) сходящееся косоглазие, **5)** парез конвергенции	1,2,4	ТК, ПА
3.Симптомы поражения блокового нерва (2): 1) парез аккомадации, 2) парез нижней косой мышцы глаза, 3) парез верхней косой мышцы глаза, 4) мидриаз, 5) диплопия.	3,5	ТК, ПА
4.Симптомы поражения верхних бугров четверохолмия (3): 1) двусторонний полуптоз, 2) диплопия, 3) парез взора вверх, 4) мозжечковая атаксия, 5) миоз.	1,2,3	ТК, ПА
5.Симптомы поражения верхней глазничной щели (3): 1) ограничение движения глазного яблока вниз, 2) ограничение движения глазного яблока кнаружи, 3) энофтальм, 4) миоз, **5)** нарушение чувствительности в области лба.	1,2,5	ТК, ПА
6.Синдром Бернара-Горнера – это (2): 1) птоз, 2) мидриаз, 3) энофтальм, 4) диплопия, 5) ограничение движения глазного яблока кнаружи.	1,3	ТК, ПА
7.Мидриаз возникает при поражении (2): 1) отводящего нерва, 2) блокового нерва, 3) глазодвигательного нерва, 4) ножки мозга,	3,4	ТК, ПА

5) продолговатого мозга.		
8.Симптомы двустороннего поражения отводящих нервов (2): 1) сходящееся косоглазие, 2) расходящееся косоглазие, 3) миоз, 4) ограничение движение глазных яблок внутрь, **5)** ограничение движения глазных яблок кнаружи.	1,5	ТК, ПА
9.Синдром Вебера – это (2): 1) поражение отводящего нерва, 2) поражение глазодвигательного нерва, 3) поражение блокового нерва, 4) альтернирующий центральный гемипарез, **5)** альтернирующая мозжечковая атаксия.	2,4	ТК
10.Синдром Бенедикта – это (2): 1) поражение отводящего нерва, 2) поражение глазодвигательного нерва, 3) поражение блокового нерва, 4) альтернирующий центральный гемипарез, **5)** альтернирующая мозжечковая атаксия.	2,5	ТК
11.Синдром Мийяра-Гублера – это (3): 1) поражение глазодвигательного нерва, 2) поражение отводящего нерва, 3) поражение лицевого нерва, 4) альтернирующий центральный гемипарез, **5)** альтернирующая мозжечковая атаксия.	2,3,4	ТК
12.У пациента сходящееся косоглазие, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи. Локализация поражения (1): 1) правый отводящий нерв, 2) правый глазодвигательный нерв, 3) правый блоковый нерв, 4) левый блоковый нерв, 5) верхние бугры четверохолмия.	1	ТК
13.У пациента слева – поражение глазодвигательного нерва, справа – центральный гемипарез. Локализация поражения (1): 1) левая ножка мозга, 2) правая половина варолиева моста. 3) левая половина варолиева моста, 4) левая прецентральная извилина, 5) левая внутренняя капсула.	1	ТК
15.У пациента справа – птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи. Локализация поражения (1): 1) правый отводящий нерв, 2) правый глазодвигательный нерв, 3) правый блоковый нерв, 4) правая половина варолиева моста, 5) левая половина варолиева моста	2	ТК
16.У пациента слева – парез отводящего нерва, парез мышц лица по периферическому типу, в правых конечностях – центральный гемипарез. Локализация поражения (1): 1) средний мозг справа, 2) средний мозг слева, 3) варолиев мост слева, 4) варолиев мост справа, 5) зрительный бугор слева.	3	ТК
17.У пациента двоение при взгляде вниз, ограничение движения левого глазного яблока вниз. Локализация поражения (1): 1) левый отводящий нерв, 2) левый глазодвигательный нерв, 3) левый блоковый нерв, 4) средний мозг слева, 5) средний мозг справа.	3	ТК

18. Птоз, миоз и энофтальм – синдром (1): 1) Вебера, 2) Бернара-Горнера, 3) Мийяра-Гублера, 4) Толоса-Ханта, 5) Эйди.	2	ТК, ПА
19.У пациента справа – боли и нарушение чувствительности в области лба, птоз, глазное яблоко неподвижно, мидриаз. Локализация поражения (1): 1) средний мозг справа, 2) варолиев мост справа, 3) варолиев мост слева, 4) верхняя глазничная щель справа, 5) правая ножка мозга.	4	ТК
20.У пациента сходящееся косоглазие, движение обоих глазных яблок кнаружи ограничено. Локализация поражения (2): 1) левый отводящий нерв, 2) левый блоковый нерв, 3) правый отводящий нерв, 4) правый блоковый нерв, **5)** верхние бугры четверохолмия.	1,3	ТК
21. У пациента с одной стороны глаз закрыт, глазное яблоко отведено кнаружи, мидриаз, движения глазного яблока возможно только кнаружи. **Какие мышцы поражены (3):** 1) внутренняя прямая мышца глаза, 2) мышца, поднимающая верхнее веко, 3) верхняя прямая мышца глаза, 4) наружная прямая мышца глаза, 5) круговая мышца глаза.	1,2,3	ТК
22. У пациента с одной стороны глаз закрыт, глазное яблоко отведено кнаружи, мидриаз, движения глазного яблока возможно только кнаружи. **Локализация поражения (1):** 1) глазодвигательный нерв, 2) блоковый нерв, 3) отводящий нерв, 4) верхние бугры четверохолмия, 5) средний мозг.	1	ТК
23. У пациента слева – птоз, мидриаз, движения глазного яблока возможно только кнаружи, в правых конечностях – движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского. **Что поражено (2):** 1) корково-ядерный путь, 2) корково-спинномозговой (пирамидный) путь, 3) отводящий нерв, 4) глазодвигательный нерв, **5)** блоковый нерв.	2,4	ТК
24. У пациента слева – птоз, мидриаз, движения глазного яблока возможно только кнаружи, в правых конечностях – движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского. **Локализация поражения (1):** 1) прецентральная извилина слева, 2) ножка мозга слева, 3) ножка мозга справа, 4) варолиев мост справа, 5) варолиев мост слева.	2	ТК

25. У пациента взор повернут вправо, движений глазных яблок влево нет, парез нижних мышц лица слева, в левых конечностях – нет движений, повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского. **Синдромы (2):** 1) парез мышц лица по периферическому типу слева, 2) стволовой парез взора, 3) корковый парез взора, 4) альтернирующий синдром, **5)** центральный левосторонний гемипарез.	3,5	ТК
26. **У пациента взор повернут вправо, движений глазных яблок влево нет, парез нижних мышц лица слева, в левых конечностях – нет движений, повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского.** **Локализация поражения (1):** 1) лобная доля справа, 2) варолиев мост слева, 3) варолиев мост справа, 4) средний мозг слева 5).средний мозг справа	1	ТК
27. У пациента отмечаются эпизоды двоения вечером, которых нет утром, двусторонний полуптоз, ограничение движения глазных яблок во все стороны; после подкожного введения прозерина все симптомы регрессировали **Что поражено (1):** 1) глазодвигательные нервы, 2) средний мозг, 3) варолиев мост, 4) нервно-мышечный синапс, 5) лобные доли.	4	ТК
28.У пациента отмечаются эпизоды двоения вечером , которых нет утром; при обследовании выявлены двусторонний полуптоз, ограничение движения глазных яблок во все стороны; после подкожного введения прозерина все симптомы регрессировали **Дополнительный метод обследования (1):** 1) рентгеновская компьтерная томография, 2) магнитно-резонансная томография, 3) позитронно-эмиссионная томография, 4) электромиография - декремент-тест, 5) исследование цереброспинальной жидкости.	4	ТК
29. *У пациента сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко не движется кнаружи.* **Какие мышцы поражены (1):** 1) внутренняя прямая мышца глаза, 2) верхняя косая мышца глаза, 3) нижняя косая мышца глаза, 4) наружная прямая мышца глаза, **5)** круговая мышца глаза.	4	ТК
30. У пациента сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко не движется кнаружи. **Локализация поражения (1):** 1) отводящий нерв, 2) блоковый нерв, 3) глазодвигательный нерв, 4) цилиоспинальный центр, 5) верхние бугры четверохолмия.	1	ТК
31.Наличие птоза характерно для поражения (1): 1) Отводящего нерва	4	ТК, ПА

2) Блокового нерва 3) Тройничного нерва 4) Глазодвигательного нерва **5)** Нижних бугров четверохолмия		
32.Двоение при взгляде вниз характерно для поражения (1): 1) Блокового нерва 2) Глазодвигательного нерва 3) Верхних бугров четверохолмия 4) Отводящего нерва **5)** Зрительного бугра	1	ТК, ПА
33.Миоз возникает при поражении (1): 1) парасимпатических волокон в составе глазодигательного нерва 2) ядра отводящего нерва 3) боковых рогов спинного мозга на уровне С8-Д1 4) зрительного бугра **5)** блокового нерва	3	ТК, ПА
34.Двоение при взгляде вправо возникает при поражении (1): 1) левого отводящего нерва 2) правого отводящего нерва 3) первой ветви тройничного нерва справа 4) первой ветви тройничного нерва слева 5) левого зрительного нерва	2	ТК,ПА
35.Симптомы поражения отводящего нерва (2): 1) сходящееся косоглазие, 2) двоение по горизонтали 3) миоз, 4) двоение по вертикали **5)** расходящееся косоглазие	1,3	ТК, ПА
36. У пациента выпали височные поля зрения. Неврологический синдром (1): 1) амавроз, 2) амблиопия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) биназальная гемианопсия, **5)** битемпоральная гемианопсия.	5	ТК, ПА
37. У пациента выпали правые поля зрения. Неврологический синдром (1): 1) амавроз, 2) амблиопия, **3)** гомонимная гемианопсия, 4) биназальная гемианопсия, 5) битемпоральная гемианопсия.	3	ТК, ПА
38. ***У пациентки расходящееся косоглазие за счет правого глаза, мидриаз справа. В левых конечностях – движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.*** **Что поражено (2):** 1. корково-ядерный путь, 2. корково-мышечный (пирамидный) путь, 3. отводящий нерв, 4. глазодвигательный нерв, **5.** лицевой нерв.	2,4	ТК

39. ***У пациентки расходящееся косоглазие за счет правого глаза, мидриаз справа. В левых конечностях – движения отсутствуют, повышены тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.*** **Локализация поражения (1):** 1) прецентральная извилина слева, 2) ножка мозга слева, 3) ножка мозга справа, 4) варолиев мост справа, 5) варолиев мост слева.	3	ТК
40. У пациента двоение при взгляде вправо, сходящееся косоглазие за счет правого глаза. Локализация поражения (1): **1)** правый отводящий нерв, 2) левый глазодвигательный нерв, 3) левый блоковый нерв, 4) левый зрительный нерв, 5) средний мозг слева.	1	ТК
41. У пациентки справа – поражение отводящего нерва, слева – центральный гемипарез. Локализация поражения (1): 1) левая ножка мозга, **2)** правая половина варолиева моста. 3) левая половина варолиева моста, 4) левая прецентральная извилина, 5) левая внутренняя капсула.	2	ТК
42. Симптомы двустороннего поражения глазодвигательных нервов (3): 1) сходящееся косоглазие, 2) расходящееся косоглазие, 3) мидриаз, 4) птоз, 5) ограничение движения глазных яблок кнаружи.	2,3,4	ТК, ПА
43. У пациента птоз, мидриаз слева, правосторонняя гемигиплегия. Локализация поражения (1): 1) правый отводящий нерв, 2**)** правый глазодвигательный нерв, 3) левый блоковый нерв, 4) варолиев мост справа, **5)** ножка мозга слева.	5	ТК
44. Синдром Бернара-Горнера включает (3): 1) экзофтальм **2)** энофталм 3) миоз 4) мидриаз 5) птоз	2,3,5	ТК, ПА
45. Мидриаз возникает при поражении (1): 1) глазодвигательного нерва, 2) боковых рогов спинного мозга С8-Д1, 3) отводящего нерва, 4) ножки мозга, **5)** продолговатого мозга.	1	ТК, ПА
46.При синдроме наружной офтальмоплегии отмечаются (2): 1) Птоз 2) Энофтальм 3) Миоз 4) Мидриаз	1,5	ТК, ПА

5) Фотореакции сохранены		
47. У пациента правый глаз закрыт, при подъёме века наблюдаются расширение зрачка, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи. **Какие структуры нервной системы поражены (1)?** 1. блоковый нерв 2. глазодвигательный нерв 3 отводящий нерв 4. первая ветвь тройничного нерва 5. правая половина варолиева моста	2	ТК
48. У пациента правый глаз закрыт, при подъёме века наблюдаются расширение зрачка, движение правого глазного яблока возможно только кнаружи. Какие глазные мышцы парализованы (3)? 1. Наружняя прямая **2.** Внутренняя прямая 3. Мышца, поднимающая верхнее веко 4. Верхняя косая 5. Нижняя косая	2,3,5	ТК
49. У пациента при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Движение левого глазного яблока вниз несколько ограничено, других нарушений нет. **Какая глазная мышца парализована (1)?** 1) верхняя прямая 2) нижняя прямая 3) верхняя косая 4) нижняя косая 5) внутренняя прямая	3	ТК
50. У пациента при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Других нарушений нет. **Какие структуры поражены (1)?** 1) Отводящий нерв 2) Блоковый нерв 3) Боковые рога спинного мозга С8-Д1 4) Глазодвигательный нерв **5)** Зрительный нерв	2	ТК
51. У пациента после развития инсульта глазные яблоки отклонены влево, их движение вправо ограничено; в левых конечностях нет движений, оживлены сухожильные рефлексы, выявляется симптом Бабинского. **Локализация поражения (2)?** 1) Верхняя глазничная щель слева 2) Мостовый центр взора 3) Корковый центр взора 4) Корково-мышечный (пирамидный) путь **5)** Медиальный продольный пучок.	2,4	ТК
52. У пациентки после незначительной физической нагрузки возникает двоение предметов по горизонтали и опущение век, регрессирующее после кратковременоного отдыха. **Какие структуры нервной системы поражены (1)?** 1) Глазодвигательные нервы 2) Отводящие нервы 3) Мышцы, поднимающие верхнее веко	4	ТК

4) Нервно-мышечные синапсы 5) Средний мозг.		
53. При обследовании у пациента отмечено выпадение левого поля зрения левого глаза и правого поля зрения правого глаза, острота зрения не снижена, других неврологических нарушений нет. **Характер зрительных нарушений (1):** 1) Гомонимная гемианопсия 2) Амавроз 3) Биназальная гемианопсия 4) Битемпоральная гемианопсия 5) Амблиопия	4	ТК
54. При обследовании у пациента отмечено выпадение левого поля зрения левого глаза и правого поля зрения правого глаза, острота зрения не снижена, других неврологических нарушений нет. **Локализация поражения (1):** 1) зрительные нервы 2) перекрещенные волокна хиазмы 3) неперекрещенные волокна хиазмы 4) зрительный тракт **5)** шпорная борозда	2	ТК
55. У пациента – поражение глазодвигательного нерва слева, центральный гемипарез справа. **Неврологический синдром (1):** 1) Бернара-Горнера 2) Валленберга-Захарченка, 3) Вебера 4) Мийара-Гублера **5)** Аргайла Робертсона	3	ТК
56. При синдроме внутренней офтальмоплегии отмечается (1): 1) Птоз 2) Экзофтальм 3) Отсутствие фотореакций **4)** Расходящееся косоглазие **5)** Сходящееся косоглазие	3	ТК, ПА
57. Мидриаз возникает при поражении (1): 1) Ядра отводящего нерва 2) Парасимпатических волокон глазодвигательного нерва 3) Шейных симпатических ганглиев 4) Ядра блокового нерва **5)** Глазничной ветви тройничного нерва	2	ТК, ПА
58. Парные крупноклеточные ядра глазодвигательнго нерва обеспечивают (1): 1) Симпатическую иннервацию зрачка 2) Парасимпатическую иннервацию зрачка 3) Аккомодацию хрусталика 4) Иннервацию большинства наружных поперечнополосатых мышц глаза **5)** Конвергенцию глазного яблока	4	ТК
59. При поражении парных мелкоклеточных парасимпатических ядер глазодвигательного нерва развивается (1): 1) Миоз 2) Мидриаз 3) Птоз 4) Сходящийся стробизм	2	ТК

5) Расходящийся стробизм		
60. Для синдрома Вебера характерно (2): 1) Поражение отводящего нерва 2) Поражение лицевого нерва 3) Поражение глазодвигательного нерва 4) Контралатеральный гемипарез **6)** Ипсилатеральный гемипарез.	3,4	ТК
61. При поражении медиального продольного пучка возможны (3): 1) Парез взора 2) Синдром верхней глазничной щели 3) Птоз 4) Косоглазие **5)** Нистагм	1,4,5	ТК, ПА
62. Анизокория – это (1): 1) Разница ширины глазных щелей 2) Разница ширины зрачков 3) Косоглазие 4) Ограничение объема движений глазных яблок **5)** Изменение остроты зрения	2	ТК, ПА
63. Причины сходящегося косоглазия (2): 1) Поражение ядра отводящего нерва 2) Поражение корешка отводящего нерва 3) Поражение корешка глазодвигательного нерва 4) Поражение парных мелкоклеточных ядер глазодвигательного нерва **5)** Поражение зрительного бугра	1,2	ТК, ПА
64. Причины расходящегося косоглазия (1): 1) Поражение шейных симпатических ганглиев 2) Поражение ядра блокового нерва 3) Поражение корешка глазодвигательного нерва 4) Поражение зрительного тракта **5)** Поражение зрительного бугра	3	ТК, ПА
65. Стробизм – это (1): 1) Слепота на один глаз 2) Косоглазие 3) Разница ширины зрачков 4) Сужение глазной щели **5)** Парез взора	2	ТК, ПА
66. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов (1): 1) C2-C4 **2)** C6-C7 3) C8-T1 4) T2-T4 **5)** S3-S5	3	ТК, ПА
67. Для поражения корешка глазодвигательного нерва не характерны (2): 1) Сходящееся косоглазие 2) Птоз 3) Миоз 4) Мидриаз 5) Расходящееся косоглазие **68. Для поражения корешка отводящего нерва не характерны (4):** 1) Сходящееся косоглазие 2) Расходящееся косоглазие 3) Двоение при взгляде вниз 4) Мидриаз **5)** Птоз	1,3 2,3,4,5	ТК, ПА ТК, ПА

69. Для поражения корешка блокового нерва не характерны (4): 1) Мидриаз 2) Миоз 3) Экзофтальм 4) Двоение при взгляде вниз **5)** Расходящееся косоглазие	1,2,3,5	ТК, ПА
70. При поражении верхних бугров четверохолмия развиваются (1): 1) Периферический парез мимической мускулатуры 2) Поражение ядер глазодвигательных нервов 3) Поражение ядер блоковых нервов 4) Поражение ядер отводящих нервов 5) Бульбарный синдром	2	ТК, ПА
71. У пациента отмечается болевая гипестезия в области лба слева, птоз слева, отсутствуют движения левого глазного яблока. **Какие структуры нервной системы поражены (4):** 1) Лицевой нерв 2) Глазодвигательный нерв 3) Отводящий нерв 4) Блоковый нерв 5) Глазничная ветвь тройничного нерва	2,3,4,5	
72. У пациента отмечается болевая гипестезия в области лба слева, птоз слева, отсутствуют движения левого глазного яблока. **Локализация поражения (1):** 1) Средний мозг слева 2) Средний мозг справа 3) Варолиев мост слева 4) Варолиев мост справа 5) Верхняя глазничная щель слева	5	ТК ТК
73. Для синдрома Аргайла Роберстона характерно (2): 1) Отсутствие реакции зрачка на свет 2) Живые фотореакции 3) Сохранность реакции зрачка на конвергенцию 4) Отсутствие реакции зрачка на конвергенцию **5)** Наружняя офтальмоплегия	1,3	ТК, ПА
74. Для синдрома верхней глазничной щели характерно все, кроме (1): 1) Птоз 2) Периферический парез мимической мускулатуры 3) Поражение глазодвигательного нерва 4) Поражение отводящего нерва **5)** Поражение блокового нерва	2	ТК, ПА
75. У пациента остро развилось двоение предметов,		

слабость и онемение в правых конечностях. При осмотре: птоз, расходящееся косоглазие за счет левого глаза; ширина зрачков S>D; в правых конечностях активные движения отсутствуют; сухожильные рефлексы D> S, симптом Бабинского справа, болевая гипестезия справа. **Какие структуры нервной системы поражены (3):** 1) Отводящий нерв слева 2) Глазодвигательный нерв слева 3) Тройничный нерв слева 4) Корково-мышечный путь 5) Проводящий путь поверхностной чувствительности **76. У пациента остро развилось двоение предметов, слабость и онемение в правых конечностях. При осмотре: птоз, расходящееся косоглазие за счет левого глаза; ширина зрачков S>D; в правых конечностях активные движения отсутствуют; сухожильные рефлексы D> S, симптом Бабинского справа, болевая гипестезия справа.Локализация очага поражения (1):** 1) Ножка мозга слева 2) Средний мозг справа 3) Варолиев мост слева 4) Варолиев мост справа **6)** Внутренняя капсула справа	2,4,5 1	ТК ТК
77.У пациента птоз, миоз, энофтальм с двух сторон. Гипотония и гипотрофия мышц плечевого пояса и рук. Сухожильные рефлексы с рук отсутствуют. В ногах тонус повышен, сухожильные рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского. **Какие структуры поражены (3):** 1. Глазодвигательные нервы 2. Боковые рога спинного мозга С8-Д1 3.Передние рога спинного мозга на уровне шейного утолщения 4. Задние канатики спинного мозга 5. Боковые канатики спинного мозга **78.У пациента птоз, миоз, энофтальм с двух сторон. Гипотония и гипотрофия мышц плечевого пояса и рук. Сухожильные рефлексы с рук отсутствуют. В ногах тонус повышен, сухожильные рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского Неврологические синдромы (2):** 1. Синдром Горнера, 2. Синдром Аргайла Робертсона 3. Синдром Броун-Секара 4. Синдром поражения поперечника спинного мозга **5.** Синдром Валленберга	2,3,5 1,4	ТК ТК

79. Какие симптомы характерны для поражения блокового нерва (1): 1) Птоз 2) Мидриаз 3) Расходящееся косоглазие 4) Двоение при взгляде вверх 5) Двоение при взгляде вниз	5	ТК
80. Какие симптомы характерны для поражения отводящего нерва (2): 1) Экзофтальм 2) Мидриаз 3) Сходящееся косоглазие 4) Двоение при попытке отведение глазного яблока кнаружи 5). Двоение при взгляде вниз	3,4	ТК
81. Альтернирующий синдром, возникающий при поражении среднего мозга (1): 1) Вебера 2) Мийара-Гублера 3) Фовилля 4) Валленберга **5)** Броун-Секара	1	ТК
82. При синдроме Аргайла Робертсона отмечается (1): 1) отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет 2) отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию 3) отсутствие прямой реакции зрачков на свет при сохранной содружественной реакции 4) мидриаз в сочетании с отсутствием реакции зрачков на аккомодацию 5) отсутствие реакции зрачков на конвергенцию в сочетании с анизокорией	2	ТК, ПА
83. При недостаточной парасимпатической иннервации зрачка отмечается (1): 1) Миоз 2)Мидриаз 3) расходящийся стробизм 4)сходящийся стробизм 5) энофтальм	2	ТК, ПА
84. При недостаточной симпатической иннервации зрачка отмечается (2): 1) мидриаз **2)** миоз 3) энофтальм 4) сходящийся стробизм 5) парез взора вверх	2,3	ТК, ПА
85. У пациента остро развилось двоение предметов при взгляде вправо, слабость в левых конечностях. При осмотре: сходящееся косоглазие за счет правого глаза, левосторонний центральный гемипарез, болевая гемигипестезия. **Какие структуры нервной системы поражены (2):** **1)** ядро блокового нерва		

2) ядро глазодвигательного нерва **3) ядро отводящего нерва** **4) корково-мышечный проводящий путь** 5) проводящий путь глубокой чувствительности **86. У пациента остро развилось двоение предметов при взгляде вправо, слабость в левых конечностях. При осмотре: сходящееся косоглазие за счет правого глаза, левосторонний центральный гемипарез, болевая гемигипестезия.** **Локализация очага поражения (1):** 1) средний мозг справа 2) средний мозг слева **3)** варолиев мост справа 4) варолиев мост слева 5) продолговатый мозг справа	3,4 3	 ТК ТК
87. У пациента остро развилось двоение предметов при взгляде вниз. При осмотре четких глазодвигательных нарушений не выявлено. **Какие структуры нервной системы поражены (1):** 1) Глазодвигательный нерв 2) Блоковый нерв 3) Отводящий нерв 4) Мостовый центр взора **5)** Корковый центр взора	 2	 ТК
88. У пациента, длительно страдающего сахарным диабетом 2 типа развилось двоение предметов при взгляде влево. При осмотре: отсутствие движения левого глаза кнаружи, двоение предметов по горизонтали при взгляде влево. **Что поражено (1):** 1) Лицевой нерв слева 2) Первая ветвь тройничного нерва слева 3) Глазодвигательный нерв слева 4) Блоковый нерв слева 5) Отводящий нерв слева	 5	 ТК
89. При поражении какого черепного нерва развивается птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз (1): **1)** Глазодвигательного 2) Блокового 3) Отводящего 4) Первой ветви тройничного нерва 5) Зрительного	 1	 ТК, ППА
90. Для поражения какого черепного нерва характерно двоение предметов при взгляде вниз (1): 1) Зрительного 2) Глазодвигательного **3)** Блокового 4) Отводящего 5) Лицевого	 3	 ТК, ПА
91. Сходящийся стробизм и диплопия при взгляде в сторону возникает при поражении (1):	 5	 ТК, ПА

1) Зрительного нерва 2) Зрительного тракта 3) Глазодвигательного нерва 4) Блокового нерва **5)** Отводящего нерва		
92. Расходящийся стробизм, птоз и мидриаз возникают при поражении (1): 1) Зрительного нерва 2) Зрительного тракта **3)** Глазодвигательного нерва 4) Блокового нерва 5) Отводящего нерва	3	ТК, ПА
93. При развитии височно-тенториального вклинения происходит компрессия корешка (1): 1) Зрительного нерва **2**) Глазодвигательного нерва 3) Блокового нерва 4) Отводящего нерва 5) Языкоглоточного нерва	2	ТК, ПА
94. У пациента остро развилось сходящееся косоглазие за счет правого глаза, двоение предметов по горизонтали при взгляде вправо, левосторонний центральный гемипарез, болевая гемигипестезия слева. **Какие структуры нервной системы поражены (3):** 1) Ядро глазодвигательного нерва справа 2) Ядро отводящего нерва слева 3) Ядро отводящего нерва справа 4) Корково-мышечный путь 5) Спиноталамический путь **95. У пациента остро развилось сходящееся косоглазие за счет правого глаза, двоение предметов по горизонтали при взгляде вправо, левосторонний центральный гемипарез, болевая гемигипестезия слева.** **Локализация поражения (1):** 1) Верхние бугры четверохолмия справа 2) Верхние бугры четверохолмия слева **3)** Варолиев мост справа 4) Варолиев мост слева 5) Мосто-мозжечковый угол слева	3,4,5 3	ТК ТК
96. Какие из перечисленных симптомов не характерны для синдрома Бернара-Горнера (3): **1)** экзофтальм 2)энофтальм 3)диплопия 4) миоз 5) расходящийся стробизм	1,3,5	ТК
97. Какой из черепных нервов осуществляет иннервацию сфинктера зрачка (1): 1) Зрительный **2)** Глазодвигательный 3) Блоковый 4) Тройничный 5) Лицевой	2	ТК, ПА
98. Для синдрома «верхней глазничной щели» не	4,5	ТК, ПА

характерно (2): 1) Птоз 2) Снижение болевой чувствительности в области лба 3) Офтальмоплегия 4) Слабость мимических мышц 5) Дисфагия		
99. Объемное образование в области верхней глазничной щели приводит к компрессии (3): 1) зрительного нерва 2) первой ветви тройничного нерва 3) добавочного нерва 4) блокового нерва 5) отводящего нерва	2,4,5	ТК
100. У пациента утрачены все виды чувствительности в области лба слева; левый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, глазное яблоко неподвижно. **Какие структуры нервной системы поражены (3):** 1) Лицевой нерв 2) Зрительный нерв 3) Глазодвигательный нерв 4) Отводящий нерв 5) Первая ветвь тройничного нерва **101. У пациента утрачены все виды чувствительности в области лба слева; левый глаз закрыт, при подъеме века наблюдается мидриаз, глазное яблоко неподвижно.** **Локализация поражения (1):** 1) Средний мозг справа 2) Варолиев мост слева **3)** Верхняя глазничная щель слева 4) Внутренняя капсула справа 5) Зрительный бугор слева	3,4,5 3	ТК ТК
102. У пациента отмечаются сходящееся косоглазие за счет правого глаза, двоение при взгляде вправо, асимметрия лица, слабость мимической мускулатуры справа; снижение силы в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского слева. **Какие структуры нервной системы поражены (3):** **1)** Ядро лицевого нерва 2) Лицевой нерв в фаллопиевом канале 3) Ядро глазодвигательного нерва 4) Ядро отводящиго нерва 5) Корково-мышечный путь **103. У пациента отмечаются сходящееся косоглазие за счет правого глаза, двоение при взгляде вправо, асимметрия лица, слабость мимической мускулатуры справа; снижение силы в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского слева.** **Локализация поражения (1):** 1) Средний мозг справа 2) Варолиев мост слева 3) Варолиев мост справа 4) Внутренняя капсула справа 5) Внутренняя капсула слева **104. Пациента беспокоит двоение предметов по горизонтали. При осмотре: сходящееся косоглазие, движения глазных яблок кнаружи невозможны.** **Какие глазные мышцы парализованы (1):** **1)** Наружные прямые 2) Внутренние прямые	1,4,5 3	ТК ТК

3) Верхние косые 4) Нижние косые 5) Верхние прямые **105. Пациента беспокоит двоение предметов по горизонтали. При осмотре: сходящееся косоглазие, движения глазных яблок кнаружи невозможны.** **Локализация поражения (1):** 1) Глазодвигательные нервы 2) Зрительные нервы **3)** Отводящие нервы 4) Зрительные тракты	1	ТК
106. Мидриаз возникает при поражении (2): 1) Глазодвигательного нерва 2) Отводящего нерва 3) Блокового нерва 4) Зрительного нерва 5) Ножки мозга	3 1,5	ТК ТК, ПА
107. Симптомы поражения глазодвигательных нервов (3): **1)** Расходящееся косоглазие 2) Сходящееся косоглазие 3) Миоз 4) Мидриаз 5) Ограничение движений глазного яблока внутрь	1,4,5	ТК, ПА
108. Синдром Аргайла Робертсона – это (2): 6) Снижение остроты зрения, 7) Пупиллотония 8) Утрата прямой реакции зрачка на свет, 9) Утрата реакции зрачка на аккомадацию, **10)** Сохранение реакции зрачка на конвергенцию	3,5	ТК, ПА
109. У пациента сходящееся косоглазие за счет правого глаза, слабость всех мышц лица справа. В левых конечностях – движения отсутствуют, повышены мышечный тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского. **Что поражено (3):** 1) корково-ядерный путь, 2) корково-мышечный путь,	2,3,4	ТК

3) отводящий нерв, 4) лицевой нерв 5) глазодвигательный нерв **110. У пациента сходящееся косоглазие за счет правого глаза, слабость всех мышц лица справа. В левых конечностях – движения отсутствуют, повышены мышечный тонус и рефлексы, определяется симптом Бабинского.** **Локализация поражения (1):** 1) прецентральная извилина слева, 2) ножка мозга слева, 3) ножка мозга справа, 4) варолиев мост справа, **5)** варолиев мост слева.	4	ТК
111. У пациента при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Других нарушений нет. **Какая глазная мышца поражена (1):** 1) Верхняя прямая 2) Мышца, поднимающая верхнее веко 3) Верхняя косая 4) Нижняя косая 5) Нижняя прямая **112. У пациента при ходьбе по лестнице возникает двоение при взгляде вниз. Других нарушений нет.** **Локализация поражения (1):** 1) Отводящий нерв 2**)** Блоковый нерв 3) Глазодвигательный нерв 4) Варолиев мост 5) Зрительный бугор.	3 2	ТК ТК
113. Симптомы поражения ядер глазодвигательного нерва (3): **1)** Расходящееся косоглазие 2) Сходящееся косоглазие 3) Ограничение движений глазного яблока кнутри и кверху 4) Ограничение движений глазного яблока кнаружи 5) Мидриаз.	1,3,5	ТК
114. Симптомы поражения парасимпатических ядер глазодвигательного нерва (2): 1) Миоз 2) Мидриаз 3) Нарушение аккомодации 4) Сходящееся косоглазие 5) Расходящееся косоглазие.	2,3	ТК, ПА
115. Для болевой офтальмоплегии характерно (3): **1)** Боль в периорбитальной области 2) Парез мимической мускулатуры 3) Гомонимная гемианопсия 4) Поражение глазодвигательного нерва 5) Поражение отводящего нерва	1,4,5	ТК

Раздел дисциплины (тема): Клиника поражения тройничного, лицевого и преддверно-улиткового нервов, клиника поражения мостомозжечкового угла (Тема 9).

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

1. Симптомы центрального пареза мышц лица (3): 1) сглаженность лобных морщин, 2) сглаженность носогубной складки 3) симптом Белла, 4) опущение угла рта, 5) перекос лица в здоровую сторону при улыбке.	**2,4,5**	ТК, ПА
2. Симптомы периферического пареза мышц лица (3): 1) лагофтальм, 2) утрата чувствительности на половине лица, 3) утрата вкуса на задней трети языка, 4) симптом Белла, 5) сглаженность лобных морщин.	**1,4,5**	ТК, ПА
3. Центральный парез мышц лица возникает при поражении (2): 1) ядра лицевого нерва, 2) корешка лицевого нерва, 3) лицевого нерва в фалопиевом канале, 4) прецентральной извилины, 5) колена внутренней капсулы.	**4,5**	ТК, ПА
4. Периферический парез мышц лица возникает при поражении (2): 1) прецентральной извилины, 2) ядра лицевого нерва, 3) лучистого венца, 4) колена внутренней капсулы, 5) лицевого нерва в фалопиевом канале.	**2,5**	ТК, ПА
5. Лагофтальм – это (1): 1) слезотечение, 2) сухость глаза, 3) расширение глазной щели, 4) косоглазие, 5) расширение зрачка	**3**	ТК, ПА
6. Симптом Белла – это (1): 1) асимметрия лица при улыбке, 2) асимметрия лица при надувании щёк, 3) утрата вкуса на передних двух третях языка, 4) утрата вкуса на задней трети языка, 5) появление белковой оболочки глаза при зажмуривании.	**5**	ТК, ПА
7. Симптомы поражения лицевого нерва после ответвления от него барабанной струны (3): 1) слезотечение, 2) сухость глаза, 3) опущение угла рта, 4) ослабление всех мимических проб на стороне поражения, 5) утрата вкуса на передних двух третях языка.	**1,3,4**	ТК, ПА
8. Симптомы поражения лицевого нерва до ответвления от него большого каменистого нерва (3): 1) сухость глаза, 2) слезотечение, 3) утрата чувствительности на половине лица, 4) гиперакузия, 5) утрата вкуса на передних двух третях языка.	**1,4,5**	ТК, ПА
9. У пациента парез всех мимических мышц справа и центральный гемипарез слева. Локализация поражения (1): 1) правая прецентральная извилина, 2) левая прецентральная извилина, 3) правая половина варолиева моста, 4) левая половина варолиева моста,	**3**	ТК

5) правый лицевой нерв в фалопиевом канале.		
10. У пациента справа – парез всех мимических мышц, сухость глаза, гиперакузия, утрата вкуса на передних двух третях языка. Локализация поражения (1): 1) лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва, 2) лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны, 3) левая прецентральная извилина, 4) правая половина варолиева моста, 5) левая половина варолиева моста.	**1**	ТК
11. Для вестибулярного головокружения характерны (3): 1) ощущение вращения собственного тела, 2) усиление головокружения при перемене положения головы, 3) тошнота и рвота, 4) интенционный тремор в верхних конечностях, 5) интенционный тремор в нижних конечностях.	**1,2,3**	ТК, ПА
12. У пациента снижена болевая и температурная чувствительность в области правой половины губ, подбородка и носа. Локализация поражения (1): 1) правая половина продолговатого мозга и варолиева моста, 2) левая половина продолговатого мозга и варолиева моста. 3) правая постцентральная извилина, 4) левая постцентральная извилина, 5) вторая ветвь правого тройничного нерва.	**1**	ТК
13. У пациента ощущение вращения окружающих предметов, тошнота и рвота, нейросенсорная тугоухость на правое ухо, горизонтальный нистагм вправо. Локализация поражения (1): 1) правая половина варолиева моста, 2) левая половина варолиева моста, 3) правая височная доля, 4) левая височная доля, 5) правый преддверно-улитковый нерв.	**5**	ТК
14. Симптомы поражения мостомозжечкового угла (3): 1) нейросенсорная тугоухость, 2) сенситивная атаксия, 3) нарушение чувствительности на лице, 4) парез мышц лица по периферическому типу, 5) дисфагия, дисфония.	**1,3,4**	ТК, ПА
15. Симптомы невралгии тройничного нерва (2): 1) сильные приступы кратковременных болей, 2) утрата всех видов чувствительности в области II-III ветвей тройничного нерва, 3) наличие «курковых» зон, 4) снижение корнеального рефлекса, 5) опущение угла рта на стороне болей.	**1,3**	ТК, ПА
16. Лечение невралгии тройничного нерва (1): 1) карбамазепин (финлепсин), 2) пирацетам (ноотропил), 3) церебролизин, 4) рентгенотерапия, 5) витамины группы В.	**1**	ТК, ПА
17. У пациента справа герпетические высыпания на лбу и щеке, снижение всех видов чувствительности на половине лица. Локализация поражения (1): 1) правый гассеров узел, 2) первая ветвь тройничного нерва, 3) вторая ветвь тройничного нерва, 4) третья ветвь тройничного нерва, 5) правая половина варолиева моста.	**1**	ТК
18. Симптомы поражения преддверно-улиткового нерва (3): 1) снижение слуха,	**1,2,4**	ТК, ПА

2) головокружение, 3) гиперакузия, 4) шум в ухе, 5) боли в области уха.		
19. У пациента боли, снижение всех видов чувствительности в области лба и верхнего века справа. Локализация поражения (1): 1) правый гассеров узел, 2) первая ветвь тройничного нерва, 3) вторая ветвь тройничного нерва, 4) третья ветвь тройничного нерва, 5) правая половина варолиева моста.	**2**	ТК
20. У пациентки слева периферический парез мышц лица, в правых конечностях центральный гемипарез. Локализация поражения (1): 1) правая прецентральная извилина, 2) левая прецентральная извилина, 3) правая половина варолиева моста, 4) левая половина варолиева моста, **5)** правое полушарие мозжечка.	**4**	ТК
21. На поражение ядра тройничного нерва в продолговатом мозге указывает (1): 1. гипестезия в зонах Зельдера 2. гипестезия в зоне ветви нерва 3. гипестезия на всем лице и шее 4. парез всей мимической мускулатуры на половине лица 5. парез нижней порции мимической мускулатуры на половине лица.	**1**	ТК, ПА
22. Симптомы периферического повреждения лицевого нерва (2): 1) лагофтальм 2) утрата чувствительности на половине лица 3) утрата вкуса на задней трети языка 4) ослабление всех мимических проб с одной стороны 5) головокружение.	**1,4**	ТК, ПА
23. Синдромы поражения моста мозга (2): 1. Броун-Секара 2. Мийяра-Гублера 3. Валленберга-Захарченко 4. Туретта 5. Фовилля	**2,5**	ТК
24. Лагофтальм, феномен Белла, паралич лобной и круговой мышцы глаза, гиперакузия, слезотечение, выпадение вкуса на передних 2/3 языка. Локализация поражения (1): 1. корково-ядерный путь 2. варолиев мост 3. лицевой нерв в канале пирамиды височной кости 4. лицевой нерв в области "гусиной лапки" 5. вестибулокохлеарный нерв	**3**	ТК
25.Пациента беспокоят приступы кратковременной (несколько секунд) интенсивной боли в области правой нижней челюсти, которые возникают несколько раз в день, провоцируется разговором, жеванием и чисткой зубов. При обследовании вне приступа боли неврологических нарушений не выявлено. Диагноз (1): **1.** ганглионит гассерова узла **2.** невралгия первой ветви тройничного нерва **3.** невралгия второй ветви тройничного нерва **4.** невралгия третьей ветви тройничного нерва **5.** невралгия языкоглоточного нерва	**4**	ТК
26. При центральном парезе мимических мышц выявляется (1):	**3**	ТК, ПА

1. лагофтальм **2.** феномен Белла **3.** опущение угла рта **4.** сглаженность лобных складок **5.** головокружение		
27.К мышцам, иннервируемым тройничным нервом, относят (2): **1.** височные **2.** щечные **3.** жевательные **4.** круговую мышцу рта **5.** трапециевидную мышцу	**1,3**	ТК
28.У пациента снижен слух в правом ухе, установлена нейросенсорная тугоухость; справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; отмечается интенционный тремор при выполнении координаторных проб в правых конечностях. Синдромы (2): 1) поражение правого кохлеовестибулярного нерва 2) парез мимических мышц правой половины лица по центральному типу 3) правосторонняя мозжечковая атаксия 4) правосторонний центральный гемипарез 5) корковый тип расстройства чувствительности на лице	**1,3**	ТК
29.Кардинальный симптом, отличающий периферический паралич мимических мышц от центрального (1): **1.** наличие сопутствующей гемиплегии **2.** паралич всех мимических мышц на пораженной стороне **3.** утрата слуха **4.** сопутствующий паралич VI нерва **5.** головокружение	**2**	ТК, ПА
30.Для невралгии тройничного нерва характерно (1): **1.** молодой возраст больных **2.** боль локализуется в области всех ветвей **3.** боль кратковременна и напоминает удар электрического тока **4.** в межприступный период, как правило, обнаруживается нарушение болевой чувствительности на лице в области иннервации соответствующей ветви нерва **5.** лагофтальм.	**3**	ТК
31.У пациента развивается сильное головокружение, онемение правой половины лица и левых конечностей. Головокружение ощущается в виде вращения собственного тела, сопровождается тошнотой и рвотой. При обследовании отмечается ослабление болевой чувствительности на правой половине лица и в левой половине туловища и конечностях. Синдромы (2): 1) альтернирующий тип расстройства чувствительности 2) корковый тип расстройства чувствительности 3) вестибулярное головокружение 4) мозжечковая атаксия 5) левосторонний центральный гемипарез	**1,3**	ТК
32.Чем обусловлено слезотечение при поражении лицевого нерва (1)? **1.** поражением большого каменистого нерва **2.** избыточной продукцией слезной жидкости	**3**	ТК

3. слабостью круговой мышцы глаза **4.** поражением барабанной струны **5.** поражением n.stapedius.		
33.Паралич всей мимической мускулатура справа сочетается с левосторонней спастической гемиплегией. Локализация поражения (1)? **1.** прецентральная извилина **2.** внутренняя капсула **3.** мост **4.** продолговатый мозг **5.** таламус	**3**	ТК
34.У пациента справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удаётся выполнить мимические пробы, при зажмуривании видна белковая оболочка правого глаза, наблюдается слезотечение из правого глаза, правый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка справа. Локализация поражения (1): 1) лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва 2) лицевой нерв после ответвления от него большого каменистого нерва, но до ответвления барабанной струны 3) лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны 4) правая половина варолиева моста 5) левая прецентральная извилина	**2**	ТК
35.Альтернирующие синдромы обусловлены поражением (1): **1.** внутренней капсулы **2.** мозжечка **3.** ствола мозга **4.** спинного мозга **5.** прецентральной извилины	**3**	ТК, ПА
36.При поражении коркового отдела слухового анализатора могут возникнуть (1): **1.** шум в ухе **2.** гипакузия **3.** слуховые галлюцинации **4.** анакузия **5.** гиперакузия	**3**	ТК
37.Боли в зубах верхней челюсти слева; снижение всех видов чувствительности на левой щеке, болезненность при пальпации области инфраорбитального отверстия. Проводниковых нарушений нет. Локализация поражения (1): 1) правая половина варолиевого моста 2) гассеров узел 3) 2-я ветвь тройничного нерва 4) шейная симпатическая цепочка 5) основание моста	**3**	ТК
38.Справа лагофтальм, феномен Белла, паралич лобной и круговой мышцы глаза, слезотечение из правого глаза, гиперакузия на правое ухо; выпал вкус на передних 2/3 правой половины языка. Локализация поражения (1): 1) корково-ядерный путь слева 2) варолиев мост 3) лицевой нерв в канале пирамиды височной кости 4) языкоглоточный нерв 5) добавочный нерв	**3**	ТК

39.Признаки вестибулярного нейронита (2): **1.** головная боль **2.** интенсивное головокружение 3. тошнота, рвота 4. нарушение глотания 5. изменение голоса	**2,3**	ТК, ПА
40.Паралич мимической мускулатуры справа; отсутствие слезоотделения из правого глаза с явлениями нейропаралитического кератита; выпадение правого корнеального рефлекса, выпадение вкуса на передних 2/3 правой половины языка; глухота на правое ухо. Проводниковых нарушений нет. Локализация поражения (1): 1) правая половина варолиева моста 2) продолговатый мозг 3) корково-ядерный путь слева 4) мосто-мозжечковый угол 5) внутренняя капсула	**4**	ТК
41.Пароксизмы системного головокружения, рвоты, атаксии, шума в ухе и снижения слуха. Проводниковых нарушений нет. Локализация поражения (1): 1) височная доля 2) мост мозга 3) преддверно-улитковый нерв 4) блуждающий нерв 5) лабиринт	**5**	ТК
42.Интенсивная боль в правой лобно-орбитальной области, пузырьковые высыпания на коже лба и века справа и роговице. Локализация поражения? (1) 1. 1 ветвь V нерва 2. гассеров узел 3. ядро нисходящего корешка V нерва в продолговатом мозгу 4. VII нерв 5. IX нерв	**1**	ТК
43.Где расположен корковый центр слуха (1)? **1.** лобная доля **2.** теменная доля **3.** височная доля **4.** затылочная доля **5.** кора мозжечка	**3**	ТК, ПА
44.Самая частая причина поражения мостомозжечкового угла (1): 1) опухоль височной доли мозга 2) поражение лицевого нерва в фалопиевом канале 3) невринома преддверно-улиткового нерва 4) нарушение кровообращения в продолговатом мозге 5) герпетический энцефалит	**3**	ТК, ПА
45.Контрактура жевательных мышц (тризм). Какой нерв или его связи в стволе мозга поражены (1)? 1) тройничный нерв 2) лицевой нерв 3) языкоглоточный нерв 4) блуждающий нерв 5) добавочный нерв	**1**	ТК

46.Парез нижних отделов мимической мускулатуры слева, сочетающийся с отклонением при высовывании языка влево. Локализация поражения (1)? 1) ядро лицевого нерва 2) канал лицевого нерва 3) корково-ядерный путь 4) левая половина продолговатого мозга 5) левая половина мозжечка	**3**	ТК
47.Какой из перечисленных рефлексов закономерно выпадает при процессах, поражающих область мостомозжечкового угла (1)? 1) роговичный 2) хоботковый 3) коленный 4) глоточный 5) ладонно-подбородочный	**1**	ТК
48.Нарушение чувствительности на одной половине лица и противоположной половине тела возникает при поражении (1): 1) ствола мозга 2) таламуса 3) внутренней капсулы 4) прецентральной извилины 5) постцентральной извилины	**1**	ТК
49.Выпадение чувствительности сегментарно-диссоциированного характера в наружных отделах лица ("луковичный" тип анестезии) обусловлено поражением (1): 1) 1 ветвь тройничного нерва 2) спинального ядра тройничного нерва 3) 2 шейного корешка 4) лицевого нерва 5) добавочного нерва	**2**	ТК
50.Псевдобульбарный синдром возникает при поражении (1): 1) добавочного нерва 2) языкоглоточного и блуждающего нервов 3) подъязычного нерва 4) корково-ядерных путей с двух сторон 5) продолговатого мозга	**4**	ТК, ПА
51.Симптом одностороннего поражения корково-ядерных путей (1): 1) насильственный плач 2) насильственный смех 3) оживление глоточных рефлексов 4) оживление нижнечелюстного рефлекса 5) парез половины языка по центральному типу	**5**	ТК, ПА
52.Вестибулярная атаксия возникает при поражении (2): 1) спинного мозга, 2) ствола головного мозга, 3) ножек мозга, 4) левой височной доли, 5) полукружных канальцев.	**2,5**	ТК
53.При псевдобульбарном синдроме в отличие от	**2,3**	ТК, ПА

бульбарного синдрома отмечаются (2): 1) снижение глоточных рефлексов, 2) повышение нижнечелюстного рефлекса, 3) насильственный плач, 4) дисфония, 5) дисфагия.		
54.Для выявления невриномы слухового нерва необходимо проведение (1): 1) рентгенографии черепа, 2) магнитно-резонансной томографии головного мозга, 3) эхоэнцефалоскопии, 4) электроэнцефалографии, 5) люмбальной пункции.	**2**	ТК
55.На поражение ядра тройничного нерва в продолговатом мозге указывает (1): 1) гипестезия в зонах Зельдера 2) гипестезия в зоне ветви нерва 3) гипестезия на всей области лица и шее 4) периферический парез лицевой мускулатуры 5) слезотечение	**1**	ТК, ПА
56. Черепные нервы мостомозжечкового угла (3): 1) отводящий 2) тройничный 3) лицевой 4) преддверно-улитковый 5) языкоглоточный	**2,3,4**	ТК, ПА
57. Передние 2/3 вкусовых рецепторов языка иннервируются черепным нервом(1): 1) отводящим 2) тройничным 3) лицевым 4) преддверно-улитковым 5) языкоглоточным	**3**	ТК, ПА
58.Поражение волокон, входящих в n.petrosus superficialis major, приводит к появлению (2): 1) покраснению половины лица 2) снижению слуха 3) слезотечению 4) сухости глаза 5) отсутствию слезотечения	**4,5**	ТК
59.Гиперакузия - это (1): 1) повышение остроты зрения 2) повышение чувствительности вкусовых рецепторов 3) повышенное слюноотделение 4) усиленное неприятное восприятие звука **5) повышенное слезоотделение**	**4**	ТК, ПА
60.Гиперакузия возникает при поражении (1): 1) гассерова узла 2) n.stapedius 3) n.petrosus superficialis major 4) барабанной струны 5) красного ядра	**2**	ТК, ПА
61.Синдром Мийара-Гублера включает поражение следующего черепного нерва (1):	**3**	ТК

1. отводящего **2.** тройничного **3.** лицевого **4.** преддверно-улиткового **5.** языкоглоточного		
62.Синдром Фовилля включает поражение следующих черепных нервов (2): 1) тройничного 2) отводящего 3) лицевого 4) преддверно-улиткового 5) блуждающего	**2,3**	ТК
63.Почему высокое поражение лицевого нерва в месте его выхода из ствола не сопровождается гиперакузией (1): 1) из-за сохранности волокон, идущих к стремечку 2) из-за сочетанного поражения VIII пары 3) из-за сохранности ядер, от которых начинаются волокна, идущие к стремечку 4) из-за выраженных вестибулярных расстройств 5) из-за выраженного шума в ушах	**2**	ТК
64.Восприятие вкуса с передних 2/3 языка осуществляется нейронами, расположенными в области (1): 1) гассерова узла 2) коленчатого узла 3) красного ядра 4) крыло-небного узла 5) вестибулярного узла	**2**	ТК
65.Агевзия - это (1): 1) отсутствие слуха 2) отсутствие обоняния 3) извращенное обоняние 4) слуховые галлюцинации 5) отсутствие вкуса	**5**	ТК, ПА
66.Синдром Рамсея Ханта - это (1): 1) острое снижение слуха 2) герпетическое поражение лицевого нерва 3) альтернирующий синдром 4) отсутствие слезотечения 5) выраженное покраснение половины лица	**2**	ТК
67.Укажите наиболее частую причину пареза мимических мышц по центральному типу (1): 1) черепно-мозговая травма 2) энцефалит 3) рассеянный склероз 4) боковой амиотрофический склероз **5) инсульт**	**5**	ТК, ПА
68.Укажите место вхождения преддверно-улиткового нерва в ствол головного мозга (1): 1) на уровне верхних бугорков четверохолмия 2) на уровне нижних бугорков четверохолмия 3) в области олив 4) в области мостомозжечкового угла 5) на уровне нижних отделов продолговатого мозга	**4**	ТК, ПА

69. Зоны Зельдера - это области (1): 1) болевой чувствительности на туловище 2) болевой и температурной чувствительности на лице 3) болевой чувствительности на руках 4) болевой чувствительности на ногах 5) вегетативных нарушений на туловище.	**2**	ТК, ПА
70.Кожа лобно-теменной части головы иннервируется (1): 1) верхними шейными корешками спинного мозга 2) добавочным нервом 3) лицевым нервом 4) тройничным нервом 5) блуждающим нервом.	**4**	ТК, ПА
71.Атрофия жевательных мышц возникает при поражении (1): 1) лицевого нерва 2) тройничного нерва 3) добавочного нерва 4) блуждающего нерва 5) отводящего нерва.	**2**	ТК, ПА
72.У пациента справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не удаётся выполнить мимические пробы, при зажмуривания видна белковая оболочка правого глаза, слезотечение из правого глаза, правый глаз редко моргает, утрачен вкус на передних двух третях языка справа. Перечислите имеющиеся синдромы (3): 1. парез мышц лица по периферическому типу, 2. лагофтальм, 3. симптом Белла, 4. гиперакузия, 5. дисфагия.	**1,2,3**	ТК
73.У пациента слева сглажена носогубная складка и опущен угол рта, при улыбке - перекос рта вправо; в левых конечностях выявляются снижение силы и объёма движений, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского. Перечислите имеющиеся синдромы (2): 1. парез левой половины лица по центральному типу, 2. парез левой половины лица по периферическому типу, 3. поражение преддверно-улиткового нерва, 4. левосторонний центральный гемипарез, 5. левосторонняя гемиатаксия.	**1,4**	ТК
74.У пациента снижен слух справа, установлена нейросенсорная тугоухость; справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, затруднено выполнение мимических проб; ослаблены все виды чувствительности на правой половине лица; интенционный тремор при выполнении координаторных проб в правых конечностях. Укажите локализацию поражения (1): **1.** правая половина варолиева моста, **2.** мостомозжечковый угол справа, **3.** прецентральная и постцентральная извилины левого полушария головного мозга. **4.** правый лицевой нерв в фалопиевом канале, **5.** правый гассеров узел.	**2**	ТК
75.У пациента развивается сильное головокружение с онемением правой половины лица и левых конечностей,	**1,3**	ТК

тошнота и рвота. При обследовании отмечается ослабление болевой и температурной чувствительности на правой половине лица и в левой половине туловища и левых конечностях. Укажите имеющиеся синдромы (2): **1.** альтернирующий тип расстройства чувствительности, **2.** корковый тип расстройства чувствительности, **3.** вестибулярное головокружение, **4.** мозжечковая атаксия, **5.** левосторонний центральный гемипарез.		
76.Пациента беспокоят приступы кратковременной (несколько секунд) интенсивной боли в области правой нижней челюсти, которые возникают несколько раз в день, провоцируется разговором, жеванием и чисткой зубов. При обследовании вне приступа боли неврологических нарушений не выявлено. Диагноз ? (1): **1.** ганглионит гассерова узла, **2.** невралгия первой ветви тройничного нерва, **3.** невралгия второй ветви тройничного нерва, **4.** невралгия третьей ветви тройничного нерва, **5.** невралгия языкоглоточного нерва.	**4**	ТК
77.У женщины 60 лет справа сглажены лобные и носогубная складки, опущен угол рта, не выполняются мимические пробы, отмечается сухость глаза. Укажите, что поражено (1): 1. поражение тройничного нерва справа, 2. поражение преддверно-улиткового нерва справа, 3. поражение преддверно-улиткового нерва слева, 4. поражение лицевого нерва справа, 5. поражение лицевого нерва слева.	**4**	ТК
78.Поражение двигательной порции тройничного нерва сопровождается (2): 1. нарушениями глотания, 2. нарушениями артикуляции, 3. периферическим параличом жевательных мышц, 4. повышением нижнечелюстного рефлекса, 5. утратой нижнечелюстного рефлекса.	**3,5**	ТК, ПА
79.Основные причины тризма (2): **1. рассеянный склероз,** **2. столбняк,** **3. менингит,** **4. абсцесс головного мозга,** **5. ишемический инсульт.**	**2,3**	ТК
80.Основные причины нарушения чувствительности по сегментарному типу вследствие поражения ядер тройничного нерва (3): 1. рассеянный склероз, 2. столбняк, 3. сирингобульбия, 4. болезнь Альцгеймера, 5. ишемический инсульт.	**1,3,5**	ТК
81.Краниальные нервы, получающие одностороннюю корковую иннервацию (2): 1. подъязычный нерв, 2. добавочный нерв, 3. преддверно-улитковый нерв, 4. нижняя порция ядра лицевого нерва,	**1,4**	ТК

5. верхняя порция ядра лицевого нерва,		
82.Краниальный нерв, обеспечивающий восприятие вкуса от передних 2/3 языка (1): 1. подъязычный нерв, 2. добавочный нерв, 3. блуждающий нерв, 4. преддверно-улитковый нерв, 5. лицевой нерв.	**5**	ТК, ПА
83.Структуры, поражение которых наиболее часто сочетается с поражением лицевого нерва в области мостомозжечкового угла (4): 1. отводящий нерв, 2. тройничный нерв, 3. блуждающий нерв, 4. преддверно-улитковый нерв, 5. мозжечок.	**1,2,4,5**	ТК
84.У больных с нарушением сознания центральный парез мимических мышц часто проявляется (1): 1. нарушениями глотания, 2. нарушениями дыхания, 3. снижением нижнечелюстного рефлекса, 4. феноменом «паруса» щеки, 5. снижением слюноотделения.	**4**	ТК, ПА
85.Какие синдромы относятся к альтернирующим (2): 1. Рамсея Ханта, 2. Фовилля, 3. Горнера, 4. Мийяра-Гублера, 5. Броун-Секара.	**2,4**	ТК
86. При поражении тройничного нерва могут утрачиваться рефлексы (2): 1. роговичный, 2. глоточный, 3. нижнечелюстной, 4. с мягкого неба, 5. зрачковые реакции на свет.	**1,3**	ТК, ПА
87. Поражение нижней части ядра тройничного нерва вызывает утрату чувствительности в области (1): 1. наружного сегмента лица, 2. средней части лица, 3. рта, 4. глаз, 5. мягкого неба.	**1**	ТК
88. Утрата чувствительности на лице может быть вызвана поражением (2): 1. прецентральной извилины, 2. затылочной доли, 3. постцентральной извилины, 4. зрительного бугра, 5. тройничного нерва.	**3,4,5**	ТК
89. Симптомы поражения двигательной части тройничного нерва (2): 1. слабость круговой мышцы глаза, 2. слабость мышц языка,	**3,5**	ТК, ПА

3. слабость жевательных мышц, 4. утрата глоточного рефлекса, 5. утрата нижнечелюстного рефлекса.		
90. Причины поражения ветвей тройничного нерва (3): 1. инфаркт головного мозга, 2. кровоизлияние в мозг, 3. менингит, 4. опухоль головного мозга, 5. аневризма церебральной артерии.	**3,4,5**	ТК
91. Причины нарушения чувствительности на лице по сегментарному типу (3): 1. инфаркт головного мозга, 2. менингит, 3. рассеянный склероз, 4. боковой амиотрофический склероз, 5. сирингобульбия.	**1,3,5**	ТК, ПА
92. Самая частая причина периферического пареза мимических мышц (1): 1. инфаркт головного мозга, 2. кровоизлияние в мозг, 3. рассеянный склероз, 4. невропатия лицевого нерва, 5. сирингомиелия.	**4**	ТК, ПА
93. Самая частая причина центрального пареза мимических мышц (1): 1. инфаркт головного мозга, 2. боковой амиотрофический склероз, 3. рассеянный склероз, 4. невропатия лицевого нерва, 5. сирингобульбия.	**1**	ТК, ПА
94. Синдром Рамсея-Ханта (2): 1. периферический парез мышц лица, 2. односторонняя тугоухость, 3. нистагм, 4. утрата чувствительность в области наружного сегмента лица, 5. герпетические высыпания и боли в области ушной раковины и неба.	**1,5**	ТК
95. Нейросенсорная тугоухость возникает при поражении (2): 1. среднего уха, 2. кортиева органа улитки, 3. преддверно-улиткового нерва, 4. теменной доли, 5. височной доли.	**2,3**	ТК, ПА
96. Причины вестибулярного головокружения (2): 1. укачивание, 2. физическое напряжение, 3. эмоциональное напряжение, 4. наблюдение за движущимися предметами, 5. последствие алкогольного опьянения.	**1,5**	ТК, ПА
97. Самые частые причины периферического вестибулярного головокружения (3): 1. шейный остеохондроз, 2. вертебробазилярная недостаточность, 3. вестибулярный нейронит,	**3,4,5**	ТК, ПА

4. болезнь Меньера, 5. доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение.		
98. Самые частые причины центрального вестибулярного головокружения (2): 1. инфаркт головного мозга, 2. рассеянный склероз, 3. боковой амиотрофический склероз, 4. сирингомиелия, 5. мигрень.	**1,5**	ТК, ПА
99. Причина доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (1): 1. внутричерепная гипертензия, 2. вертебробазилярная недостаточность, 3. энцефалит, 4. образование отолитов в каналах лабиринта, 5. тромбоз церебральных венозных синусов.	**4**	ТК, ПА
100. Вероятный генез вестибулярного нейронита (1): 1. вирусный или инфекционно-аллергический, 2. дефицит тиамина, 3. дефицит цианокобаламина, 4. сосудистый (инфаркт нерва), 5. посттравматический.	**1**	ТК

Шифр и наименование компетенции:
-готовность к ведению медицинской документации (ОПК-6);

Раздел дисциплины (тема): Клиника поражения продолговатого мозга, IX-XII пары черепных нервов (Тема 10).

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

1. Дизартрия, девиация языка влево, внешних изменений языка нет. Локализация поражения (1): 1) левый подъязычный нерв, 2) правый подъязычный нерв, 3) левый корково-ядерный путь, 4) правый корково-ядерный путь, 5) правая половина продолговатого мозга.	4	ТК
2. Атрофия трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц справа, опущение правого плеча, затруднён поворот головы влево. Локализация поражения (1): 1) левый добавочный нерв, 2) правый добавочный нерв, 3) левый корково-ядерный путь, 4) правый корково-ядерный путь, 5) левая половина продолговатого мозга.	2	ТК
3. Бульбарный синдром возникает при поражении (2): 1) добавочного нерва, 2) языкоглоточного и блуждающего нервов, 3) верхних шейных корешков спинного мозга, 4) продолговатого мозга, **5)** корково-ядерного пути с двух сторон.	2,4	ТК, ПА
4. Проявления бульбарного синдрома (3): 1) дисфония, 2) дисфагия,	1,2,3	ТК, ПА

3) дизартрия, 4) оживление глоточных рефлексов, **5)** симптомы орального автоматизма.		
5. Псевдобульбарный синдром возникает при поражении (1): 1) добавочного нерва, 2) языкоглоточного и блуждающего нервов, 3) подъязычного нерва, 4) корково-ядерного пути с двух сторон, **5)** продолговатого мозга.	4	ТК, ПА
6. Проявления псевдобульбарного синдрома (3): 1) парез трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц, 2) дисфагия, 3) снижение глоточных рефлексов, 4) насильственный смех, **5)** положительный ладонно-подбородочный симптом.	2,4,5	ТК, ПА
7. Дисфагия, опущение правой половины мягкого неба и ослабление её подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа. Локализация поражения (1): 1) правый подъязычный нерв, 2) правый добавочный нерв, 3) правый языкоглоточный нерв, 4) левая половина продолговатого мозга, 5) корково-ядерный путь с двух сторон.	3	ТК
8. **Дизартрия, девиация языка вправо, атрофия правой половины языка, слева – центральный гемипарез. Локализация поражения (1):** 1) левый подъязычный нерв, 2) корково-ядерный путь слева, 3) правый языкоглоточный нерв, 4) левая половина продолговатого мозга, **5)** правая половина продолговатого мозга.	5	ТК
9. **Дисфагия, дизартрия, ослабление подвижности мягкого нёба с обеих сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач. Локализация поражения (1):** 1) корково-ядерный путь с двух сторон, 2) продолговатый мозг, 3) подъязычные нервы, 4) языкоглоточные нервы, 5) блуждающие нервы.	1	ТК
10. После операции на щитовидной железе у пациента возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки. Повреждена ветвь нерва (1): 1) подъязычного, 2) добавочного, 3) языкоглоточного, 4) блуждающего, 5) глазодвигательного.	4	ТК
11. **Дисфагия, дисфония, снижение правого глоточного рефлекса, ослабление болевой и температурной чувствительности в левых конечностях и левой половине туловища. Локализация поражения (1):** 1) весь поперечник продолговатого мозга, 2) дорсолатеральный отдел правой половины продолговатого мозга, 3) дорсолатеральный отдел левой половины продолговатого мозга, 4) вентральный отдел правой половины продолговатого мозга, 5) вентральный отдел левой половины продолговатого мозга.	2	ТК

12. У пациента девиация языка влево, внешних изменений языка нет, в левой руке – центральный парез. Локализация поражения (1): 1) правая прецентральная извилина, 2) левая прецентральная извилина, 3) правая половина продолговатого мозга, 4) левая половина продолговатого мозга, 5) правый подъязычный нерв.	1	ТК
13. **Дисфагия, дизартрия, девиация языка вправо без атрофии, симптомы орального автоматизма, правосторонний центральный гемипарез. Локализация поражения (2):** 1) корково-ядерный путь с двух сторон, 2) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь, 3) левый корково-спинномозговой (пирамидный) путь, 4) правая половина продолговатого мозга, **5)** левая половина продолговатого мозга.	1,3	ТК
14. При двустороннем поражении добавочного нерва наблюдается (1): 1) «свисающая» голова, 2) периферический парез верхних конечностей, 3) центральный парез верхних конечностей, 4) дисфония, 5) дисфагия.	1	ТК
15. Дисфагия, дисфония, дизартрия, атрофии и фасцикуляции мышц языка, глоточные рефлексы отсутствуют, рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, парезы конечностей с атрофиями, фасцикуляциями, оживлением рефлексов и симптомом Бабинского с двух сторон. Неврологические нарушения (3): 1) бульбарный синдром, 2) псевдобульбарный синдром, 3) центральный тетрапарез, 4) периферический тетрапарез, **5)** смешанный тетрапарез.	1,2,5	ТК
16. При периферическом парезе языка в отличие от его центрального пареза наблюдается (1): 1) центральный парез конечностей, 2) периферический парез конечностей, 3) атрофия и фибрилляции мышц языка, 4) дизартрия, 5) дисфагия.	3	ТК, ПА
17. При псевдобульбарном синдроме в отличие от бульбарного синдрома отмечаются (2): 1) снижение глоточных рефлексов, 2) повышение нижнечелюстного рефлекса, 3) насильственный плач, 4) дисфония, 5) дисфагия.	2,3	ТК, ПА
18. Симптомы двустороннего поражения корково-ядерных путей (3): 1) дисфония, 2) оживление глоточных рефлексов, 3) дисфагия, 4) атрофии и фибрилляции мышц языка, **5)** «свисающая голова».	1,2,3	ТК, ПА
19. Симптом одностороннего поражения корково-ядерного пути (1): 1) насильственный плач, 2) насильственный смех, 3) оживление глоточных рефлексов,	5	ТК, ПА

4) оживление нижнечелюстного рефлекса, **5)** парез половины мышц языка по центральному типу.		
20. При бульбарном синдроме в отличие от псевдобульбарного синдрома отмечается (1): 1) снижение глоточных рефлексов, 2) повышение нижнечелюстного рефлекса, 3) насильственный плач, 4) дисфония, 5) дисфагия.	1	ТК, ПА
21. Дисфагия и дисфония, синдром Горнера справа, выпадение чувствительности на правой половине лица и на левой половине туловища и левых конечностях. Локализация поражения (1): 1) правая половина шейного утолщения 2) правая половина продолговатого мозга 3) правый блуждающий нерв 4) шейная симпатическая цепочка **5)** правый кортикоспинальный путь	2	ТК
22. Аневризма аорты сопровождается дисфонией при отсутствии нарушения глотания. Что повреждено (1)? 1) основной ствол блуждающего нерва 2) возвратный нерв 3) языкоглоточный нерв 4) двойное ядро блуждающего и языкоглоточного нерва **5)** кортикоспинальный путь	2	ТК, ПА
23. Дисфония и дисфагия, при фонации не напрягается правая половина мягкого нёба, паралич правой голосовой связки. Локализация поражения (1): 1) подъязычный нерв 2) двойное ядро 3) средний мозг 4) левый корково-ядерный путь **5)** правый корково-ядерный путь	2	ТК
24. При двустороннем поражении корково-ядерных путей возникает синдром (1): 1) бульбарный 2) псевдобульбарный 3) тетраплегия 4) гемигипестезия **5)** афазия	2	ТК, ПА
25) Глоссоплегия, атрофия языка, анартрия. Проводниковых расстройств нет. Локализация поражения (1): 6) двустороннее поражение подъязычных нервов 7) верхний отдел продолговатого мозга 8) правый языкоглоточный нерв 9) правый блуждающий нерв **10)** левый блуждающий нерв	1	ТК, ПА
26) При опухоли основания задней черепной ямки наряду с другими образованиями повреждены оба подъязычных нерва. Синдром (1): 1) дисфагия 2) анартрия 3) афония 4) насильственный плач **5)** насильственный смех	2	ТК
27) Признаки поражения правого подъязычного нерва и левосторонняя спастическая гемиплегия. Локализация поражения (1): 1) внутренняя капсула 2) таламус 3) средний мозг 4) мост	5	ТК

5) продолговатый мозг		
28) Причины возникновения бульбарного синдрома (2): 1) поражение добавочного нерва, 2) поражение языкоглоточного и блуждающего нервов, 3) поражение верхних шейных корешков спинного мозга, 4) поражение продолговатого мозга, **5)** поражение корково-ядерного пути с двух сторон.	2,4	ТК, ПА
29) Рефлексы орального автоматизма (2): 1)хоботковый 2)ладонно-подбородочный 3)Россолимо 4)корнеальный 5)Бабинского	1,2	ТК, ПА
30) Метод исследования, выявляющий повреждение ствола головного мозга (1): 6) эхоэнцефалоскопия 7) магнитно-резонансная томография 8) электроэнцефалография 9) люмбальная пункция **10)** офтальмоскопия	2	ТК
31) Тахикардия, аритмия, дыхание Чейна-Стокса, сменяющееся периодами тахипноэ, у больного инсультом. Локализация поражения (1): 1) двойное ядро 2) дорзальное ядро блуждающего нерва 3) ядро одиночного пучка 4) ядро нисходящего корешка тройничного нерва **5)** ядра таламуса	2	ТК
32) При поражении ядра подъязычного нерва отмечается (2): 1) атрофия контрлатеральной половины мышц языка 2) атрофия одноименной половины мышц языка 3) фибрилляции мышц языка 4) хоботковый рефлекс **5)** сосательный рефлекс	2,3	ТК, ПА
33) Нарушение речи при бульбарном синдроме (1): 1) диспросодия 2) моторная афазия 3) сенсорная афазия 4) скандированная речь **5)** дизартрия	5	ТК, ПА
34) Парез правой половины глотки и гортани, дисфагия, дисфония, атрофия трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц справа. Локализация поражения (1): 2) двойное ядро справа 3) передние рога начальных сегментов спинного мозга 4) двойное ядро слева 5) яремное отверстие справа 6) яремное отверстие слева	4	ТК
35) Дисфагия, дизартрия, дисфония, насильственный смех и плач, повышенный нижнечелюстной рефлекс, положительные рефлексы орального автоматизма, атрофий в мышцах языка нет. Локализация поражения (1): 1) ядра продолговатого мозга 2) корково-ядерные пути с двух сторон 3) двустороннее включение блуждающих нервов 4) корково-ядерный путь слева **5)** корково-спинальный путь слева	2	ТК
36) Двустороннюю корковую иннервацию имеют нервы (4): 1) языкоглоточный 2) блуждающий 3) добавочный	1,2,3,5	ТК, ПА

4) подъязычный 5) отводящий		
37) При поражении добавочного нерва возникает атрофия мышц (2): 1) передней зубчатой 2) грудино-ключично-сосцевидной 3) трапециевидной 4) двуглавой мышцы плеча **5)** трехглавой мышцы плеча	2,3	ТК
38) Симптомы центрального пареза подъязычного нерва справа и левосторонняя спастическая гемиплегия. Локализация поражения (1): 1) внутренняя капсула 2) средний мозг 3) мост 4) продолговатый мозг 5) внутренняя капсула	4	ТК
39) Язык при высовывании отклоняется вправо, правая половина его истончена, левосторонняя спастическая гемиплегия. Локализация поражения (1): 1) правый добавочный нерв 2) правый языкоглоточный нерв 3) правая половина продолговатого мозга 4) двойное ядро **5)** правый возвратный нерв	3	ТК
40) Носовой оттенок речи, охриплость голоса, дисфагия, повышен нижнечелюстной рефлекс, оживлены глоточные рефлексы. Синдром (1): 1) бульбарный паралич 2) псевдобульбарный паралич 3) альтернирующий 4) Броун-Секара **5)** Аргайля Робертсона	2	ТК
41) **При поражении ядра подъязычного нерва язык отклоняется (1)**: 1) в сторону поражения 2) в противоположную сторону 3) не отклоняется 4) вверх 5) вниз	1	ТК, ПА
42) У пациента девиация языка влево, внешних изменений языка нет, в левой руке – центральный парез. Локализация поражения (1): 1) правая прецентральная извилина **2)** левая прецентральная извилина **3)** правая половина продолговатого мозга 4) левая половина продолговатого мозга **5)** правый подъязычный нерв	1	ТК
43) При периферическом парезе мышц языка в отличие от центрального наблюдается (1): 1) центральный парез конечностей 2) периферический парез конечностей 3) атрофии и фибрилляции мышц языка 4) дизартрия **5)** дисфагия	3	ТК, ПА
44) Бульбарный синдром возникает при поражении (2): 1) добавочного нерва 2) языкоглоточного и блуждающего нервов 3) верхних шейных корешков спинного мозга 4) продолговатого мозга **5)** двустороннего поражения корково-ядерных путей	2,4	ТК, ПА

45) При поражении области двойного ядра в продолговатом мозгу справа вовлечен и пирамидный путь. Синдром (1): 1) левосторонняя гемианестезия 2) левосторонняя спастическая гемиплегия 3) нижняя спастическая параплегия 4) вялый паралич правой руки **5)** гемигипестезия	2	ТК
46) Утрата вкуса на задней трети языка справа, легкая дисфагия. Локализация поражения (1): 1) языкоглоточный нерв 2) блуждающий нерв 3) добавочный нерв 4) подъязычный нерв **5)** отводящий нерв	1	ТК
47) Альтернирующие синдромы обусловлены поражением (1): **1) внутренней капсулы** 2) мозжечка 3) ствола мозга 4) спинного мозга **5)** полушарий головного мозга	3	ТК, ПА
48) Глоточный рефлекс при бульбарном параличе (1): 1) повышен 2) понижен **3)** не меняется **4)** сопровождается хоботковым рефлексом **5)** сопровождается сосательным рефлексом	2	ТК, ППА
49) У больного спастический тетрапарез, язык неподвижен, атрофичен. Локализация поражения (1): 1) мост 2) внутренняя капсула справа 3) мозжечок 4) прецентральная извилина слева **5)** основание продолговатого мозга.	5	ТК
50) Дисфония, дисфагия, отклонение язычка влево, отсутствие рефлекса с задней поверхности глотки, правое плечо опущено, нарушен поворот головы влево. Локализация поражения (1) 1) левое яремное отверстие 2) правое яремное отверстие 3) средний мозг 4) внутренняя капсула справа **5)** прецентральная извилина справа.	2	ТК
51) При переломе основания черепа трещина проходит через переднее мыщелковое отверстие и рваное яремное отверстие. Возможные расстройства (4): 1) дизартрия 2) дисфония 3) парез мягкого неба 4) афазия **5)** отклонение языка	1,2,3,5	ТК
52) Дизартия, язык отклоняется влево, атрофия его левой половины, правосторонний центральный гемипарез. Локализация поражения (1): 1) верхний шейный отдел спинного мозга 2) продолговатый мозг 3) варолиев мост 4) внутренняя капсула **5)** прецентральная извилина	2	ТК
53) Атрофия и снижение силы обеих трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц. Локализация поражения (1). 1) средний шейный отдел спинного мозга	2	ТК

2) ядра добавочных нервов 3) варолиев мост 4) ядра блуждающих нервов 5) ядра языкоглоточных нервов		
54) Осиплость голоса, нарушение глотания, дизартрия, отсутствие глоточных рефлексов, атрофии, фибрилляции и ограничение движений языка. Синдром (1): 1) псевдобульбарный 2) бульбарный 3) Мийяра-Гублера 4) Броун-Секара **5)** Аргайля Робертсона	2	ТК
55) Девиация языка вправо, атрофия правой половины языка без фасцикуляций, других неврологических нарушений нет. Основное исследование (1): 1) электромиография 2) электроэнцефалография 3) эхоэнцефалоскопия 4) МРТ головного мозга **5)** реоэнцефалография	4	ТК
56) Исчезновения рефлекса с мягкого неба характерно для синдрома (1): 1) бульбарного 2) псевдобульбарного 3) Вебера 4) Бенедикта 5) Горнера.	1	ТК, ПА
57) Дизартрия, дисфагия, дисфония, отсутствие глоточных рефлексов, спастический тетрапарез. Локализация поражения (1). 1)мозжечок 2)базальные ганглии 3)внутренняя капсула 4)продолговатый мозг 5)прецентральная извилина с обеих сторон	4	ТК
58) Правосторонняя гемигипстезия, отклонение язычка вправо, парез левой половины мягкого неба. Локализация поражения (1): 1) правая половина продолговатого мозга 2) левая половина продолговатого мозга 3) мозжечок 4) внутренняя капсула слева 5) гипоталамус справа	2	ТК
59) Парез мягкого неба, язычка, голосовой связки с одной стороны и спастический гемипарез с гемианестезией – с другой стороны. Синдром (1): 1)Мийара-Гублера 2)Граденига 3)Горнера 4)Авеллиса 5)Джексона	4	ТК
60) Девиация языка влево, атрофии и фасцикуляции в нем, центральный гемипарез справа. Синдром (1): 1)Аргайля Робертсона 2)Джексона 3)Бенедикта 4)Мийара-Гублера 5)Фовиля	2	ТК
61) Атрофия, фибрилляции и девиация языка, невозможность свиста. Локализация поражения (1): 1) поражение корешка подъязычного нерва с одной стороны 2) поражение ядра подъязычного нерва с одной стороны	2	ТК

3) поражение корешков блуждающего и подъязычного нервов с обеих сторон 4) поражение ядер блуждающего и подъязычного нервов с обеих сторон 5) поражение лицевого нерва		
62) Анартрия возникает при поражении нерва (1): 1) подъязычного 2) лицевого 3) отводящего 4) языкоглоточного 5) блуждающего	1	ТК, ПА
63) Какие нарушения имеются как при бульбарном, так и при псевдобульбарном синдроме (3): 1)насильственный плач 2)насильственный смех 3)дизартрия 4)дисфония 5)дисфагия	3,4,5	ТК, ПА
64) Проявления псевдобульбарного синдрома (4): 1) парез грудино-ключично-сосцевидной мышцы 2) дисфагия 3) оживление глоточных рефлексов 4) насильственный смех 5) положительный хоботковый рефлекс	2,3,4,5	ТК, ПА
65) **Поражение ствола головного мозга может проявляться (3):** 1) гемиплегией 2) гемигипестезией 3) гемианопсией 4) поражением ядер черепно-мозговых нервов 5) аносмией	1,2,4	ТК
66) **У пациента дисфагия, дисфония, опущение левой дужки мягкого нёба и уменьшение её подвижности при фонации, снижение левого глоточного рефлекса, в левом глазу - сужение глазной щели и зрачка, энофтальм. Локализация поражения (2):** 1) подъязычный нерв 2) двойное ядро 3) корково-ядерный путь 4) симпатические пути в продолговатом мозге 5) боковые рога спинного мозга на уровне грудных сегментов	2,4	ТК
67) В основание варолиева моста справа поражен корково-спинномозговой путь. Синдром (1): 1) левосторонняя гемианестезия 2) левосторонняя спастическая гемиплегия 3) правосторонняя спастическая гемиплегия 4) нижняя спастическая параплегия 5) вялый паралич правой руки	2	ТК
68) Бульбарный синдром развивается при поражении (3): 1) корково-ядерных путей 2) ядер черепных нервов в продолговатом мозге 3) корешков каудальной группы черепных нервов 4) нервно-мышечных синапсов и мышц, иннервируемых каудальной группой черепных нервов 5) корково-спинномозговых путей	2,3,4	ТК, ПА
69. Дисфагия, дисфония, дизартрия, атрофии и фасцикуляции мышц языка, рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, парезы в конечностях без атрофий и фасцикуляций, симптом Бабинского. Неврологические нарушения (3):	1,2,3	ТК

1) бульбарный синдром 2) псевдобульбарный синдром 3) центральный тетрапарез 4) периферический тетрапарез 5) смешанный тетрапарез		
70. При псевдобульбарном синдроме в отличие от бульбарного отмечаются (3): 1) снижение глоточных рефлексов 2) насильственный смех 3) насильственный плач 4) положительный хоботковый рефлекс 5) дисфагия	2,3,4	ТК, ПА
71. Признаки псевдобульбарного паралича (2): 1) Хоботковый рефлекс 2) ладонно-подбородочный рефлекс 3) симптом Россолимо 4) снижение корнеального рефлекса 5) симптом Бабинского	1,2	ТК, ПА
72. Симптом одностороннего поражения корково-ядерных путей (1): 1) насильственный плач 2) насильственный смех 3) оживление глоточных рефлексов 4) оживление нижнечелюстного рефлекса 5) парез половины мышц языка по центральному типу	5	ТК, ПА
73. Одностороннюю корковую иннервацию имеют ядра нерва (1): 1) языкоглоточного 2) блуждающего 3) добавочного 4) подъязычного 5) отводящего	4	ТК, ПА
74. Язык отклоняется вправо, атрофии нет; в правых конечностях - снижение силы и объёма движений, оживление рефлексов, симптом Бабинского. Обследование (1): 1) электроэнцефалография 2) магнитно-резонансная томография головного мозга 3) реоэнцефалография 4) электромиография **5)** магнитная стимуляция	2	ТК
75) Атрофия и снижение силы мышц шеи и проксимальных отделов рук, «свисающая голова». Локализация поражения (2): 1) ядра добавочных нервов 2) ядра подъязычных нервов 3) шейное утолщение 4) ядра блуждающих нервов **5)** ядра лицевых нервов	1	ТК
76) **Девиация языка вправо, атрофия его правой половины без фасцикуляций, Локализация поражения (1):** 1) левый языкоглоточный нерв 2) правый языкоглоточный нерв 3) левый подъязычный нерв 4) правый подъязычный нерв 5) продолговатый мозг	3	ТК
77**) Вкусовую чувствительность с задней трети языка осуществляет нерв (1):** 1) языкоглоточный	1	ТК, ПА

2) блуждающий 3) добавочный 4) подъязычный 5) лицевой		
78) Назолалия – это (1): 1) нарушение глотания 2) нарушение вкуса 3) гнусавый оттенок голоса 4) осиплость голоса 5) нарушение понимания речи.	3	ТК, ПА
79) Дизартрия, язык при высовывании отклоняется влево, атрофия левой половины языка, правосторонний центральный гемипарез. Локализация поражения (1): 1) правая половина продолговатого мозга, 2) левая половина продолговатого мозга, 3) правая прецентральная извилина, 4) левая прецентральная извилина, 5) корково-ядерный путь с двух сторон	2	ТК
80) Дизартрия, язык при высовывании отклоняется влево, внешних изменений языка нет, левосторонняя центральная гемиплегия. Локализация поражения (1): 1) правая половина продолговатого мозга, 2) левая половина продолговатого мозга, 3) левый корково-ядерный путь, 4) правый корково-ядерный путь, 5) правый корково-спинномозговой (пирамидный) путь	5	ТК
81) Поражение языкоглоточного нерва наиболее часто сочетается с поражением нерва (2): 1) отводящего 2) добавочного 3) блуждающего 4) преддверно-улиткового 5) лицевого	2,3	ТК
82) Невралгия языкоглоточного нерва (3): 1) начинается внезапно 2) проявляется приступами кратковременной боли 3) проявляется болью в области основания языка, мягкого неба 4) сопровождаются преходящим гемипарезом 5) ничем не провоцируются	1,2,3	ТК, ПА
83) Основные причины поражения языкоглоточного и блуждающего нервов (3): 1) рассеянный склероз 2) черепно-мозговая травма 3) опухоль задней черепной ямки 4) сирингобульбия 5) нормотензивная гидроцефалия	2,3,4	ТК, ПА
84) Парагевзии – это (1): 1) снижение вкуса 2) снижение обоняния 3) вкусовые галлюцинации 4) нарушения речи 5) нарушения голосообразования	3	ТК, ПА
85) Парагевзии возникают при поражении (1): 1) ствола головного мозга 2) мостомозжечкового угла 3) внутренней капсулы 4) лобных долей	5	ТК, ПА

5) височных долей.		
86) Альтернирующие синдромы при поражении каудальных отделов ствола головного мозга (2): 1) Вебера 2) Бенедикта 3) Дежерина 4) Фовиля 5) Джексона.	3,5	ТК
87) Проявления синдрома Джексона (2): 1) парез мышц языка по центральному типу 2) парез мышц языка по периферическому типу 3) гемигипестезия 4) центральная гемиплегия 5) гемианопсия.	2,4	ТК
88) Проявления синдрома Дежерина (3): 1) центральная гемиплегия 2) парез мышц языка по периферическому типу 3) диплопия 4) снижение слуха 5) гемигипестезия.	1,2,5	ТК
89) Закупорка каких артерий вызывает синдромы Дежерина и Джексона (2): 1) передней мозговой 2) средней мозговой 3) позвоночной 4) основной 5) внутренней сонной.	3,4	ТК
90) Причины одностороннего поражения подъязычного нерва (2): 1) перелом основания мозга 2) инфаркт в области внутренней капсулы 3) кровоизлияние в таламус 4) кровоизлияние в мозжечок 5) расслаивающаяся аневризма сонной артерии.	1,5	ТК, ПА
91) Причины пареза мышц языка по центральному типу (4): 1) инсульт 2) опухоль 3) черепно-мозговая травма 4) сирингомиелия 5) рассеянный склероз.	1,2,3,5	ТК, ПА
92) Основной признак дизартрии (1): 1) трудности построения фраз 2) нарушение понимания речи 3) нарушение артикуляции речи 4) нарушения чтения 5) нарушения письма.	3	ТК, ПА
93) Анартрия - это (1): 1) нарушение понимания речи 2) невозможность речи 3) нарушение построения фраз 4) нарушения голосообразования 5) нарушение слуха.	2	ТК, ПА
94) Подъязычный нерв по составу волокон (1): 1) смешанный 2) чувствительный 3) двигательный	3	ТК, ПА

4) симпатический 5) парасимпатический.		
95) Атрофия половины мышц языка возникает при поражении (2): 1) мозжечка 2) корешка подъязычного нерва 3) корешка преддверно-улиткового нерва 4) ядра добавочного нерва 5) ядра подъязычного нерва.	2,5	ТК, ПА
96) Проявление дизартрии (1): 1) боли в области лица 2) речь по типу «каши во рту» 3) нарушение вкуса 4) боли в области нижней челюсти 5) осиплость голоса.	2	ТК, ПА
97) Парез мышц языка по центральному типу возникает при поражении (4): 1) прецентральной извилины 2) внутренней капсулы 3) лучистого венца 4) постцентральной извилины 5) ножки мозга.	1,2,3,5	ТК, ПА
98) Причина слабости и атрофии грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц – поражение нерва (1): 1) отводящего 2) подъязычного 3) добавочного 4) тройничного 5) блуждающего.	3	ТК
99) Насильственный плач наблюдается при синдроме (1): 1) бульбарном 2) псевдобульбарном 3) мозжечковом 4) Дежерина 5) Джексона.	2	ТК, ПА
100) Псевдобульбарный синдром имеет острое начало при (1): 1) опухоли ствола головного мозга 2) повторном инсульте 3) рассеянном склерозе 4) сирингомиелии 5) боковом амиотрофическом склерозе.	2	ТК

Шифр и наименование компетенции

-готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);

Раздел дисциплины (тема): Цереброспинальная жидкость. Менингеальный синдром. Внутричерепная гипертензия (Тема 11).

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

1. **Цереброспинальную жидкость продуцируют (1):** 1) сосуды твердой мозговой оболочки 2) сосуды мягкой мозговой оболочки 3) сосудистые сплетения желудочков головного мозга	**3**	ТК, ПА

4) пахионовы грануляции 5) венозные синусы головного мозга		
2. В течение суток цереброспинальная жидкость образуется в объеме (1): 1) 100-200 мл 2) 200-400 мл 3) 400-600 мл 4) 600-800 мл 5) более	**3**	ТК
3. Абсолютное показание к исследованию цереброспинальной жидкости (2): 1) гнойный менингит 2) серозный менингит 3) рассеянный склероз 4) инфаркт головного мозга 5) ушиб головного мозга	**1,2**	ТК, ПА
4. Исследование цереброспинальной жидкости обычно проводится путем прокола между остистыми отростками позвонков на уровне (1): 1) шейном 2) верхнем грудном 3) среднем грудном 4) нижнем грудном 5) поясничном	**5**	ТК, ПА
5. **Нормальное давление цереброспинальной жидкости при пункции, проводимой в положении лежа (1):** 1) до 50 мм водн. ст. 2) от 50 до 150 мм водн. ст. 3) от 150 до 300 мм водн. ст. 4) от 300 до 500 мм водн ст. 5) свыше 500 мм водн. ст.	**2**	ТК
6. Нормальное количество клеток в мкл цереброспинальной жидкости (1): 1) 0-5 2) 6-10 3) 11-19 4) 20-29 5) 30 и более	**1**	ТК, ПА
7. Нормальное содержание белка в 100 мл цереброспинальной жидкости (1): 1) 0-25 мг 2) 25-40 мг 3) 40-100 мг 4) 100-150 мг 5) 150-300 мг	**2**	ТК
8. Белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости характерна для (1): 1) ишемического инсульта 2) кровоизлияния в мозг 3) гнойного менингита 4) серозного менингита 5) опухоли головного мозга	**5**	ТК, ПА
9. Клеточно-белковая диссоциация в цереброспинальной жидкости характерна для (2):	**4,5**	ТК, ПА

1) ушиба головного мозга 2) бокового амиотрофического склероза 3) болезни Паркинсона 4) серозного менингита **5)** энцефалита		
10. Ксантохромия в цереброспинальной жидкости характерна для (2): 1) спонтанного субарахноидального кровоизлияния 2) травматического субарахноидального кровоизлияния 3) инфаркта головного мозга 4) гнойного менингита 5) серозного меннигита	**1,2**	ТК, ПА
11. Наиболее частое осложнение люмбальной пункции (1): 1) вклинение миндалин мозжечка в затылочное отверстие 2) височно-тенториальное вклинение 3) ликворная гипотензия 4) гнойный менингит 5) серозный менингит	**3**	ТК, ПА
12. Менингеальные симптомы (3): 1) ригидность шейных мышц 2) симптом Кернига 3) симптом Ласега 4) симптом Мацкевича 5) симптом Брудзинского	**1,2,5**	ТК, ПА
13. Менингеальный синдром характерен для (3): 1) субарахноидального кровоизлияния 2) инфаркта головного мозга 3) нормотензивной гидроцефалии 4) гнойного менингита 5) серозного менингита	**1,4,5**	ТК, ПА
14. Симптомы внутричерепной гипертензии (3): 1) головная боль 2) тошнота 3) неустойчивость при ходьбе 4) рвота 5) нистагм	**1,2,4**	ТК, ПА
15. Признаки внутричерепной гипертензии (2): 1) плоский тип электроэнцефалограммы 2) «застойные» диски зрительных нервов 3) атрофия головного мозга по данным рентгеновской компьютерной томографии 4) увеличение числа дополнительных сигналов при эхоэнцефалоскопии 5) повышение давления цереброспинальной жидкости свыше 300 мм водн. ст.	**2,5**	ТК, ПА
16. Наиболее частая причина гипертензивной гидроцефалии (1): 1) увеличение образования цереброспинальной жидкости 2) нарушение абсорбции цереброспинальной жидкости 3) препятствие току цереброспинальной жидкости 4) атрофия головного мозга 5) хроническая цереброваскулярная недостаточность	**3**	ТК, ПА
17. Нормотензивная гидроцефалия характерна для (2): 1) опухоли мозжечка 2) опухоли височной доли	**3,4**	ТК

3) последствия нейроинфекции 4) последствия субарахноидального кровоизлияния 5) аномалии Киари		
18. Височно-тенториальное вклинение характерно для патологических объемных образований в (1): 1) продолговатом мозге 2) варолиевом мосту 3) мозжечке 4) среднем мозге 5) большом полушарии	**5**	ТК, ПА
19. Быстрое развитие вклинения миндалин мозжечка в затылочное отверстие характерно для патологических объемных образований в (1): 1) лобной доле 2) височной доле 3) затылочной доле 4) зрительном бугре 5) мозжечке	**5**	ТК, ПА
20. При вклинении миндалин мозжечка в затылочное отверстие сдавливается (1): 1) ножка мозга 2) варолиев мост 3) продолговатый мозг 4) зрительный бугор 5) гипофиз	**3**	ТК, ПА
21. При выходе из полости черепа черепные нервы окутаны (2): 1) твердой мозговой оболочкой 2) паутинной оболочкой 3) мягкой мозговой оболочкой 4) жировой тканью 5) надкостницей	**1, 3**	ТК
22. При выходе из позвоночного канала спинномозговые нервы окутаны (2): 1) надкостницей 2) жировой тканью 3) твердой мозговой оболочкой 4) мягкой мозговой оболочкой 5) паутинной оболочкой	**3, 4**	ТК
23. Интрадуральное пространство представляет собой (1): 1) пространство между внутренним и наружным слоем твердой мозговой оболочки 2) пространство между твердой мозговой оболочкой и паутинной оболочкой 3) пространство между паутинной оболочкой и мягкой мозговой оболочкой 4) пространство между кожей и черепом 5) пространство между полушариями головного мозга	**1**	ТК
24. Между наружным и внутренним слоем твердой мозговой оболочки находятся (1): 1) оболочечные (менингеальные) артерии 2) оболочечные (менингеальные) вены 3) спинномозговая жидкость 4) лимфатические сосуды 5) лимфатические узлы	**1**	ТК
25. В черепе интрадуральное пространство - это (1): 1) венозные синусы 2) венозные сосуды 3) ликворное пространство	**1**	ТК

4) рыхлая соединительная ткань 5) желудочки головного мозга		
26. В интрадуральном пространстве позвоночного канала находятся (2): 1) венозные сосуды (сплетения) 2) рыхлая соединительная ткань 3) лимфатические узлы 4) цереброспинальная жидкость 5) венозные синусы	**1, 2**	ТК
27. Пахионовы грануляции представляют собой (1): 1) ворсины, с помощью которых паутинная оболочка фиксируется к твердой мозговой оболочке 2) венозные сплетения 3) слой твердой мозговой оболочки 4) ворсины, с помощью которых твердая мозговая оболочка фиксируется к черепу 5) слой мягкой мозговой оболочки	**1**	ТК
28. Паутинная оболочка состоит из (3): 1) наружной клеточной мембраны 2) внутреннего слоя соединительной ткани 3) сети тонких трабекул (сосудистая «паутина») 4) лимфатических узлов 5) венозных синусов	**1, 2, 3**	ТК
29. Мягкая мозговая оболочка состоит из (1): 1) сети артериальных сосудов 2) сети венозных сосудов 3) тонкого слоя мезодермальных клеток 4) рыхлого слоя соединительной ткани 5) надкостницы	**3**	ТК
30. Мягкая мозговая оболочка покрывает (4): 1) поверхность головного мозга 2) поверхность спинного мозга 3) желудочки 4) черепные нервы в месте выхода из черепа 5) спинномозговые нервы в месте выхода из черепа	**1, 2, 4, 5**	ТК
31. Мягкая мозговая оболочка фиксирована к мозгу с помощью (1): 1) эктодермальной мембраны 2) сети тонких трабекул 3) слоя мезодермальных клеток 4) надкостницы 5) рыхлого слоя соединительной ткани	**1**	ТК
32. Субарахноидальное пространство – это (1): 1) пространство между твердой и паутинной оболочкой 2) пространство между паутинной и мягкой оболочкой 3) пространство между слоями твердой мозговой оболочки 4) венозные синусы 5) пространство между полушариями головного мозга	**2**	ТК, ПА
33. Субарахноидальное пространство заполнено (1): 1) сетью артериальных сосудов 2) сетью венозных сосудов 3) цереброспинальной жидкостью 4) рыхлой соединительной тканью 5) лимфой	**3**	ТК, ПА
34. Цистерна мозга – это (1): 1) пространство между слоями твердой мозговой оболочки 2) область расширения субарахноидального пространства 3) венозные синусы 4) пространство между твердой и паутинной мозговыми оболочками 5) интрадуральное пространство	**2**	ТК
35. Субарахноидальное пространство простирается до (1): 1) I-II поясничных позвонков 2) XII грудного позвонка	**3**	ТК

3) копчика 4) большого затылочного отверстия 5) ствола мозга		
36. Цереброспинальная жидкость из желудочков головного мозга через отверстие Мажанди поступает в (1): 1) конечную цистерну 2) большую цистерну 3) венозные синусы 4) центральный канал спинного мозга 5) интрадуральное пространство	**2**	ТК
37. Большую цистерну мозга ограничивают (2): 1) продолговатый мозг 2) средний мозг 3) мост 4) миндалины мозжечка 5) спинной мозг	**1, 4**	ТК
38. В конечной цистерне проходит (1): 1) спинной мозг 2) черепные нервы 3) корешки конского хвоста 4) ствол мозга 5) конус спинного мозга	**3**	ТК
39. У каждого бокового желудочка выделяют (4): 1) передний рог 2) тело (средняя часть) 3) задний рог 4) боковой рог 5) нижний рог	**1, 2, 3, 5**	ТК
40. Гематоэнцефалический барьер образуют (3): 1) эндотелий капилляров 2) базальная мембрана 3) рыхлая соединительная ткань 4) надкостница 5) эпителий венозных сосудистых сплетений	**1, 2, 5**	ТК, ПА
41. Функции цереброспинальной жидкости (3): 1) механическая защита головного мозга 2) выведение продуктов метаболизма головного мозга в кровеносное русло 3) перемещение растворенных веществ в пределах головного и спинного мозга 4) выведение продуктов метаболизма головного мозга в лимфатическую систему 5) перемещение растворенных веществ по всей нервной системе	**1, 2, 3**	ТК, ПА
42. Цереброспинальная жидкости в норме (3): 1) бесцветна 2) прозрачна 3) циркулирует в субарахноидальном пространстве и желудочках головного мозга 4) опалесцирует 5) циркулирует в интрадуральном пространстве	**1, 2, 3**	ТК, ПА
43. Средний объем цереброспинальной жидкости в норме (1): 1) 50-80 мл 2) 70-90 мл 3) 100-120 мл 4) 130-150 мл 5) 160-180 мл	**4**	ТК
44.Менингеальные симптомы (3): 1) симптом Кернига 2) ригидность шейных мышц 3) симптом Тремнера 4) верхний симптом Брудзинского 5) симптом Бабинского	**1, 2, 4**	ТК, ПА

45. Для менингеального синдрома характерны (2): 1) отек диска зрительного нерва 2) мозжечковая атаксия 3) ригидность шейных мышц 4) общая гиперестезия 5) асинергия Бабинского	**3, 4**	ТК, ПА
46. При менингеальном синдроме выявляются (3): 1) симптом Кернига 2) симптом Бабинского 3) дисдиадохокинез 4) ригидность шейных мышц 5) симптом Бехтерева	**1, 4, 5**	ТК, ПА
47. Менингеальные знаки (3): 1) средний симптом Брудзинского 2) верхний симптом Брудзинского 3) симптом Бехтерева 4) горизонтальный нистагм 5) хоботковый рефлекс	**1, 2, 3**	ТК, ПА
48. При раздражении мозговых оболочек определяются (2): 1) ригидность шейных мышц 2) феномен «зубчатого колеса» 3) гипотония мышц конечностей 4) симптом Кернига 5) симптом Россолимо	**1, 4**	ТК, ПА
49. Симптомы внутричерепной гипотензии, связанной с проведением люмбальной пункции (2): 1) головная боль 2) тошнота 3) субфебрильная температура тела 4) сенситивная атаксия 5) боль в области поясницы	**1, 2**	ТК, ПА
50. Симптомы внутричерепной гипотензии, связанные с проведением люмбальной пункции, обычно проходят (2): 1) самотоятельно 2) после введения жидкости в субарахноидальное пространство 3) через 3-4 недели 4) через 10-12 дней 5) через 5-7 дней	**1, 5**	ТК, ПА
51. Симптомы менингизма, связанные с проведением люмбальной пункции (2): 1) ригидность шейных мышц 2) ощущение скованности в шее 3) субфебрильная температура тела 4) аллодиния 3) патологическая мышечная утомляемость	**1, 2**	ТК
52. Противопоказания к проведению люмбальной пункции (2): 1) воспалительный процесс в месте предполагаемой пункции 2) серозный менингит 3) гнойный менингит 4) отек головного мозга 5) мигрень	**1, 4**	ТК, ПА
53. Люмбальная пункция может привести к вклинению ствола мозга при (3): 1) внутричерепной гематоме 2) опухоли головного мозга 3) рассеянном склерозе 4) мигрени 5) отеке головного мозга	**1, 2, 5**	ТК, ПА
54. В норме глюкоза в цереброспинальной жидкости (1): 1) отсутствует 2) вдвое меньше, чем в крови по содержанию (2,5-3,9 ммоль/л) 3) вдвое выше, чем в крови по содержанию (5 – 8 ммоль/л)	**2**	ТК, ПА

4) содержится в количестве 0,5 – 1,5 ммоль/л 5) содержится в количестве 0,05-0,1 ммоль/л		
55. Ксантохромия цереброспинальной жидкости развивается вследствие (1): 1) белково-клеточной диссоциации 2) повышения содержания глюкозы 3) гибели и распада бактерий 4) деградации гемоглобина из распавшихся эритроцитов 5) повышения содержания лимфоцитов	**4**	ТК, ПА
56. Ксантохромия цереброспинальной жидкости наблюдается при (2): 1) внутримозговом кровоизлиянии 2) рассеянном склерозе 3) туберкулезном менингите 4) субарахноидальном кровоизлиянии 5) сифилитическом менингоэнцефалите	**1, 4**	ТК, ПА
57. Эритроциты в цереброспинальной жидкости (3): 1) присутствуют в норме в количестве 1-5 клеток в 1 мкл 2) в норме отсутствуют 3) появляются при внутримозговом кровоизлиянии 4) появляются при серозном менингите 5) появляются при подоболочечных кровоизлияниях	**2, 3, 5**	ТК, ПА
58. Преимущественно нейтрофильный плеоцитоз характерен для (2): 1) бактериального менингита 2) вирусного менингита 3) сифилитического менингита 4) бактериального менингоэнцефалита 5) туберкулезного менингита	**1, 4**	ТК, ПА
59. Преимущественно лимфоцитарный плеоцитоз характерен для (3): 1) вирусного менингита 2) сифилитического менингита 3) бактериального менингита 4) туберкулезного менингита 5) внутримозгового кровоизлияния	**1, 2, 4**	ТК, ПА
60. Белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости – это (2): 1) увеличение содержания нейтрофилов, значительно превосходящее по степени увеличение содержания белка 2) увеличение содержания лимфоцитов, значительно превосходящее по степени увеличение содержания белка 3) увеличение содержания белка, значительно превосходящее по степени плеоцитоз 4) явление, возникающее при опухоли головного или спинного мозга 5) явление, возникающее при серозном менингите	**3, 4**	ТК, ПА
61. Признаки менингеального синдрома (3): 1) положительный симптом Бабинского 2) системное головокружение 3) ригидность шейных мышц 4) фотофобия 5) головная боль	**3, 4, 5**	ТК, ПА
62. При повышении внутричерепного давления до 30-40 мм рт. ст. возникают (3): 1) повышение температуры тела до субфебрильных значений 2) головная боль 3) ригидность шейных мышц 4) тошнота 5) сонливость	**2, 4, 5**	ТК
63. При внутричерепной гипертензии чаще всего возникает компрессия черепного нерва (1):	**3**	ТК

1) глазодвигательного 2) блокового 3) отводящего 4) тройничного 5) подъязычного		
64. При внутричерепной гипертензии головная боль возникает вследствие (1): 1) нарушения венозного оттока 2) недостаточности кровоснабжения мозга 3) раздражения болевых рецепторов мозговых оболочек 4) компрессии тройничного нерва 5) компрессии шейных спинномозговых корешков	**3**	ТК, ПА
65. Причина развития тошноты и рвоты при внутричерепной гипертензии (4): 1) нарушение перистальтики желудочно-кишечного тракта 2) вегетативные нарушения 3) компрессия блуждающего нерва 4) возбуждение рвотного центра продолговатого мозга 5) компрессия преддверно-улиткового нерва	**4**	ТК, ПА
66. Нарушения зрения при внутричерепной гипертензии обычно возникают вследствие (2): 1) венозного застоя на глазном дне 2) кровоизлияния в сетчатку 3) вторичной атрофии зрительных нервов 4) компрессии зрительного перекреста 5) кровоизлияния в зрительную долю	**1, 3**	ТК, ПА
67. Средний уровень внутричерепного давления, при котором начинает уменьшаться кровоснабжение головного мозга (1): 1) 40-50 мм рт. ст. 2) 30-40 мм рт ст. 3) 20-30 мм рт. ст. 4) 20-25 мм рт. ст. 5) 15-20 мм рт. ст.	**1**	ТК
68. При повышении внутричерепного давления до 40-50 мм рт.ст. развивается (1): 1) сонливость 2) спутанность сознания 3) кома 4) сопор 5) менингеальный синдром	**3**	ТК
69. Средний объем внутричерепного содержимого (1): 1) 1700 мл 2) 1000 мл 3) 500 мл 4) 300 мл 5) 2500 мл	**1**	ТК
70. Гидроцефалия без значительного повышения внутричерепного давления называется (1): 1) внутренней 2) наружной 3) арезорбтивной 4) нормотензивной 5) обструктивной	**4**	ТК
71. Давление цереброспинальной жидкости измеряют (3): 1) во время проведения люмбальной пункции 2) по данным КТ 3) с помощью манометра 4) с помощью тонометра 5) в мм вод. ст.	**1, 3, 5**	ТК, ПА
72. При нарушении функции пахионовых грануляций развивается (1): 1) арезорбтивная гидроцефалия	**1**	ТК

2) обструктивная гидроцефалия 3) менингеальный синдром 4) эпилептический приступ 5) нормотензивная гидроцефалия		
73. Признаки внутренней гидроцефалии по данным МРТ или КТ головы (1): 1) расширение желудочков 2) расширение субарахноидального пространства 3) расширение интрадурального пространства 4) перивентрикулярный лейкоареоз 5) очаги демиелинизации	**1**	ТК
74. Признаки наружной гидроцефалии по данным МРТ или КТ головы (1): 1) перивентрикулярный лейкоареоз 2) объемное образование головного мозга 3) расширение субарахноидального пространства 4) расширение интрадурального пространства 5) расширение желудочков	**3**	ТК
75. Чаще всего менингеальный синдром вызван (3): 1) инфекционным процессом 2) черепно-мозговой травмой 3) кровоизлиянием в субарахноидальное пространство 4) отеком головного мозга 5) эпилепсией	**1, 2, 3**	ТК, ПА
76. Причины повышения внутричерепного давления (3): 1) увеличения объема внутричерепного содержимого 2) повышение венозного давления 3) повышение артериального давления 4) нарушение резорбции цереброспинальной жидкости 5) компрессия шейных корешков	**1, 2, 4**	ТК, ПА
77. Папилома сосудистого сплетения желудочков приводит к (2): 1) увеличению объема цереброспинальной жидкости 2) к повышению артериального давления 3) к повышению внутричерепного давления 4) к серозному менингиту 5) к нарушению абсорбции цереброспинальной жидкости	**1, 3**	ТК
78. Нормотензивная гидроцефалия может быть вызвана (2): 1) перенесенным менингитом 2) перенесенным субарахноидальным кровоизлиянием 3) болезнью Альцгеймера 4) ишемическим инсультом 5) папилломой сосудистого сплетения желудочков	**1, 2,**	ТК
79. Причиной деменции может быть гидроцефалия (1): 1) гипертензивная 2) нормотензивная 3) обструктивная 4) арезорбтивная 5) смешанная	**2**	ТК
80. Консервативное лечение внутричерепной гипертензии (3): 1) диуретики 2) маннитол 3) гипервентиляция 4) бета-блокаторы 5) ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента	**1, 2, 3**	ТК, ПА
81. Нелекарственные методы лечения внутричерепной гипертензии (3): 1) поднятие головного конца постели на 15-20^{o} или выше 2) уменьшение объема свободной жидкости 3) физиотерапия 4) гирудотерапия 5) гипервентиляция	**1, 2, 5**	ТК, ПА
82. Фармакотерапия внутричерепной гипертензии (2):	**1, 3**	ТК, ПА

1) маннитол 2) бета-блокаторы 3) диуретики 4) блокаторы кальциевых каналов 5) сартаны		
83. Вентрикулоперитонеальное шунтирование (2): 1) хирургический метод лечения внутричерепной гипертензии 2) метод измерения давления цереброспинальной жидкости 3) хирургический метод лечения менингеального синдрома 4) установление шунта между желудочковой системой головного мозга и брюшной полостью 5) установление шунта между желудочковой системой головного мозга и субарахноидальным пространством	**1, 4**	ТК
84. Люмбоперитонеальное шунтирование (3): 1) позволяет уменьшить внутричерепное давление 2) обеспечивает длительный терапевтический эффект 3) это установление шунта между желудочковой системой головного мозга и брюшной полостью 4) это установление шунта между субарахноидальным пространством спинного мозга и брюшной полостью 5) это метод измерения давления цереброспинальной жидкости	**1, 2, 4**	ТК
85. Гидроцефалия ex vacuo обычно возникает при (3): 1) болезни Альцгеймера 2) сосудистой деменции 3) опухоли головного мозга 4) увеличении объема цереброспинальной жидкости 5) атрофическом процессе в больших полушариях	**1, 2, 5**	ТК
86. Острое развитие гипертензивной гидроцефалии характерно для (2): 1) опухоли головного мозга 2) болезни Альцгеймера 3) сосудистой деменции 4) субарахноидального кровоизлияния 5) кровоизлияния в мозжечок	**4, 5**	ТК, ПА
87. Гипертензивная гидроцефалия (2): 1) протекает обычно бессимптомно 2) протекает с клиническими симптомами 3) развивается при атрофическом процессе больших полушарий 4) развивается из-за наличия препятствия циркуляции цереброспинальной жидкости 5) развивается преимущественно у детей	**2, 4**	ТК, ПА
88. При нейродегенеративных заболеваниях развивается гидроцефалия (3): 1) ex vacuo 2) гипертензивная 3) внутренняя 4) наружная 5) обструктивная	**1, 3, 4**	ТК
89. Внутричерепная гипертензия устанавливается на основании данных инструментальных исследований (1): 1) МРТ или КТ головы 2) рентгенографии черепа 3) сцинтиграфии 4) люмбальной пункции с измерением давления цереброспинальной жидкости 5) офтальмоскопии	**4**	ТК
90. Симптомы внутричерепной гипертензии (3): 1) зрительные нарушения 2) головная боль 3) субфебрильная температура тела 4) тошнота 5) тремор покоя	**1, 2, 4**	ТК, ПА

91. Усиление головной боли при постукивании по скуловой дуги и появление болевой гримасы пациента на этой же стороне – это симптом (1): 1) Бехтерева 2) верхний Брудзинского 3) Кернига 4) Маринеску-Родовича 5) Бабинского	**1**	ТК
92. Невозможность привести подбородок к грудине – это проявление (1): 1) симптома Тремнера 2) асинергии Бабинского 3) симптома Кернига 4) апраксии 5) ригидности шейных мышц	**5**	ТК, ПА
93. Невозможность пассивно полностью разогнуть ногу в коленном суставе после ее пассивного сгибания в тазобедренном и коленном суставах – это симптом (2): 1) орального автоматизма 2) внутричерепной гипертензии 3) менингеальный 4) Кернига 5) Россолимо	**3, 4**	ТК, ПА
94. Непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах при исследовании ригидности шейных мышц – это (2): 1) менингеальный симптом 2) пирамидный симптом 3) симптом внутричерепной гипертензии 4) симптом Кернига 5) верхний симптом Брудзинского	**1, 5**	ТК, ПА
95. Непроизвольное сгибание второй ноги в коленном и тазобедренном суставе при исследовании симптома Кернига – это (2): 1) симптом Бабинского 2) нижний симптом Брудзинского 3) симптом Тремнера 4) менингеальный симптом 5) пирамидный симптом	**2, 4**	ТК, ПА
96. Непроизвольное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах при надавливании на область лобкового симфиза – это (1): 1) симптом Гоффманна 2) симптом Тренера 3) симптом Бабинского 4) средний симптом Брудзинского 5) нижний симптом Брудзинского	**4**	ТК, ПА
97. В норме в цереброспинальной жидкости содержатся (3): 1) лимфоциты 2) эритроциты 3) тромбоциты 4) белок 5) глюкоза	**1, 4, 5**	ТК, ПА
98. Головная боль возникает при (4): 1) гипертензивной гидроцефалии 2) нормотензивной гидроцефалии 3) менингеальном синдроме 4) измерении давления цереброспинальной жидкости манометром 5) постпункционном синдроме	**1, 3, 5**	ТК, ПА
99. Клинические данные за наличие менингеального синдрома бактериального генеза (3): 1) головная боль 2) повышение температуры тела 3) глазодвигательные нарушения	**1, 2, 5**	ТК, ПА

4) отек диска зрительного нерва 5) общая гиперестезия		
100. При нарушении резорбции (обратного всасывания) цереброспинальной жидкости развивается гидроцефалия (3): 1) нормотензивная 2) гипертензивная 3) наружная 4) внутренняя 5) арезорбтивная	**1, 4, 5**	ТК

Раздел дисциплины (тема): Расстройства сознания (Тема 12).

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

1. Расстройство сознания может возникнуть при небольших по размеру поражениях (1): 1) лобной доли, 2) височной доли, 3) теменной доли 4) затылочной доли, 5) ствола головного мозга	5	ТК, ПА
2. При сопоре сохранены (2): 1) речь, 2) адекватная реакция на речевые команды, 3) реакция на болевые раздражения, 4) реакции зрачков на свет, 5) контроль функции тазовых органов.	3,4	ТК, ПА
3. При коме могут сохраняться (3): 1) произвольные движения в конечностях, 2) прямая реакция зрачков на свет, 3) содружественная реакция зрачков на свет, 4) роговичный рефлекс, 5) контроль функции тазовых органов.	2,3,4	ТК, ПА
4.При коме нельзя исследовать ригидность шейных мышц при подозрении на (1):	4	ТК, ПА

1) ишемический инсульт, 2) спонтанное кровоизлияние в мозг, 3) травматическое кровоизлияние в мозг, 4) перелом шейного отдела позвоночника, 5) гнойный менингит.		
5. **Расстройство чувствительности при сопоре можно выявить при исследовании (1):** 1) болевой чувствительности, 2) температурной чувствительности, 3) суставно-мышечного чувства, 4) стереогноза, 5) двумерно-пространственного чувства.	1	ТК
6. **Признак центрального пареза при коме (3):** 1) симптом Кернига, 2) симптом Брудзинского, 3) симптом Бабинского, 4) асимметрия сухожильных рефлексов, 5) наружная ротация стопы.	3,4,5	ТК, ПА
7. **В шкале комы Глазго оцениваются (2):** 1) речь, 2) зрение, 3) двигательные реакции конечностей, 4) слух, 5) обоняние.	1,3	ТК, ПА
8. **По шкале комы Глазго прогноз наиболее благоприятен при сумме баллов (1):** 1) 0-2,	5	ТК

2) 3-5, 3) 6-8, 4) 9-12, 5) 13-15.		
9. **Для выяснения причины деструктивной комы наиболее информативна (1):** 1) эхоэнцефалоскопия, 2) рентгенография черепа, 3) рентгеновская компьютерная томография головы, 4) электроэнцефалография, 5) ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий.	3	ТК, ПА
10. **Причины деструктивной комы (2):** 1) инсульт, 2) гипогликемия, 3) гипергликемия, 4) черепно-мозговая травма, 5) диабетический кетоацидоз.	1,4	ТК, ПА
11. **Причины метаболической комы (2):** 1) энцефалит, 2) менингит, 3) отравление наркотиками, 4) уремия, 5) опухоль головного мозга.	3,4	ТК, ПА
12. **Быстрое (в течение нескольких минут) нарушение сознания характерно для (2):** 1) энцефалита, 2) менингита,	3,5	ТК

3) инсульта, 4) почечной недостаточности, 5) черепно-мозговой травмы.		
13. **Введение 100 мг тиамина коматозному больному показано при подозрении на (1):** 1) инсульт, 2) энцефалопатию Вернике, 3) менингит, 4) уремию, 5) гипогликемию.	2	ТК
14. **Основной метод, подтверждающий смерть головного мозга (1):** 1) рентгеновская компьютерная томография, 2) магнитно-резонансная томография, 3) эхоэнцефалоскопия, 4) электроэнцефалография, 5) рентгенография черепа.	4	ТК
15. **При хроническом вегетативном состоянии у больного сохранены (1):** 1) речь, 2) письмо, 3) цикл сон-бодрствование, 4) целенаправленные движения, 5) стереогноз.	3	ТК, ПА
16. **Акинетический мутизм обычно вызван поражением (1):** 1) лобных долей, 2) теменных долей, 3) затылочных долей,	1	ТК, ПА

4) мозжечка, 5) продолговатого мозга.		
17. **К нарушениям сознания относятся (3):** 1) делирий, 2) галлюцинации, 3) сопор, 4) акинетический мутизм, 5) кома.	1,3,5	ТК, ПА
18. **Признаки поражения ствола головного мозга или черепных нервов при коме (3):** 1) центральный гемипарез, 2) центральная гемигипестезия, 3) отсутствие феномена «глаз куклы», 4) односторонний мидриаз, 5) вертикальное косоглазие.	3,4,5	ТК, ПА
19. **При подозрении на инфекционное поражение головного мозга с развитием комы наиболее информативно проведение (1):** 1) рентгенографии черепа, 2) рентгеновской компьютерной томографии, 3) магнитно-резонансной томографии, 4) люмбальной пункции, 5) ультразвукового дуплексного сканирования сонных и позвоночных артерий.	4	ТК, ПА
20. **Вертикальное расходящееся косоглазие и поплавковые движения глазных яблок у коматозного больного характерны для поражения (1):** 1) продолговатого мозга, 2) варолиева моста,	3	ТК, ПА

3) среднего мозга, 4) затылочных долей, 5) височных долей.		
21. При небольших по объему поражениях лобной, височной, теменной или затылочной доли расстройство сознания: (1) 1) обычно не возникает 2) отмечается оглушенность 3) отмечается сопор 4) отмечается кома 5) отмечается делирий	1	ТК, ПА
22. Для сопора характерны: (2) 1) сохранность реакции на болевые раздражители 2) отсутствие реакции на болевые раздражители 3) сохранная реакция зрачков на свет 4) отсутствие реакции зрачков на свет 5) правильное выполнение инструкций	1,3	ТК, ПА
23. Для комы любой этиологии характерно: (2) 1) наличие парезов конечностей 2) контроль функции тазовых органов 3) сохранение реакции зрачков на свет (при неглубокой коме) 4) снижение сухожильных рефлексов 5) отсутствие сознания	**3,5**	ТК, ПА
24. Ригидность шейных мышц у пациента в коме может свидетельствовать о наличии у него: (2) 1) гнойного менингита 2) ишемического инсульта 3) субарахноидального кровоизлияния	1,3	ТК, ПА

4) гипогликемической комы 5) передозировки барбитуратами		
25. При сопоре: (2) 1) сохранена реакция на болевые раздражители 2) правильно выполняются команды 3) сохранена речь 4) снижен мышечный тонус 5) сохранена реакция зрачков на свет	1,5	ТК, ПА
26. У пациента с центральным гемипарезом в коме можно выявить: (3) 1) снижение силы мышц в парализованных конечностях 2) ротацию стопы кнаружи 3) снижение объема активных движений в парализованных конечностях 4) рефлекс Бабинского 5) повышение сухожильных рефлексов	2,4,5	ТК, ПА
27. В шкале комы Глазго не оцениваются: (2) 1) открывание глаз 2) мышечный тонус 3) речь 4) сухожильные рефлексы 5) двигательная реакция	2,4	ТК
28. При оценке по шкале ком Глазго сопору соответствует оценка: (1) 1) 13-14 баллов 2) 12-11 баллов 3) 10-8 баллов 4) 7-6 баллов 5) 5-4 балла	3	ТК

29. Инструментальное исследование пациента в коме включает: (2) 1) магнитно-резонансную томографию 2) исследование соматосенсорных вызванных потенциалов 3) рентгеновскую компьютерную томографию 4) электронейромиографию 5) полисомнографию	1,3	ТК, ПА
30. Причины метаболической комы: (2) 1) опухоль головного мозга 2) субарахноидальное кровоизлияние 3) алкоголизм 4) энцефалит 5) гипотиреоз	3,5	ТК, ПА
31. Причины деструктивной комы: (2) 1) сахарный диабет 2) черепно-мозговая травма 3) интоксикации 4) энцефалит 5) цирроз печени	2,4	ТК, ПА
32. Для гипогликемической комы характерно: (3) 1) острое развитие 2) снижение уровня сознания медленное, в течение нескольких часов 3) бледность кожных покровов 4) гипотермия 5) очаговая неврологическая симптоматика	1,3,4	ТК, ПА
33. Для комы при отравлении опиатами характерно: (2)	1,3	ТК, ПА

1) угнетение дыхания 2) повышение артериального давления 3) суженные, «точечные» зрачки 4) расширенные зрачки, не реагирующие на свет 5) мгновенное развитие		
34. Для алкогольной комы характерно: (3) 1) медленное, постепенное развитие 2) угнетение дыхания 3) повышение сухожильных рефлексов 4) повышенное содержание этанола в крови 5) периферический парез	1,2,4	ТК, ПА
35. При апаллическом синдроме у пациента отмечаются: (3) 1) отсутствие речи 2) сохранение эмоционального контакта 3) реакция на болевые раздражители 4) отсутствие сна 5) хватательные рефлексы	1,3,5	ТК, ПА
36. Для акинетического мутизмарм не характерно: (3) 1) снижение уровня сознания 2) отсутствие речи 3) снижение или отсутствие реакции на болевые раздражители 4) снижение мышечного тонуса 5) отсутствие спонтанных движений	1,3,4	ТК
37. Для делирия характерно: (3) 1) дезориентация в месте, времени, собственной личности 2) нарушение уровня сознания 3) снижение глубокой чувствительности	1,2,4	ТК, ПА

4) галлюцинации 5) сохранение цикла сон-бодрствование		
38. Симптомы височно-тенториального вклинения: (3) 1) односторонний мидриаз 2) эпилептический припадок 3) нарушение сознания 4) гемиплегия 5) симметричные «точечные» зрачки	1,3,4	ТК, ПА
39. Симптомы вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие: (3) 1) прогрессирующее снижение уровня сознания 2) галлюцинации 3) психомоторное возбуждение 4) угнетение дыхания 5) мычечная гипотония	1,4,5	ТК, ПА
40. К метаболическим комам относятся: (3) 1) гипогликемическая 2) алкогольная 3) апаллический синдром 4) уремическая 5) вегетативное состояние	1,2,4	ТК, ПА
41. У мужчины 70 лет внезапно развились слабость левых нижних мимических мышц и девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с оживлением рефлексов и симптомом Бабинского. Ориентирован в собственной личности, месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается и засыпает. Неврологические синдромы: (4) 1) центральный парез мимических мышц 2) центральный парез языка	1,2,3,5	ТК

3) центральный левосторонний гемипарез 4) кома 5) сопор		
42. У мужчины 70 лет внезапно развились слабость левых нижних мимических мышц и девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с оживлением рефлексов и симптомом Бабинского. Ориентирован в собственной личности, месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается и засыпает. Локализация поражения: (1) 1) Правая лобная доля 2) Правая теменная доля 3) Правая затылочная доля 4) Правое полушарие мозжечка 5) Левое полушарие мозжечка	1	ТК
43. У мужчины 70 лет внезапно развились слабость левых нижних мимических мышц и девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с оживлением рефлексов и симптомом Бабинского. Ориентирован в собственной личности, месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается и засыпает. Основное обследование (1): 1) магнитно-резонансная томография 2) рентген черепа 3) транскраниальная магнитная стимуляция 4) электроэнцефалография 5) люмбальная пункция	1	ТК
44. Пациентка без сознания, не реагирует на речь и болевые раздражения, у неё сохранены реакции зрачков на свет, роговичные рефлексы, вызывается симптом Бабинского. Нарушение сознания: (1) 1) оглушение 2) сопор 3) делирий 4) кома 5) глубокая (запредельная) кома	4	ТК
45. У пациентки в остром периоде инсульта отмечаются отсутствие спонтанных движений в конечностях, сгибательная реакция на болевые раздражения, отсутствие речи, открывание глаз	4	ТК

на болевые раздражения. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 3 2) 5 3) 6 4) 7 5) 8		
46. У больной с кровоизлиянием в мозжечок в течение часа состояние ухудшилось, сознание отсутствует, больная не реагирует на речь и болевые раздражения, часто зевает, у неё отсутствуют глоточные рефлексы. Ухудшение состояния пациентки - результат: (1) 1) развития височно-тенториального вклинения 2) развития вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие 3) прогрессирования сопутствующей соматической патологии 4) прогрессирования дисметаболических расстройств 5) развития повторного кровоизлияния в продолговатом	2	ТК
47. Пациентка без сознания, не реагирует на речь и болевые раздражения, у неё отсутствуют все рефлексы. Нарушение сознания: (1) 1) оглушение 2) сопор 3) поверхностая кома 4) делирий 5) глубокая (запредельная) кома	5	ТК
48. Пациентка в остром периоде инсульта лежит с закрытыми глазами, не реагирует на речь, в ответ на болевые раздражения открывает глаза, произносят бессвязные слова. Выявлены птоз, расходящееся косоглазие слева, мидриаз слева, отсутствие движений в правых конечностях, симптом Бабинского справа. Неврологические синдромы: (3) 1) парез глазодвигательного нерва 2) парез отводящего нерва 3) центральный правосторонний гемипарез	1,3,4	ТК

4) сопор 5) кома		
49. Пациентка в остром периоде инсульта лежит с закрытыми глазами, не реагирует на речь, в ответ на болевые раздражения открывает глаза, произносят бессвязные слова. Выявлены птоз слева, расходящееся косоглазие, мидриаз слева, отсутствие движений в правых конечностях. Локализация поражения: (1) 1) лобная доля слева 2) теменная доля слева 3) ножка мозга слева 4) варолиев мост слева 5) варолиев мост справа	3	ТК
45. У пациентки в остром периоде инсульта отмечаются отсутствие спонтанных движений в конечностях, разгибательная реакция на болевые раздражения, отсутствие речи, открывание глаз на болевые раздражения. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 3 2) 5 3) 6 4) 7 5) 8	3	ТК
51. У мужчины 50 лет, длительно страдающего артериальной гипертензией, внезапно нарушается сознание. Отмечаются ригидность шейных мышц, отсутствие зрачковых и роговичных рефлексов, парез нижних мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, симптом Бабинского слева. Неврологические синдромы (3): 1) менингеальный синдром 2) центральный левосторонний гемипарез 3) периферический парез мимических мышц 4) центральный парез мышц языка 5) кома	1,2,5	ТК
52. У пациентки с черепно-мозговой травмой отсутствуют спонтанные движения в конечностях, целенаправленная	3	ТК

двигательная реакция и открывание глаз на болевые раздражения, спутанная речь. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 7 2) 9 3) 11 4) 13 5) 15		
52. У пациента с черепно-мозговой травмой отмечаются сонливость, спонтанные произвольные движения в конечностях, спонтанное открывание глаз, выполнение движений по инструкции. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 7 2) 9 3) 11 4) 13 5) 15	5	ТК
54. У пациентки 35 лет внезапно развилась головная боль, нарушилось сознание. Она сонлива, на вопросы отвечает односложно. Выявляются ригидность шейных мышц, двигательных нарушений нет. Неврологические синдромы (2): 1) оглушение 2) сопор 3) кома 4) менингеальный синдром 5) центральный правосторонний гемипарез	1,4	ТК, ПА
55. У пациентки 35 лет внезапно развилась головная боль, нарушилось сознание. Она сонлива, на вопросы отвечает односложно, речь сохранена, двигательных нарушений нет. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 7 2) 9 3) 11 4) 13 5) 15	5	ТК
56. У пациентки 35 лет внезапно развилась головная боль, нарушилось сознание. Она сонлива, на вопросы отвечает односложно. Выявляется ригидность шейных мышц, двигательных	2,3	ТК

нарушений нет. Обследования (2): 1) электронейромиография 2) рентгеновская компьютерная томография 3) люмбальная пункция 4) электроэнцефалография 5) транскраниальная магнитная стимуляция		
55. У пациентки 35 лет внезапно развилась головная боль, нарушилось сознание. Она сонлива, глаза открывает только на речевое обращение, речь спутанная, выполняет движения по инструкции. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 7 2) 9 3) 11 4) 13 5) 15	4	ТК
58. Пациент после автомобильной аварии дезориентирован в месте и времени, не помнит обстоятельства травмы, события, предшествующие травме и следующие за ней. На вопросы отвечает односложно, сонлив, выявляются ригидность шейных мышц и симптом Кернига. Неврологические синдромы (3): 1) оглушение 2) сопор 3) антеро- и ретроградная амнезия 4) менингеальный синдром 5) афазия	1,3,4	ТК, ПА
59. Пациент после автомобильной аварии дезориентирован в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, сонлив, глаза открывает на речь, движения в полном объеме. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 11 2) 12 3) 13 4) 14 5) 15	4	ТК
60. Пациент после автомобильной аварии дезориентирован в месте и времени. Выявляются ригидность шейных мышц и симптом Кернига. Обследование и оценочная шкала (2): 1) транскраниальная магнитная стимуляция 2) рентгеновская компьютерная томография 3) транскраниальная доплерография 4) шкала комы Глазго 5) шкала Освестри	2,4	ТК
61. У пациента в течение 2 суток нарастающая головная боль, повышение температуры до 39°С. Пациент сонлив, медленно выполняет команды, отмечается ригидность шейных мышц.	1,4	ТК, ПА

Неврологические синдромы (2): 1) оглушение 2) сопор 3) кома 4) менингеальный синдром 5) нормотензивная гидроцефалия		
62. У пациента в течение 2 суток нарастающая головная боль, повышение температуры до 39°С. Пациент сонлив, лежит с закрытыми глазами, но выполняет быстро все инструкции, спонтанные движения сохоранены. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 11 2) 12 3) 13 4) 14 5) 15	4	ТК
63. У пациента в течение 2 суток нарастающая головная боль, повышение температуры до 39°С. Пациент сонлив, отмечается ригидность шейных мышц. Обследования (2): 1) электроэнцефалография 2) рентгеновская компьютерная томография 3) люмбальная пункция 4) транскраниальная доплерография 5) позитронно-эмиссионная томография	2,3	ТК, ПА
64. При оглушении (2): 1) отсутствует речь 2) нет спонтанных движений в конечностях 3) нарушена ориентировка в месте и времени 4) отмечается сонливость 5) ослаблен роговичный рефлекс	3,4	ТК, ПА
65. Мужчина 46 лет, хронический алкоголик, в период абстиненции сообщает о зрительных галлюцинациях (видит мышей, тараканов). Дезориентирован в месте и времени, наблюдаются эпизоды возбуждения с агрессией. Расстройство сознания (1): 1) оглушение 2) делирий 3) сопор 4) кома 5) эпилептический припадок	2	ТК, ПА
66. Мужчина 46 лет, хронический алкоголик, сообщает о зрительных галлюцинациях (видит мышей, тараканов). Дезориентирован в месте и времени, наблюдаются эпизоды возбуждения с агрессией. Наиболее вероятная причина имеющихся	1	ТК, ПА

нарушений (1): 1) абстинентный синдром 2) черепно-мозговая травма 3) острая печеночная недостаточность 4) острый панкреатит		
67. Мужчина 46 лет, хронический алкоголик, в период абстиненции сообщает о зрительных галлюцинациях (видит мышей, тараканов). Дезориентирован в месте и времени, наблюдаются эпизоды возбуждения с агрессией. Обследование для исключения кровоизлияния в мозг (1) 1) транскраниальная магнитная стимуляция 2) рентгеновская компьютерная томография 3) люмбальная пункция 4) биохимический анализ крови 5) электроэнцефалография	2	ТК, ПА
68. При оглушении пациент словесные инструкции (1): 1) отказывается выполнять 2) не может выполнить 3) выполняет практически все и правильно, но медленно 4) выполняет неправильно 5) выполняет только простейшие («открыть глаза»)	3	ТК, ПА
69. У пациента с циррозом печени появились и нарастают дневная сонливость, нарушения памяти и внимания. Он в сознании, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается. Расстройство сознания (1): 1) оглушение 2) сопор 3) кома 4) делирий 5) бессудорожный эпилептический статус	1	ТК, ПА
70. У пациента, страдающего алкоголизмом и циррозом печени, появились и нарастают дневная сонливость, нарушения памяти и внимания. Он в сознании, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается. Наиболее вероятная причина неврологических нарушений (1): 1) хроничекое алкогольное поражение головного мозга 2) печеночная энцефалопатия 3) алкогольный психоз 4) субарахноидальное кровоизлияние 5) портальная гипертензия	2	ТК
71. Мужчина, длительно страдающий сахарным диабетом, увеличил дозу инсулина. Развились беспокойство, возбуждение, сменившиеся угнетением сознания. Пациент без сознания, реакция на болевые стимулы отсутствует, реакция зрачков на свет сохранена. Нарушение сознания (1): 1) делирий 2) оглушение 3) сопор 4) кома 5) глубокая (запредельная) кома	4	ТК
72. Мужчина, длительно страдающий сахарным диабетом, увеличил дозу инсулина. Развилось нарушение сознания, речь отсутствует, глаза открывает только на болевые раздражения, наблюдается сгибательная двигательная реакция на болевые	2	ТК

стимулы. Балл по шкале комы Глазго: (1) 1) 5 2) 6 3) 7 4) 8 5) 9		
73. Мужчина, длительно страдающий сахарным диабетом, увеличил дозу инсулина. Развилось нарушение сознания, речь отсутствует, глаза открывает только на болевые раздражения, наблюдается сгибательная двигательная реакция на болевые стимулы. Наиболее вероятная причина нарушения сознания (1) 1) инфакрт мозга 2) гипогликемия 3) черепно-мозговая травма 4) ишемический инсульт 5) аллергическая реакция	2	ТК
74. Мужчина, длительно страдающий сахарным диабетом, увеличил дозу инсулина. Развилось нарушение сознания, глаза открывает только на болевые раздражения. Лечение (1): 1) дезинтоксикация 2) струйное введение 40% глюкозы 3) тромболизис (в связи с вероятным ишемическим инсультом) 4) тиамин 5) пирацетам в больших дозах (12 г)	2	ТК
75. Женщина 21 года найдена дома без сознания, обнаружен пузырек от транквилизаторов. При обследовании не реагирует на болевые и другие раздражители, зрачки не реагируют на свет, мышечная гипотония и арефлексия. Нарушение сознания: (1) 1) оглушение 2) сопор 3) поверхностная кома средней степени 4) кома средней степени 5) глубокая (запредельная) кома	5	ТК
76. Женщина 21 года найдена дома без сознания, обнаружен пузырек от феназепама. При обследовании не реагирует на болевые и другие раздражители, зрачки не реагируют на свет, мышечная гипотония и арефлексия Наиболее вероятная причина нарушения сознания (1): 1) кровоизлияние в ствол головного мозга 2) отравление бензодиазепинами 3) черепно-мозговая травма 4) эпилептический статус	2	ТК

5) гипогликемия		
77. Синдром «запертого человека» возникает при поражении (1): 1) лобной доли 2) теменной доли 3) височной доли 4) среднего мозга 5) моста	5	ТК, ПА
78. При синдроме «запертого человека» речь отсутствует вследствие (1): 1) моторной афазии 2) сенсорной афазии 3) амнестической афазии 4) сенсомоторной афазии 5) анартрии	5	ТК
79. При синдроме «запертого человека» сознание (1): 1) сохранено 2) нарушено до степени оглушения 3) нарушено до степени сопора 4) нарушено до степени поверхностной комы 5) нарушено до степени глубокой комы	1	ТК, ПА
80. При синдроме «запертого человека» имеется (1): 1) мозжечковая атаксия 2) паркинсонизм 3) гемибаллизм 4) хорея 5) центральный тетрапарез	5	ТК, ПА
81. Акинетический мутизм наблюдается при выходе из комы вследствие двустороннего поражения (2): 1) лобных долей 2) теменных долей 3) затылочных долей 4) височных долей 5) мозжечка	1,4	ТК, ПА
82. При акинетическом мутизме пациент способен (2): 1) говорить 2) двигать руками и ногами 3) фиксировать взор 4) следить за движущимся предметом 5) контролировать функцию тазовых органов	3,4	ТК, ПА
83. Острое нарушение сознания часто вызвано (2): 1) почечной недостаточностью 2) печеночной недостаточностью 3) хроническим алкоголимзом 4) черепно-мозговой травмой 5) инсультом	4,5	ТК
84. Узкие зрачки характерны для комы, вызванной кровоизлиянием в (1): 1) лобную долю 2) затылочную долю 3) базальные ганглии и внутреннюю капсулу 4) ножку мозга 5) варолиев мост	5	ТК, ПА
85. Гиперкинезы (тремор, миоклонус) характерны для комы (2) 1) дисметаболической 2) гипоксической 3) вследствие инсульта 4) вследствие черепно-мозговой травмы 5) вследствие энцефалита	1,2	ТК
86. При неясной коме назначают (2) 1) пирацетам в больших дозах 2) церебролизин 3) цитиколин	4,5	ТК, ПА

4) тиамин 5) раствор 40% глюкозы		
87. При коме, вызванной приемом опиатов назначают (1) 1) налоксон 2) церебролизин 3) цитиколин 4) тиамин 5) раствор 40% глюкозы	1	ТК, ПА
88. Синонин «хронического вегетативного состояния»: (1) 1) акинетический мутизм 2) синдром «запертого человека» 3) апаллический синдром 4) поверхностная кома 5) глубокая кома	3	ТК, ПА
89. Когниитвные функции при хроническом вегетативном состоянии: (1) 1) не нарушены 2) утрачены в легкой степени 3) утрачены в средней степени 4) утрачены в значительной степени 5) отсутствуют полностью	5	ТК, ПА
90. Хроническое вегетативное состояние может сохраняться максимально в течение: (1) 1) 7 дней 2) 1 месяца 3) 3 месяцев 4) 12 месяцев 5) нескольких лет	5	ТК
91. Диагноз смерти мозга устанавливается: (1) 1) неврологом 2) нейрохирругом 3) кардиологом 4) реаниматологом 5) консилиумом нескольких специалистов	5	ТК
92. Диагноз смерти мозга устанавливается после исключения: (3) 1) дисметаболических расстройств 2) отравления 3) эндокринных заболеваний 4) инсульта 5) черепно-мозговой травмы	1,2,3	ТК
93. Горизонтальный парез взора у пациента в сопоре наблюдается при поражении **(2):** 1) лобной доли 2) височной доли 3) затылочной доли 4) среднего мозга 5) варолиева моста	1,5	ТК, ПА
94. Гемигипестезию у пациента в сопоре можно выявить при исследовании (1): 1) болевой чувствительности 2) суставно-мышечного чувства 3) вибрационной чувствительности 4) двумерно-пространственной чувствительности 5) стереогнозии	1	ТК
95. Признаки центрального пареза мышц лица у пациента в сопоре (2): 1) сглаженность лобных морщин 2) лагофтальм 3) слезотечение 4) опущение угла рта 5) феномен «парусящей» в ритме дыхания щеки	4,5	ТК, ПА

96. Окулоцефалический рефлекс (феномен «глаз куклы») утрачивается при поражении (1): 1) лобной доли 2) теменной доли 3) височной доли 4) затылочной доли 5) ствола мозга	5	ТК, ПА
97. Декортикационная ригидность (3): 1) отведение гоовы в сторону 2) паралич взора 3) сгибание рук в локтевых и лучезапястных суставах 4) разгибание и ротация ног внутрь 5) подошвенное сгибание стоп	3,4,5	ТК, ПА
98. Децеребрационная ригидность (3): 1) разгибание головы 2) паралич взора 3) сгибание рук в локтевых и лучезапястных суставах 4) разгибание ног в коленных суставах 5) подошвенное сгибание стоп	1,4,5	ТК, ПА
99. Сгибание рук в локтевых и лучезапястных суставах характерно для (1): 1) декортикоционной ригидности 2) децеребрационной ригидности 3) атонической комы 4) синдрома запертого человека 5) хронического вегетативного состояния	1	ТК, ПА
100. Назначение 40% глюкозы пациенту в коме неясного генеза возможно (1) 1) во всех случаях 2) только при исключении гипергликемии 3) только при исключении почечной недостаточности 4) только при исключении печеночной недостаточности 5) только при исключении отравления барбитуратами	1	ТК, ПА

Шифр и наименование компетенции

-готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи (ОПК-10);

Раздел дисциплины (тема): Нарушения высших мозговых функций (Тема 13).

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

1.Афазия – это (1): 1) неразборчивость речи в результате нечеткости произношения, 2) нарушение распознавания информации, поступающей от органов чувств 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли, 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушение сложных целенаправленных движений.	3	ТК, ПА
2.Агнозия – это (1): 1) неразборчивость речи в результате нечеткости произношения, 2) нарушение распознавания информации, поступающей от органов чувств 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли, 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушение сложных целенаправленных движений.	2	ТК, ПА
3.Апраксия – это (1): 1) неразборчивость речи в результате нечеткости произношения, 2) нарушение распознавания сенсорных образов,	5	ТК, ПА

3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли, 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушение сложных целенаправленных движений.		
4.Амнезия – это (1): 1) неразборчивость речи в результате нечеткости произношения, 2) нарушение распознавания сенсорных образов, 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли, 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушение сложных целенаправленных движений.	4	ТК, ПА
5. Сенсорная афазия развивается при поражении: (1) 1) левой лобной доли 2) левой теменной доли 3) левой затылочной доли 4) левой височной доли 5) гипоталамуса	4	ТК, ПА
6. Моторная афазия развивается при поражении: (1) 1) левой лобной доли 2) левой теменной доли 3) левой затылочной доли 4) левой височной доли 5) гипоталамуса	1	ТК, ПА
7. Амнестическая афазия развивается при поражении: (1) 1) левой лобной доли 2) левой теменной доли 3) левой затылочной доли 4) левой височной доли 5) гипоталамуса	4	ТК
8. Признаки сенсорной афазии: (2) 1) парафазии и неологизмы («словесная окрошка») 2) нарушение граматического строя речи (аграматизм) 3) нарушение понимания обращенной речи 4) уменьшение беглости речи 5) персеверации и слова-эмболы	1, 3	ТК, ПА
9. Признаки моторной афазии: (3) 1) парафазии и неологизмы («словесная окрошка») 2) нарушение граматического строя речи (аграматизм) 3) нарушение понимания обращенной речи 4) уменьшение беглости речи 5) персеверации и слова-эмболы	2,4,5	ТК, ПА
9. Признаки амнестической афазии: (2) 1) нарушение называния предметов 2) нарушение граматического строя речи (аграматизм) 3) уменьшение числа существительных в речи пациента 4) уменьшение беглости речи 5) персеверации и слова-эмболы	1, 3	ТК
10. Нарушение понимания обращенной речи встречается при (1): 1) сенсорной афазии, 2) моторной афазии, 3) амнестической афазии 4) алексии 5) дизартрии.	1	ТК
11. Парафазии и неологизмы (“словесная окрошка”) характерны для (1): 1) сенсорной афазии, 2) моторной афазии, 3) амнестической афазии, 4) алексии 5) дизартрии.	1	ТК
12. Нарушение граматических конструкций (“аграмматизм”) встречается при (1): 1) сенсорной афазии, 2) моторной афазии,	2	ТК

3) амнестической афазии 4) алексии 5) дизартрии.		
13. Персеверации характерны для (1): 1) сенсорной афазии, 2) моторной афазии, 3) амнестической афазии 4) алексии 5) дизартрии.	2	ТК, ПА
14. Слова-эмболы характерны для (1): 1) сенсорной афазии, 2) моторной афазии, 3) амнестической афазии 4) алексии 5) дизартрии.	2	ТК, ПА
15. Нарушение называния предметов (аномия) характерны для (3): 1) сенсорной афазии, 2) моторной афазии, 3) амнестической афазии 4) алексии 5) дизартрии.	1, 2, 3	ТК
16. Корсаковский синдром включает (2): 1) прогрессирующую амнезию, 2) апраксию, 3) фиксационную амнезию, 4) конфабуляции, 5) амнестическую афазию.	3, 4	ТК, ПА
17. Прогрессирующие нарушения памяти характерны для (1): 1) корсаковского синдрома 2) болезни Альцгеймера 3) последствий черепно-мозговой травмы 4) опухоли медиальных отделов височной доли 5) последствий инсульта	2	ТК
18. Конфабуляции характерны для (2): 1) корсаковского синдрома 2) болезни Альцгеймера 3) последствий черепно-мозговой травмы 4) рассеянного склероза 5) последствий инсульта	1,2	ТК, ПА
19. Фиксационная амнезия характерна для (2): 1) корсаковского синдрома 2) болезни Альцгеймера 3) последствий черепно-мозговой травмы 4) рассеянного склероза 5) последствий инсульта	1,2	ТК
20. Антероградная амнезия характерна для (3): 1) корсаковского синдрома 2) болезни Альцгеймера 3) транзиторной глобальной амнезии 4) рассеянного склероза 5) последствий инсульта	1,2, 3	ТК
21. Ретроградная амнезия характерна для (3): 1) корсаковского синдрома 2) болезни Альцгеймера 3) транзиторной глобальной амнезии 4) рассеянного склероза 5) последствий инсульта	1,2, 3	ТК
22. При кинетической апраксии могут быть (4): 1) персеверации, 2) нарушения письма, 3) нарушение выполнения действий с реальными предметами 4) нарушение имитации действий	1, 2, 3, 4	ТК

5) нарушение чтения.		
23. Персеверации характерны для (1) 1) кинетической апраксии 2) алексии 3) конструктивной апраксии, 4) сенсорной афазии 5) корсаковского синдрома	1	ТК, ПА
24. Нарушение рисунка трехмерных фигур характерно для (1) 1) анозогнозии 2) алексии 3) конструктивной апраксии, 4) сенсорной афазии 5) корсаковского синдрома	3	ТК
25. Кинетическая апраксии развивается при поражении (1): 1) лобных долей 2) теменно-затылочных отделов 3) височной-затылочных отделов 4) мозолистого тела 5) гипоталамуса	1	ТК, ПА
26. Конструктивная апраксия развивается при поражении (1): 1) лобных долей 2) теменно-затылочных отделов 3) височной-затылочных отделов 4) мозолистого тела 5) гипоталамуса	2	ТК, ПА
27. Признаки поражения левой лобной доли головного мозга (3): 1) моторная афазия, 2) нарушение схемы тела 3) кинетическая апраксия 4) нарушения понимания обращенной речи 5) снижение мотивации.	1, 3, 5	ТК
28. Признаки поражения правой лобной доли головного мозга (2): 1) моторная афазия, 2) многословность, резонерство 3) нарушение схемы тела 4) нарушение понимания обращенной речи 5) снижение критики.	2, 5	ТК
29. Признаки поражения левой теменной доли головного мозга (2): 1) сенсорная афазия, 2) нарушение схемы тела, 3) кинетическая апраксия, 4) алексия 5) аносмия.	2, 4	ТК
30. Признаки поражения правой теменной доли головного мозга (1): 1) амнестическая афазия, 2) астереогноз в правой руке 3) конструктивная апраксия 4) многословность, резонерство 5) анозогнозия.	5	ТК
31. Признаки поражения правой височной доли головного мозга (2): 1) амнестическая афазия, 2) нарушение понимания интонаций 3) конструктивная апраксия 4) нарушение музыкального слуха и памяти 5) анозогнозия.	2, 4	ТК
32. Признаки поражения левой височной доли головного мозга (1): 1) амнестическая афазия, 2) нарушение понимания интонаций 3) конструктивная апраксия 4) нарушение музыкального слуха и памяти 5) анозогнозия.	1	ТК

33. Признаки поражения правой затылочной доли головного мозга (2): 1) зрительно-предметная агнозия 2) прозопагнозия 3) алексия 4) цветовая агнозия 5) пальцевая агнозия.	2, 4	ТК
34. Признаки поражения левой затылочной доли головного мозга (2): 1) зрительно-предметная агнозия 2) прозопагнозия 3) алексия 4) цветовая агнозия 5) пальцевая агнозия.	1, 3	ТК
35. Алексия – это (1): 1) нечеткость произношения (неразборчивость речи), 2) неспособность читать, 3) нарушение понимания обращенной речи 4) невозможность говорить 5) невозможность писать.	2	ТК, ПА
36. Аграфия – это (1): 1) нечеткость произношения (неразборчивость речи), 2) неспособность читать, 3) нарушение понимания обращенной речи 4) невозможность говорить 5) невозможность писать.	5	ТК, ПА
37. Анозогнозия – это (1): 1) нарушение схемы тела, 2) мимопопадание в пальценосовой пробе 3) нарушение узнавание предметов на ощупь 4) отрицание собственного заболевания 5) невозможность писать.	4	ТК, ПА
38. Персеверации – это (1): 1) трудности переключения, инертность 2) нарушение узнавания лиц 3) нарушение понимания обращенной речи 4) невозможность говорить 5) невозможность писать.	1	ТК, ПА
39. Для синдрома игнорирования характерны (3): 1) ухудшение восприятия сенсорных стимулов на стороне, противоположной пораженному полушарию 2) нарушение конструирования 3) уменьшение двигательной активности в конечностях, противоположных пораженному полушарию 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушения внимания.	1, 3, 5	ТК, ПА
40. Синдром игнорирования развивается при поражении (1): 1) левой теменной доли 2) правой теменной доли 3) левой вичоной доли 4) правой височной доли 5) лобных долей с двух сторон.	2	ТК, ПА
41. Анозогнозия развивается при поражении (1): 1) левой теменной доли 2) правой теменной доли 3) левой вичоной доли	2	ТК, ПА

4) правой височной доли 5) лобных долей с двух сторон.		
42. Пальцевая агнозия развивается при поражении (1): 1) левой теменной доли 2) правой теменной доли 3) левой вичоной доли 4) правой височной доли 5) лобных долей с двух сторон.	1	ТК, ПА
43. Алексия и аграфия развиваются при поражении (1): 1) левой теменной доли 2) правой теменной доли 3) левой затылочной доли 4) правой затылочной доли 5) лобных долей с двух сторон	1	ТК, ПА
44. Алексия без аграфия развиваются при поражении (1): 1) левой теменной доли 2) правой теменной доли 3) левой затылочной доли 4) правой затылочной доли 5) лобных долей с двух сторон	3	ТК, ПА
45. Акалькулия развиваются при поражении (1): 1) левой теменной доли 2) правой теменной доли 3) левой затылочной доли 4) правой затылочной доли 5) лобных долей с двух сторон	1	ТК, ПА
46.Акалькулия - это (1): 1) нарушение чтения 2) нарушения письма 3) нарушение счета 4) нарушение понимания обращенной речи 5) нарушение говорения	3	ТК, ПА
47. Для амнестической афазии характерны (2): 1) трудности называния предметов по показу, 2) вербальные парафазии, 3) нарушение памяти на текущие события, 4) нарушение памяти на отдалённые события, 5) нарушение понимания грамматических конструкций.	1,2	ТК
48. Выраженные нарушения памяти на текущие события – это (1): 1) антероградная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) транзиторная глобальная амнезия, 5) анозогнозия.	3	ТК, ПА
49. Выраженные нарушения памяти на события, случившиеся до начала заболевания – это (1): 1) антероградная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) транзиторная глобальная амнезия, 5) анозогнозия.	2	ТК, ПА
50. Выраженные нарушения памяти на события, случившиеся после начала заболевания – это (1): 1) антероградная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) транзиторная глобальная амнезия,	1	ТК, А

5) анозогнозия.		
51. Признаки корсаковского синдрома (4): 1) антероградная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) конфабуляции 5) снижение интеллекта.	1-4	ТК
52. Корсаковский синдром развивается при поражении (2): 1) гипокампа 2) передних отделов лобных долей, 3) таламуса 4) зоны стыка теменных и затылочных долей головного моза 5) зоны стыка височных и затылочных долей головного мозга.	1, 3	ТК
53. Закон Рибо (1): 1) память на недавние события нарушена больше, чем на отдаленные 2) память на отдаленные события нарушена больше, чем на недавние 3) память на отдаленные и недавние события нарушена в одинаковой тепени 4) чем старше пациент, тем больше риск нарушений памяти 5) чем младше пациент, тем больше риск нарушений памяти.	1	ТК
54. Для Корсаковского синдрома характерны (2): 1) память на недавние события нарушена больше, чем на отдаленные 2) память на отдаленные события нарушена больше, чем на недавние 3) память на отдаленные и недавние события нарушена в одинаковой тепени 4) пожилой возраст пациента 5) конфабуляции	1, 5	ТК
55. Для болезни Альцгеймера характерны (2): 1) память на недавние события нарушена больше, чем на отдаленные 2) память на отдаленные события нарушена больше, чем на недавние 3) память на отдаленные и недавние события нарушена в одинаковой тепени 4) пожилой возраст пациента 5) отсутствие конфабуляций	1, 4	ТК, ПА
56. Признаки зрительно-пространственной агнозии (2): 1) нарушение узнавания предметов, 2) нарушение ориентировки на местности, 3) нарушение узнавания лиц, 4) невозможность определить время по часам со стрелкой, 5) астереогноз.	2, 4	ТК
57. Признаки зрительно-предметной агнозии (1): 1) нарушение узнавания предметов, 2) нарушение ориентировки на местности, 3) нарушение узнавания лиц, 4) невозможность определить время по часам со стрелкой, 5) астереогноз.	1	ТК
58. Признаки прозопагнозии (1): 1) нарушение узнавания предметов, 2) нарушение ориентировки на местности, 3) нарушение узнавания лиц, 4) невозможность определить время по часам со стрелкой, 5) астереогноз.	3	ТК
59.Признаки поражения теменной доли доминантного полушария (3): 1) синдром «чужой» руки,	2,3,5	ТК

2) конструктивная апраксия, 3) акалькулия, 4) анозогнозия 5) астереогноз.		
60 Признаки поражения теменной доли субдоминантного полушария (2): 1) синдром «чужой» руки, 2) конструктивная апраксия, 3) акалькулия, 4) анозогнозия 5) астереогноз.	1, 4	ТК
61. Транзиторная глобальная амнезия – это (1): 1) выраженные прогрессирующие нарушения памяти, 2) преходящее состояние спутанного сознания с дезориентировкой в месте, 3) кратковременная афазия, 4) преходящее нарушение памяти на текущие и отдаленные события, 5) кратковременная утрата сознания с падением мышечного тонуса.	4	ТК, ПА
62. Для транзиторной глобальной амнезии характерны (2): 1) длительность приступа несколько минут 2) длительность приступа несколько часов 3) длительность приступа несколько дней 4) частые рецидивы 5) редкие рецидиы	2,5	ТК, ПА
63. В основе транзиторной глобальной амнезии предполагается (1): 1) кратковременная ишемия гипокампа 2) кратковременная ишемия мамилярных тел гипотаамуса 3) кратковременная ишемия ствола головного мозга 4) прогрессирующая корковая депрессия 5) репрессия эмоционально неприятной информации.	1	ТК, ПА
64. Признаки амнестической афазии (1): 1) уменьшение беглости и плавности речи, 2) нарушения памяти на текущие события, 3) нарушение понимания грамматических конструкций, 4) трудности называния предметов по показу, 5) нарушение счёта.	4	ТК
65. Нарушение памяти на события, предшествующие черепно-мозговой травме – это (1): 1) транзиторная глобальная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) антероградная амезия, 4) конфабуляции, 5) синдром «уже виденного» ("deja vu").	2	ТК
66. Нарушение памяти на события после черепно-мозговой травмы – это (1): 1) транзиторная глобальная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) антероградная амезия, 4) конфабуляции, 5) синдром «уже виденного» ("deja vu").	3	ТК
67. Для черепно-мозговой травмы –характерны (2): 1) транзиторная глобальная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) антероградная амезия,	2,3	ТК

4) конфабуляции, 5) синдром «уже виденного» ("deja vu").		
63. Признаки первичного астереогноза (1): 1) нарушение схемы тела, 2) нарушение тактильной чувствительности, 3) нарушение глубокой чувствительности, 4) невозможность узнавания предметов на ощупь, 5) трудности называния предметов по показу.	4	ТК
68. Синдромы поражения вторичных корковых зон затылочных долей головного мозга (2): 1) аграфия, 2) прозапагнозия, 3) сенсорная афазия 4) зрительно-предметная агнозия, 5) акалькулия.	2,4	ТК
69. Корсаковский синдром – это (1): 1) выраженные прогрессирующие нарушения памяти, 2) сочетание апракто-агностических и речевых нарушений, 3) нарушение памяти преимущественно на отдаленные события, 4) фиксационная амнезия, конфабуляции, 5) преходящие нарушения памяти на текущие и отдаленные события.	4	ТК, ПА
70. Признаки моторной афазии (3): 1) вербальные персеверации, 2) уменьшение беглости и плавности речи, 3) нарушение счёта, 4) дисграфия, 5) отчуждение смысла слов.	1,2,4	ТК, ПА
71. «Воспоминания» событий, которые никогда не происходили – это (1): 1) конфабуляции, 2) синдром «уже виденного» ("deja vu"), 3) псевдореминесценции, 4) амнестическая афазия, 5) прозапагнозии.	1	ТК, ПА
72. Невозможность воспроизвести серию из трех последовательных движений, персеверации при их выполнении характерны для (1): 1) гиперкинетического синдрома, 2) конструктивной апраксии, 3) кинетической апраксии, 4) мозжечковой атаксии.	3	ТК
73. Трудности различения правой и левой стороны пространства отмечаются при (2): 1) зрительно-пространственной агнозии, 2) зрительно-предметной агнозии 3) поражении затылочно-теменных отделов слева 4) поражении теменно-затылочных отделов справа 5) поражение правой височной доли.	1, 3	ТК
74. Трудности ориентировки на местности отмечаются при (2): 1) зрительно-пространственной агнозии, 2) зрительно-предметной агнозии 3) поражении затылочно-теменных отделов слева 4) поражении теменно-затылочных отделов справа 5) поражение правой височной доли.	1, 3	ТК, ПА
75. Синдром “чужой” руки разивается при (1): 1) поражении правой лобной доли 2) поражении левой лобной доли 3) поражении правой теменной доли	1	ТК

4) поражении левой теменной доли 5) поражение правой височной доли.		
76. Для поражения субдоминантного полушария характерны (2): 1) невозможность различать правую и левую сторону, 2) синдром игнорирования половины пространства, 3) снижение критики, 4) синдром "чужой руки", 5) моторная афазия	**2,4**	ТК
77. Проявления поражения структур гиппокампового комплекса (2): 1) нарушения памяти на текущие события, 2) амнестическая афазия, 3) корсаковский синдром, 4) снижение критики, импульсивное поведение, 5) кинетическая апраксия.	**1,3**	ТК
78. Выраженные нарушения памяти на текущие события отмечаются при (2): 1) рассеянном скелрозе 2) корсаковском синдроме 3) опухоли лобной доли 4) болезни Альцгеймера.	2, 4	ТК, ПА
79. Признаки сенсорной афазии (3): 1) отчуждение смысла слов, 2) парафазии, 3) нарушение чтения и письма 4) уменьшение беглости и плавности речи, 5) скандированная речь.	**1-3**	ТК, ПА
80. Признаки транзиторной глобальной амнезии (3): 1) антероградная амнезия 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) нарушение узнавания знакомых людей 5) астереогноз.	**1,2,3**	ТК, ПА
81. Соматические агнозии (2): 1) аутотопагнозия, 2) зрительно-пространственная агнозия 3) пальцевая агнозия, 4) прозапагнозия.	**1,3**	ТК
82. Зрительные агнозии (2): 1) аутотопагнозия, 2) астереогноз, 3) пальцевая агнозия, 4) прозапагнозия.	**2,4**	ТК, ПА
83. При афазии, в отличие от дизартрии (2): 1) сохранена письменная речь, 2) может быть нарушена письменная речь 3) всегда сохранено понимание речи 4) может быть нарушено понимание речи 5) сохранен грамматический строй речи	**2,4**	ТК, ПА
84. При зрительно-предметной агнозии (2): 1) сохранена способность копирования изображения 2) нарушена способность копирования изображения 3) сохранена способность выбрать одинаковые изображения из множества 4) нарушена способность выбрать одинаковые изображения из множества 5) грубо нарушено зрения	**1,3**	ТК, ПА

85. При прозапагнозии нарушены (2): 1) узнавание знаковых лиц, 2) узнавание предметов 3) понимание эмоционального выражения лица 4) схема тела 5) ориентировка на местности.	**1,3**	ТК, ПА
86. Больной 72 лет, после инсульта говорит отдельными словами, ,грамматически не связаными между собой, нередки повторы отдельных звуков или слогов слова (персеверации). Неврологические синдромы: (1) 1) сенсорная афазия, 2) моторная афазия 3) сенсомоторная афазия 4) амнестическая афазия 5) аграфия.	**2**	ТК
87. Больной 72 лет, после инсульта говорит отдельными словами, ,грамматически не связаными между собой, нередки повторы отдельных звуков или слогов слова (персеверации). Неврологические синдромы Локализация поражнения мозга : (1) 1) левая верхняя височная извилина, 2) задние отделы левой лобной доли 3) левая средняя височная извилина 4) левая ангулярная извилина 5) задние отедлы правой лобной доли.	**2**	ТК
88. Для сенсомоторной афазии характерны (3) 1) нарушение понимания обращенной речи 2) понимание обращенной речи сохранено 3) односложная речь 4) развернутая речь 5) нарушения письма	**1, 3, 5**	ТК
89. При сенсомоторной афазии поражены (2) 1) задние отделы левой лобной доли 2) ангулярная извилина слева 3) левая верхняя височная извилина 4) левая средняя височная извилина 5) затылочные доли	**1, 3**	ТК
90. У больной 69 лет, после инсульта развиваются нарушения речи: её речь непонятна, она "путает" близкие по звучанию слоги (например, "год" и "кот" "ба" "па" и др. Инструкции врачей больная не выполняет или выполняет неправильно. Неврологические синдромы: (1) 1) сенсорная афазия 2) моторная афазия 3) сенсо-моторная афазия 4) амнестическая афазия 5) диазратрия	**1**	ТК
91. У больной 69 лет, после инсульта развиваются нарушения речи: её речь непонятна, она "путает" близкие по звучанию слоги (например, "год" и "кот" "ба" "па" и др. Инструкции врачей больная не выполняет или выполняет неправильно. Локализация поражения: (1) 1) задние отделы левой лобной доли 2) ангулярная извилина слева 3) левая верхняя височная извилина 4) левая средняя височная извилина 5) двустороннее поражение затылочных долей	**3**	ТК
92. Больная 75 лет испытывает трудности при подборе нужного слова, повышенную забывчивость, трудности ориентировки на	**1, 3, 5**	ТК

местности. Пациентка старается избегать существительных, заменяя их местоимениями. Неврологические синдромы? (3) 1) амнезия 2) прозапагнозия 3) амнестическая афазия 4) моторная афазия 5) зрительно-пространственная агнозия		
93. Больная 75 лет испытывает трудности при подборе нужного слова, повышенную забывчивость, трудности ориентировки на местности. Пациентка старается избегать существительных, заменяя их местоимениямиЛокализация поражения? (3) 1) гипокамп 2) правая затылочная доля 3) левая средняя височная извилина 4) задние отделы лобной доли слева 5) теменно-затылочные отделы слева	**1, 3, 5**	ТК
94. Больная 75 лет испытывает трудности при подборе нужного слова, повышенную забывчивость, трудности ориентировки на местности. Пациентка старается избегать существительных, заменяя их местоимениями Клинический диагноз? (1) 1) рассеянный склероз 2) болезнь Альцгеймера 3) сосудистая деменция 4) инсульт 5) боковой амиотрофический склероз	**2**	ТК
95. Месяц назад после злоупотребления алкоголем у пациента остро развивается помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, сходящееся косоглазие, нарушение памяти, шаткость походки.. Неврологичские синдромы (3): 1) прозапагнозия 2) фиксационная аминезия 3) амнестическая афазия 4) ретроградная амнезия 5) анетероградная амнезия	**2, 4, 5**	ТК
91. Месяц назад после злоупотребления алкоголем у пациента остро развивается помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, сходящееся косоглазие, нарушение памяти, шаткость походки Локализация поражения (1): 1) левая лобная доля 2) полосатые тела 3) медиальные ядра таламуса 4) мост 5) правая затылочная доля	**3**	ТК
92. Месяц назад после злоупотребления алкоголем у пациента остро развивается помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, сходящееся косоглазие, нарушение памяти, шаткость походки Клинический диагноз (3): 1) рассеянный склероз 2) транзиторная глобальная амнезия 3) энцефалопатия Вернике-Корсакова 4) болезнь Альгеймера 5) ишемический инсульт	**3**	ТК
93. Месяц назад после злоупотребления алкоголем у пациента остро развивается помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, сходящееся косоглазие, нарушение памяти, шаткость походки Назначьте терапию (1):	**5**	ТК

1) вазотропные препараты 2) нейрометаболические препараты 3) ингибиторы ацетилхолинэстеразы 4) мемантин 5) тиамин		
94. У больной 64 лет внезапно развиваются и наблюдаются в течение 7 часов нарушения памяти на текущие и недавние (в течение предыдущих суток) события. Другие высшие психические функции не нарушены, сознание ясное . Как расценить нарушения памяти у пациентки: (3) 1) антероградная амнезия 2) ретроградная амнезия 3) фиксационная амнезия 4) амнестическая афазия 5). конфабуляция	**1, 2, 3**	ТК
95. У больной 64 лет внезапно развиваются и наблюдаются в течение 7 часов нарушения памяти на текущие и недавние (в течение предыдущих суток) события. Другие высшие психические функции не нарушены, сознание ясное .Предполагаемая локализация поражения (1) 1) левая лобная доля 2) правая височная доли 3) гипокамп 4) гипоталамус 5) мост	**3**	ТК
96. У больной 64 лет внезапно развиваются и наблюдаются в течение 7 часов нарушения памяти на текущие и недавние (в течение предыдущих суток) события. Другие высшие психические функции не нарушены, сознание ясное .Клинический диагноз (1) 1) рассеянный склероз 2) болезнь Альцгеймера 3) геморагический инсульт 4) корсаковский синдром 5) транзиторная глобальная амнезия	**2**	ТК
97. У больной 64 лет внезапно развиваются и наблюдаются в течение 7 часов нарушения памяти на текущие и недавние (в течение предыдущих суток) события. Другие высшие психические функции не нарушены, сознание ясное .Предполагаемая этиология заболевания (1) 1) кровоизлияние в боковые желудочки 2) ишемия гипокампа 3) кровоизлияние в левую лобную долю 4) ишемия левой лобной доли 5) кровоизлияние в правой лобной доли	**2**	ТК
98. У больной 64 лет внезапно развиваются и наблюдаются в течение 7 часов нарушения памяти на текущие и недавние (в течение предыдущих суток) события. Другие высшие психические функции не нарушены, сознание ясное .Прогноз заболевания (2) 1) велика вероятность рецидива 2) вероятность рецидива низка 3) велика вероятность развития стойких нарушений памяти 4) вероятность развития стойких нарушений памяти крайне низкая 5) в будущем облигатно разовьётся деменция	**2,4**	ТК
99. Больная с левосторнним гемипарезом и гемигипестезией отрицает наличие у себя заболевания, не замечает людей или	**2, 4, 5**	ТК

предметов, которые находятся слева от нее, утверждает что паретичная рука ей не принадлежит. Какие нарушения высших мозговых функций отмечаются у пациентки (3) 1) нарушение схемы тела 2) синдром игнорирования половины пространства 3) тактильная агнозия 4) синдром «чужой руки» 5) анозогнозия		
100. Больная с левосторнним гемипарезом и гемигипестезией отрицает наличие у себя заболевания, не замечает людей или предметов, которые находятся слева от нее, утверждает что паретичная рука ей не принадлежитЛокализация поражения (1) 1) лобно-височнные отделы слева 2) лобно-височные отделы справа 3) теменно-височные отделы слева 4) теменно-височные отделы справа 5) двустороннее поражение затылочных долей	**4**	ТК
101. Признаки зрительно-предметной агнозии (2) 1) нарушение узнавания предметов 2) нарушения памяти на названия предметов 3) нарушение узнавания знакомых лиц 4) способность выбора двух одинаковых предметов из множества 5) неспособность выбора двух одинаковых предметов из множества	**1,5**	ТК, ПА
102. Признаки прозапагнозии (1) 1) нарушение узнавания предметов 2) нарушения памяти на названия предметов 3) нарушение узнавания знакомых лиц 4) неспособность выбора двух одинаковых предметов из множества 5) способность выбора двух одинаковых предметов из множества	**3**	ТК, ПА
103. Признаки зрительно-пространственной агнозии - нарушения (2): 1) узнавания предметов 2) памяти на названия предметов 3) узнавания знакомых лиц 4) ориентировки на местности 5) узнавания времени по часам со стрелками	**4, 5**	ТК, ПА
104. Признаки пальцевой агнозии (2): 1) нарушение узнавания предметов на ощупь 2) утрата способности назвать пальцы на своей руке 3) утрата способности попасть пальцем в нос 4) утрата способности сложить пальцы так, как его просят 5) утверждение пациента, что у него отуствуют пальцы	**2, 4**	ТК, ПА
105. Признаки сенсорной афазии (3) : 1) нарушение понимания обращенной речи 2) нарушение чтения 3) сохранная способность к чтению 4) нормальная способность объясниться с окружающими 5) непонятность речи для окружающих	**1, 2, 5**	ТК, ПА
106. Признаки моторной афазии (2) : 1) нарушение понимания обращенной речи 2) нарушение чтения 3) сохранная способность к чтению 4) нормальная споособность объясниться с окружающими 5) собственная речь пациента скудная, аграмамтичная	**3, 5**	ТК, ПА
107. Признаки кинетической апраксии (3): 1) трудности выполнения целенаправленных действий в повседневной жизни 2) персеверации 3) трудности имитации действий по просье врача	**1, 2, 3**	ТК, ПА

4) нарушение схемы тела 5) нарушения счета		
108. Симптомы поражения передних отделов лобных долей (3): 1) нарушение понимания обращенной речи 2) импульсивность 3) нарушение ориентировки в системе координат «верх-низ» 4) персеверации 5) снижение критики	**2, 4, 5**	ТК
109. Симптомы поражения задних отделов лобных долей (3): 1) нарушение понимания обращенной речи 2) кинетическая апраксия 3) нарушение ориентировки в системе координат «верх-низ» 4) моторная афазия 5) снижение критики	**2, 4**	ТК
110. Признаки алексии - нарушение (2): 1) понимания обращенной речи 2) чтения 3) письма 4) узнавания букв 5) построения устного речевого высказывания	**2, 4**	ТК, ПА

Раздел дисциплины (тема): Инструментальные и лабораторные методы диагностики (Тема 14).

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

1.При игольчатой электромиографии в состоянии покоя в норме (1): 1) не регистрируется биоэлектрическая активность, 2) регистрируются потенциалы действия единиц 3) регистрируются фибрилляции, 4) регистрируются фасцикуляции, 5) регистрируются положительные острые волны.	1	ТК, ПА
2.Потенциал двигательной единицы регистрируется при (1): 1) электронейромиографии, 2) электроэнцефалографии, 3) игольчатой электромиографии, 4) зрительных вызванных потенциалах, 5) соматосенсорных вызванных потенциалах.	3	ТК, ПА
3. Потенциал двигательной единицы образуется (1): 1) 1 нейроном, 2) 10 нейронами, 3) 50 нейронами, 4) 100 нейронами, 5) 1000 нейронами.	1	ТК, ПА
4. Параметры (амплитуда и длительность) потенциала двигательной единицы зависят от (2): 1) мышцы, 2) возраста, 3) пола, 4) температуры тела, 5) роста и веса.	1,2	ТК
5. При поражении передних рогов спинного мозга при игольчатой электромиографии регистрируются: (4) 1) фасцикуляции 2) фибрилляции 3) положительные острые волны 4) миотонические разряды 5) «гигантские» потенциалы двигательных единиц	1,2,3,5	ТК, ПА
6. При поражении передних рогов спинного мозга потенциалы двигательных единиц: (2)	1,3	ТК

1) уменьшаются по численности 2) уменьшаются по амплитуде 3) увеличиваются по длительности 4) имеют полифазный характер 5) приобретают характер «миотонических разрядов»		
7. При поражении передних рогов изменение потенциалов двигательных единиц вызвано: (2) 1) уменьшением числа двигательных нейронов 2) появлением новых нейронов 3) увеличением числа мышечных волокон, иннервируемых одним двигательным нейроном 4) снижением функциональной активности двигательных нейронов 5) появлением «миотонических разрядов»	1,3	ТК
8. При первичном невоспалительном поражении мышц при игольчатой электромиографии регистрируются: (2) 1) фасцикуляции 2) фибрилляции 3) положительные острые волны 4) потенциалы двигательных единиц с уменьшенной длительностью 5) потенциалы двигательных единиц с уменьшенной амплитудой	4,5	ТК, ПА
9. При первичном поражении мышц потенциалы двигательных единиц: (2) 1) уменьшаются по численности 2) увеличиваются по амплитуде 3) уменьшаются по длительности 4) имеют полифазный характер 5) часто приобретают характер «гигантских» потенциалов	3,4	ТК
10. При первичном поражении мышц изменение потенциалов двигательных единиц вызвано: (1) 1) уменьшением числа двигательных нейронов 2) уменьшением числа мышечных волокон 3) увеличением числа мышечных волокон, иннервируемых одним двигательным нейроном 4) появлением новых двигательных нейронов 5) появлением новых мышечных волокон	2	ТК, ПА
11. Спонтанная активность при игольчатой электромиографии возможна при первичном поражении мышц в случае миопатии (1): 1) Дюшена 2) Эрба 3) дистальной 4) Беккера 5) воспалительной (полимиозита).	5	ТК
12. При поражении периферических нервов при игольчатой электромиографии (3): 1) регистрируются потенциалы фибрилляций, 2) регистрируются положительные острые волны, 3) увеличено число двигательных единиц, 4) уменьшена амплитуда потенциалов двигательных единиц 5) увеличена длительность потенциалов двигательных единиц.	1,2,5	ТК
13. При поражении передних корешков при игольчатой электромиографии (3): 1) регистрируются потенциалы фибрилляций, 2) регистрируются положительные острые волны, 3) увеличено число двигательных единиц, 4) уменьшена амплитуда потенциалов двигательных единиц 5) увеличена длительность потенциалов двигательных единиц..	1,2,5	ТК
14. При стимуляционной электромиографии (электронейромиографии) исследуется скорость проведения возбуждения (3): 1) в головном мозге, 2) в спинном мозге, 3) по двигательным волокнам периферических нервов,	3,4,5	ТК, ПА

4) по чувствительным волокнам периферических нервов, 5) по автономным волокнам периферических нервов.		
15. Стимуляционная электромиография (электронейромиография) – метод исследования биоэлектрической активности, регистрируемой с (3): 1) головного мозга, 2) спинного мозга, 3) двигательных периферических нервов, 4) смешанных периферических нервов, 5) мышц.	3,4,5	ТК, ПА
16. В период стимуляционной электромиографии (электронейромиографии) проводится электрическая стимуляция (2): 1) мышц, 2) чувствительных периферических нервов, 3) двигательных периферических нервов, 4) спинного мозга 5) головного мозга.	2, 3	ТК,ПА
17. Скорость распространения возбуждения по двигательным волокнам периферических нервов верхних конечностей в норме не меньше (1): 1) 40 м/с, 2) 45 м/с, 3) 50 м/с, 4) 55 м/с 5) 60 м/с	3	ТК
18. Скорость распространения возбуждения по двигательным волокнам периферических нервов нижних конечностей в норме не меньше (1): 1) 35 м/с, 2) 40 м/с, 3) 45 м/с, 4) 50 м/с, 5) 55 м/с,	2	ТК
19. Скорость распространения возбуждения обычно оценивают в нервах (4): 1) локтевом, 2) срединном, 3) наружном кожном нерве бедра, 4) малоберцовом, 5) большеберцовом	1,2,4,5	ТК, ПА
20. При поражении миелиновой оболочки периферических нервов (2): 1) уменьшается амплитуда мышечного ответа 2) уменьшается латентный период мышечного ответа 3) наблюдается полифазный характер мышечного ответа 4) замедляется скорость проведения возбуждения 5) наблюдается феномен «патологической мышечной утомляемости»	3,4	ТК
21. При поражении аксонов периферических нервов (2): 1) уменьшается амплитуда мышечного ответа 2) уменьшается латентный период мышечного ответа 3) наблюдается полифазный характер мышечного ответа 4) наблюдается феномен «патологической мышечной утомляемости» 5) остается нормальной скорость проведения возбуждения	1,5	ТК
22. При поражении аксонов и миелиновой оболочки периферических нервов (4): 1) уменьшается амплитуда мышечного ответа 2) увеличивается латентный период мышечного ответа 3) наблюдается полифазный характер мышечного ответа 4) замедляется скорость проведения возбуждения 5) возникают миотонические разряды	1,2,3,4	ТК
23. Блок проведения диагностируется при снижении амплитуды	5	ТК

мышечного ответа на (1): 1) 5%, 2) 10%, 3) 15%, 4) 20% 5) 25%.		
24. Блок проведения при электронейромиографии указывает на (2): 1) локальную демиелинизацию, 2) локальную компрессию, 3) диффузную аксонопатию, 4) диффузную миелинопатию, 5) патологическую мышечную утомляемость.	1,2	ТК
25. Метод ритмической стимуляции периферического нерва позволяет выявить (1) 1) локальную демиелинизацию, 2) локальную компрессию, 3) диффузную аксонопатию, 4) диффузную миелинопатию, 5) патологическую мышечную утомляемость.	5	ТК,ПА
26. При ритмической стимуляции периферического нерва с частотой 3 Гц в норме амплитуда мышечного ответа (1): 1) не меняется, 2) снижается на 10%, 3) снижается на 15%, 4) снижается на 20%, 5) снижается на 25%,	1	ТК, ПА
27. При миастении (1): 1) замедляется скорость проведения возбуждения, 2) увеличивается амплитуда мышечного ответа в сравнении с нормой, 3) наблюдается снижение амплитуды мышечного ответа при ритмической стимуляции 5 Гц, 4) регистрируются фасцикуляции, 5) регистрируются миотонические разряды	3	ТК, ПА
28. У больных миастенией после введения прозерина при ритмической стимуляции периферического нерва с частотой 3 Гц амплитуда мышечного ответа (1): 1) увеличивается на 10%, 2) увеличивается на 20%, 3) не меняется, 4) уменьшается на 20%, 5) уменьшается на 30%.	3	ТК
29. Для анализа автономных волокон периферических нервов используют анализ (1): 1) положительных острых волн, 2) мышечного ответа. 3) потенциала двигательной единицы 4) вызванного кожного симпатического потенциала 5) наличия и степени блоков проведения.	4	ТК,ПА
30. При поражении передних рогов спинного мозга (3): 1) увеличивается скорость распространения возбуждения, 2) уменьшается амплитуды мышечного ответа, 3) регистрируется феномен патологической мышечной утомляемости, 4) увеличивается длительность потенциалов двигательных единиц, 5) регистрируются фасцикуляции.	2,4,5	ТК, ПА
31. При поражении передних корешков спинного мозга (2): 1) увеличивается скорость распространения возбуждения, 2) увеличивается амплитуда мышечного ответа, 3) регистрируются фибрилляции 4) регистрируются положительные острые волны 5) уменьшается амплитуда потенциалов двигательных единиц	3,4	ТК, ПА
32. При поражении нервных сплетений (2): 1) регистрируются фибрилляции,	1,2	ТК, ПА

2 регистрируются положительные острые волны, 3) уменьшается амплитуда потенциалов двигательных единиц 4) регистрируется феномен патологической мышечной утомляемости, 5) регистрируются миотонические разряды		
33. При поражении периферических нервов регистрируются (2): 1) фибрилляции 2) фасцикуляции 3) положительные острые волны, 4) феномен патологической мышечной утомляемости 5) миотонические разряды.	1,2	ТК, ПА
34. Электронейромиографии и игольчатая электромиография позволяют выявить поражение (4): 1) мышц, 2) нервных сплетений, 3) периферических нервов, 4) нервно-мышечного синапса, 5) периферических рецепторов глубокой чувствительности.	1,2,3,4	ТК,ПА
35. Электронейромиографии и игольчатая электромиография позволяют (3): 1) выявить поражение периферической нервной системы, 2) выявить поражение мышц, 3) поставить нозологический диагноз, 4) определить характер (аксонопатия, миелинопатия) поражения периферических нервов, 5) установить наследственный характер патологии.	1,2,4	ТК, ПА
36. При транскраниальной магнитной стимуляции воздействие оказывается на (1): 1) лобную долю, 2) височную долю, 3) затылочную долю, 4) мозжечок, 5) ствол мозга.	1	ТК, ПА
37. При транскраниальной магнитной стимуляции потенциалы регистрируются с мышц (2): 1) глаз, 2) мимических, 3) шеи, 4) верхних конечностей, 5) нижних конечностей.	4,5	ТК
38. При транскраниальной магнитной стимуляции анализируются (3): 1) порог вызывания двигательного ответа, 2) латентный период двигательного ответа, 3) патологические потенциалы с верхней конечности, 4) патологические потенциалы с нижней конечности, 5) амплитуда двигательного ответа.	1,2,5	ТК
39. При значительном поражении корково-спинномозгового тракта при транскраниальной магнитной стимуляции (1): 1) регистрируются патологические потенциалы в мышцах лица, 2) регистрируются патологические потенциалы в мышцах руки, 3) регистрируются патологические потенциалы в мышцах туловища, 4) регистрируются патологические потенциалы в мышцах ноги, 5) не удается зарегистрировать двигательные потенциалы .	5	ТК
40. Метод транскраниальной магнитной стимуляции применяется для диагностики (2): 1) миопатии Дюшена, 2) миопатии Бекера, 3) миастении, 4) бокового амиотрофического склероза, 5) рассеянного склероза.	4,5	ТК

41. Во время записи электроэнцефалографии пациент (3): 1) находится в светоизолированной комнате, 2) находится в звукоизолированной комнате, 3) сидит с открытыми глазами, 4) находится в состоянии расслабленного бодрствования, 5) слушает музыку.	1,2,4	ТК, ПА
42. Обычные функциональные пробы при записи электроэнцефалографии (3): 1) открывание и закрывание глаз, 2) сжимание пальцев в кулак, 3) зажмуривание глаз, 4) ритмическая световая стимуляция, 5) гипервентиляция.	1,4,5	ТК
43. Альфа-ритм лучше регистрируется в норме в отведениях (1): 1) лобных, 2) центральных, 3) височных, 4) височных и центральных, 5) затылочных.	5	ТК, ПА
44. Альфа-ритм имеют частоту (1): 1) 1-3 Гц, 2) 4-7 Гц, 3) 8-12 Гц, 4) 14-40 Гц, 5) выше 40 Гц	3	ТК, ПА
45. Бета-ритм имеют частоту (1): 1) 1-3 Гц, 2) 4-8 Гц, 3) 9-12 Гц, 4) 14-40 Гц, 5) выше 40 Гц	4	ТК, ПА
46. Тета волны имеют частоту (1): 1) 1-3 Гц, 2) 4-7 Гц, 3) 8-12 Гц, 4) 14-40 Гц, 5) выше 40 Гц	2	ТК, ПА
47. Дельта волны имеют частоту (1): 1) 1-3 Гц, 2) 4-7 Гц, 3) 8-12 Гц, 4) 14-40 Гц, 5) выше 40 Гц	1	ТК, ПА
48. В норме при электроэнцефалографии обычно регистрируются (2): 1) альфа-ритм, 2) бета-ритм, 3) дельта волны, 4) комплексы «пик-медленная волна», 5) высокоамплитудные острые волны.	1,2	ТК,ПА
49. Окончательное формирование биоэлектрических ритмов (по данным электроэнцефалограммы) заканчивается в (1): 1) 5 лет, 2) 8-10 лет, 3) 16-20 лет, 4) 25-30 лет, 5) 35-40 лет.	3	ТК
50. Эпилептическая активность (3): 1) альфа-ритм, 2) бета-ритм, 3) пики (спайки), 4) комплексы «пик-медленная волна»,	3,4,5	ТК, ПА

5) комплексы «пик-быстрая волна».		
51. Метод компьютерного анализа электроэнцефалограммы позволяет (2): 1) установить конкретное заболевание, 2) провести дифференциальный диагноз между заболеваниями, 3) установить локализацию патологической активности, 4) определить средние показатели (частота, амплитуда) ритмов в различных отведениях, 5) выявить наличие сопутствующей соматической патологии.	3,4	ТК
52. Электроэнцефалография используется преимущественно для диагностики (1): 1) ишемического инсульта, 2) кровоизлияния в мозг, 3) опухоли головного мозга, 4) эпилепсии, 5) бокового амиотрофического склероза.	4	ТК,ПА
53. Электроэнцефалография и видеозапись пациента используются для дифференциального диагноза (1): 1) ишемического и геморрагического инсульта, 2) инсульта и опухоли головного мозга, 3) эпилепсии и других заболеваний, 4) рассеянного склероза и инсульта, 5) ушиба и сотрясения головного мозга.	3	ТК,ПА
54. При смерти головного мозга на электроэнцефалограмме (1): 1) регистрируется альфа-ритм, 2) регистрируется бета-ритм 3) регистрируются тета-волны, 4) регистрируются дельта-волны, 5) не регистрируется биоэлектрической активности.	5	ТК,ПА
55. При диффузном поражении головного мозга на электроэнцефалограмме обычно регистрируются (2): 1) альфа-ритм, 2) бета-ритм, 3) тета-волны, 4) дельта-волны, 5) комплексы «пик-медленная волна».	3,4	ТК
56. При глубоком поражении полушария головного мозга на электроэнцефалограмме характерно (2): 1) наличие гиперсинхронного альфа-ритма, 2) наличие гиперсинхронного бета-ритма, 3) чередование альфа и бета-ритмов, 4) наличие тета-волн по всему полушарию, 5) наличие дельта-волн по всему полушарию.	4,5	ТК
57. При поверхностном (корковом) поражении полушария головного мозга на электроэнцефалограмме характерно (2): 1) наличие альфа-ритма, 2) наличие бета-ритма, 3) чередование альфа и бета-ритмов, 4) наличие тета-волн в области поражения, 5) наличие дельта-волн в области поражения.	4,5	ТК
58. При поражении срединных структур головного мозга на электроэнцефалограмме характерны (3): 1) наличие билатерально-синхронных вспышек тета-волн, 2) наличие билатерально-синхронных вспышек дельта-волн, 3) чередование альфа и бета-ритмов, 4) преобладание альфа ритма в передних отведениях, 5) наличие эпилептиформной активности	1,2,5	ТК
59. Вызванные потенциалы головного мозга (3): 1) обонятельные, 2) зрительные, 3) слуховые, 4) вкусовые,	2,3,5	ТК,ПА

5) соматосенсорные.		
60. Вызванные соматосенсорные потенциалы обычно регистрируются при электрическом раздражении (2): 1) срединного нерва, 2) шейного сплетения, 3) плечевого сплетения, 4) большеберцового нерва, 5) наружного кожного нерва бедра.	1,4	ТК
61. Зрительные вызванные потенциалы обычно регистрируются в ответ на (2): 1) мысленные зрительные образы, 2) вспышки света, 3) предъявляемые предметы (на компьютере), 4) магнитную стимуляцию височной доли, 5) магнитную стимуляцию затылочной доли.	2,3	ТК
62. Метод вызванных потенциалов позволяет установить поражение (3): 1) мышц, 2) нервно-мышечного синапса, 3) периферических нервов, 4) спинного мозга, 5) головного мозга.	3,4,5	ТК, ПА
63. Рентгенографию черепа чаще применяют при (1): 1) ишемическом инсульте, 2) кровоизлиянии в мозг, 3) черепно-мозговой травме, 4) боковом амиотрофическом склерозе, 5) рассеянном склерозе.	3	ТК, ПА
64. Рентгенография черепа позволяет диагностировать (2): 1) ишемический инсульт, 2) кровоизлияние в мозг, 3) перелом костей свода черепа, 4) патологическое обызвествление (кальцификацию) внутри черепа, 5) рассеянный склероз.	3,4	ТК, ПА
65.Рентгенография позвоночника позволяет выявить (3): 1) опухоль спинного мозга, 2) перелом позвонков, 3) остеопороз позвоночника, 4) спондилолистез, 5) аномалию Киари.	2,3,4	ТК,ПА
66. При спондилографии можно выявить (3): 1) первичную опухоль позвоночника, 2) вторичную опухоль позвоночника, 3) косвенные признаки грыжи межпозвоночного диска, 4) сирингомиелию, 5) фуникулярный миелоз.	1,2,3	ТК,ПА
67. Для выполнения ренгеноконтрастной ангиографии головного мозга обычно используют катетеризацию артерии (2): 1) передней мозговой, 2) средней мозговой, 3) основной, 4) плечевой, 5) бедренной.	4,5	ТК,ПА
68. Для выполнения ренгеноконтрастной ангиографии спинного мозга обычно используют катетеризацию артерии (1): 1) передней мозговой, 2) средней мозговой, 3) задней мозговой, 4) позвоночной, 5) бедренной.	5	ТК,ПА
69. Преимущества субтракционной цифровой ангиографии (2): 1) высокое качество изображения,	1,4	ТК

2) низкая стоимость, 3) возможность использования при диспансеризации населения, 4) снижение риска осложнений (в сравнении с классической ренгеноконтрастной ангиографией), 5) простота выполнения.		
70. Рентгеноконтрастная ангиография позволяет выявить (4): 1) закупорку или сужение церебральной артерии, 2) закупорку или сужение прецеребральной артерии, 3) аневризму, 4) церебральный артериит, 5) аномалию Киари.	1,2,3,4	ТК,ПА
71. Частота осложнений при ренгеноконтрастной ангиографии (1): 1) 1-3%, 2) 4-10%, 3) 10-15%, 4) 15-20%, 5) 20-25%.	4	ТК
72. Метод субтракционной цифровой ангиографии используется при (3): 1) тромболитической терапии, 2) нейропротективной терапии, 3) выключении аневризмы, 4) удалении тромба (тромбэктомии), 5) оценке размеров зоны «пенумбры».	1,3,4	ТК, ПА
73. Исследование сосудов головного мозга при спиральной компьютерной ангиографии занимает (1): 1) 5 секунд, 2) 1 минуту, 3) 3-5 минут, 4) 5-10 минут, 5) 10-20 минут.	2	ТК, ПА
74. В условиях поликлиники для исследования сосудов головного мозга используют (2): 1) классическую рентгеноконтрастную ангиографию, 2) субтракционную цифровую ангиографию, 3) рентгеновскую компьютерную ангиографию, 4) магнитно-резонансную ангиографию, 5) компьютерную электроэнцефалографию.	3,4	ТК
75. Объемную модель (3 D) сосудов головного мозга можно получить при (3): 1) классической рентгеноконтрастной ангиографии, 2) субтракционной цифровой ангиографии, 3) рентгеновской компьютерной ангиографии, 4) магнитно-резонансной ангиографии, 5) компьютерной электроэнцефалографии.	2,3,4	ТК
76. Преимущество рентгеновской компьютерной томографии над магнитно-резонасной томографией (1): 1) лучшее изображение ствола головного мозга, 2) лучшее изображение спинного мозга, 3) кратковременность исследования, 4) отсутствие лучевой нагрузки на пациента, 5) возможность использования в условиях поликлиники.	3	ТК, ПА
77. Рентгеновская компьютерная томография позволяет выявить (3): 1) кровоизлияние в мозг в первые минуты, 2) инфаркт мозга в первые минуты, 3) опухоль головного мозга, 4) боковой амиотрофический склероз, 5) абсцесс головного мозга.	1,3,5	ТК,ПА
78. При рентгеновской компьютерной томографии сложно получить хорошее изображение (1): 1) лобной доли,	5	ТК,ПА

2) теменной доли, 3) височной доли, 4) затылочной доли, 5) задней черепной ямки.		
79. Рентгеновская компьютерная томография с контрастированием чаще используется для диагностики (1): 1) кровоизлияния в мозг, 2) ушиба головного мозга, 3) опухоли головного мозга, 4) абсцесса головного мозга, 5) рассеянного склероза.	3	ТК,ПА
80. Перфузионная рентгеновская компьютерная томография чаще используется для диагностики (1): 1) кровоизлияния в мозг, 2) ишемического инсульта, 3) опухоли головного мозга, 4) абсцесса головного мозга, 5) рассеянного склероза.	2	ТК,ПА
81. Рентгеновская компьютерная томография позвоночника используется для диагностики (2): 1) бокового амиотрофического склероза, 2) рассеянного склероза, 3) опухоли спинного мозга, 4) грыжи межпозвоночного диска, 5) фуникулярного миелоза.	2,3	ТК, ПА
82. Преимущество рентгеновской компьютерной миелографии над рентгеновской миелографией (1): 1) возможность не использовать контрастное вещество, 2) снижение частоты осложнений, 3) низкая стоимость, 4) возможность использования в условиях поликлиники, 5) простота выполнения.	**3**	ТК
83. При рентгеновской компьютерной миелографии контрастное вещество вводится в (1): 1) бедренную артерию, 2) бедренную вену, 3) субарахноидальное пространство, 4) центральный канал спинного мозга, 5) синусы головного мозга	**3**	ТК
84. Преимущества магнитно-резонансной томографией над рентгеновской томографией головного мозга (2): 1) низкая стоимость, 2) отсутствие облучения для пациента, 3) возможность использования в условиях поликлиники, 4) лучшее изображение структур задней черепной ямки, 5) кратковременность обследования.	**2,4**	ТК, ПА
85. Диффузионно-взвешенный режим магнитно-резонансной томографии (3): 1) выполняется без контрастирования, 2) позволяет диагностировать метаболические нарушения, 3) позволяет диагностировать ишемию головного мозга на ранней стадии, 4) выявляет стеноз мелкой церебральной артерии, 5) выявляет небольшие аневризмы головного мозга.	**1,2,3**	ТК
86. Перфузионная магнитно-резонансной томографии (2): 1) выполняется без контрастирования, 2) позволяет мониторировать состояние опухоли головного мозга на фоне химиотерапии, 3) позволяет диагностировать инфаркт мозга на ранней стадии, 4) выявляет стеноз мелкой церебральной артерии, 5) выявляет небольшие аневризмы головного мозга.	**2,3**	ТК
87. Сопоставление результатов диффузионно-взвешенной и	**2**	ТК, ПА

перфузионной магнитно-резонансной томографии головного мозга позволяет (1): 1) выявить стеноз мелкой церебральной артерии, 2) оценить зону «пенумбры», 3) выявить небольшую церебральную аневризму, 4) выявить микрокровоизлияния, 5) обнаружить источник кровоизлияния в мозг.		
88. Магнитно-резонансная трактография используется преимущественно для (1): 1) диагностики кровоизлияния в мозг, 2) диагностики инфаркта мозга, 3) диагностики церебральной аневризмы, 4) диагностики артериовенозной мальформации, 5) планирования объема нейрохирургической операции.	**5**	ТК, ПА
89. Противопоказания для магнитно-резонансной томографии (3): 1) острейший период кровоизлияния в мозг, 2) острейший период черепно-мозговой травмы, 3) имплантированный кардиостимулятор, 4) металлические осколки в различных органах, 5) наличие микронасоса для подачи инсулина.	**3,4,5**	ТК, ПА
90. Функциональная магнитно-резонансная томография используется (2): 1) для диагностики ишемического инсульта, 2) для диагностики кровоизлияния в мозг, 3) для диагностики рассеянного склероза, 4) для диагностики деменций, 5) при поиске эпилептического очага.	**4,5**	ТК, ПА
91. Позитронно-эмиссионная томография головного мозга используется для (3): 1) диагностики болезни Альцгеймера, 2) диагностики метастатического поражения , 3) локализации эпилептического очага, 4) диагностики рассеянного склероза, 5) оценки течения фуникулярного миелоза.	**1,2,3**	ТК, ПА
92. Однофотонная эмиссионная томография головного мозга используется для (3): 1) диагностики деменции, 2) диагностики новообразований, 3) локализации эпилептического очага, 4) диагностики рассеянного склероза, 5) оценки течения бокового амиотрофического склероза.	**1,2,3**	ТК, ПА
93. Дуплексное сканирование внутренней сонной артерии (ВСА) позволяет выявить (3): 1) стеноз ВСА, 2) закупорку ВСА, 3) расслоение ВСА, 4) закупорку средней мозговой артерии, 5) закупорку передней мозговой артерии.	**1,2,3**	ТК, ПА
94. При дуплексном сканировании закупорка внечерепных артерий чаще всего визуализуется в (2): 1) средней части внутренней сонной артерии, 2) средней части наружной сонной артерии, 3) средней части общей сонной артерии, 4) бифуркации общей сонной артерии, 5) начале внутренней сонной артерии.	**4,5**	ТК, ПА
95. Транскраниальная доплерография позволяет выявить (3): 1) закупорку большой внутричерепной артерии, 2) значительный стеноз большой внутричерепной артерии, 3) закупорку мелкой церебральной артерии, 4) микроаневризму сосудов головного мозга, 5) спазм мозговых артерий.	**1,2,5**	ТК, ПА
96. Длительное проведение транскраниальной доплерографии	**3,4**	ТК

позволяет (2): 1) выявить улучшение функционального состояния головного мозга, 2) выявить снижение внутричерепного давления, 3) выявить эмболию сосудов головного мозга, 4) оценить показатели цереброваскулярной реактивности, 5) оценить зону «ишемической полутени».		
97. При эхоэнцефалоскопии ведущее значение отводится (1): 1) поиску патологических сигналов, 2) оценке числа дополнительных сигналов, 3) оценке сигнала от срединных структур, 4) оценке сигналов от переднего рога боковых желудочков, 5) оценке сигналов от заднего рога боковых желудочков.	**3**	ТК,ПА
98. Эхоэнцефалоскопия используется в экстренной диагностики (2): 1) нетравматического кровоизлияния в мозг, 2) травматического внутричерепного кровоизлияния, 3) сотрясения головного мозга, 4) травматического ушиба головного мозга, 5) энцефалита.	**1,2**	ТК,ПА
99. Во время проведения люмбальной пункции пациент обычно (1): 1) стоит, 2) сидит, 3) лежит на животе, 4) лежит на боку, 5) лежит на спине.	**4**	ТК,ПА
100. Давление цереброспинальной жидкости (мм водн. ст.) в норме составляет (1): 1) 50-100, 2) 100-200, 3) 200-400, 4) 400-600, 5) 600-800.	**2**	ТК,ПА
101. Цереброспинальная жидкость в норме (3): 1) бесцветна, 2) прозрачна, 3) содержит 5-10 клеток в 1 мкл, 4) содержит белок в концентрации не более 0,45 г/л, 5) содержит глюкозу в концентрации 5,4-6,5 ммоль/л.	**1,2,4**	ТК,ПА
102. При внутричерепном кровоизлиянии в цереброспинальной жидкости обнаруживаются (3): 1) белково-клеточная диссоциация, 2) снижение содержание глюкозы, 3) изменение цвета, 4) утрата прозрачности, 5) эритроциты.	**3,4,5**	ТК,ПА
103. В цереброспинальной жидкости обнаруживаются (2): 1) белково-клеточная диссоциация при серозном менингите, 2) нейтрофильный плеоцитоз при гнойном менингите, 3) эритроциты при энцефалите, 4) белково-клеточная диссоциация при опухоли спинного мозга, 5) снижение содержания глюкозы при энтеровирусном менингите.	**2,4**	ТК,ПА
104. Абсолютное показание к исследованию цереброспинальной жидкости - подозрение на (2): 1) ишемический инсульт, 2) транзиторную ишемическую атаку, 3) энцефалит, 4) менингит, 5) кровоизлияние в мозг.	**3,4**	ТК,ПА
105. Противопоказания к проведению люмбальной пункции (2): 1) острейший период ишемического инсульта, 2) объемный процесс головного мозга с повышением внутричерепного давления,	**2,5**	ТК,ПА

3) энцефалит, 4) менингит, 5) инфекционный процесс в месте, где проводится пункция.		
106. Цереброспинальную жидкость иногда удаляют при люмбальной пункции с лечебной целью при (1): 1) ишемическом инсульте, 2) опухоли головного мозга, 3) опухоли спинного мозга, 4) менингите, 5) боковом амиотрофическом склерозе.	**4**	ТК,ПА
107. Биопсию мышц используют при подозрении на (2): 1) дерматомиозит, 2) локальную форму миастении, 3) генерализованную форму миастении, 4) полиомиозит, 5) острую воспалительную демиелинизирующую полирадикулоневропатию.	**1, 4**	ТК
108. При миопатии Дюшена при биопсии мышц обнаруживают (3): 1) диффузную потерю мышечных волокон, 2) признаки воспаления, 3) наличие пучков с увеличенными размерами мышечных волокон, 4) заместительное развитие соединительной ткани, 5) заместительное развитие жировой ткани.	**1, 4,5**	ТК
109. При полиомиозите при биопсии мышц обнаруживают (1): 1) появление патологических мышечных волокон, 2) признаки воспаления, 3) наличие пучков с увеличенными размерами мышечных волокон, 4) заместительное развитие соединительной ткани, 5) заместительное развитие жировой ткани.	**2**	ТК
110. При поражении передних рогов спинного мозга при биопсии мышц обнаруживают (2): 1) появление патологических мышечных волокон, 2) признаки воспаления, 3) наличие пучков с увеличенными размерами мышечных волокон, 4) наличие пучков с уменьшением числа мышечных волокон, 5) заместительное развитие жировой ткани.	**3,4**	ТК

Шифр и наименование компетенции

-способность и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

Раздел дисциплины (тема): ТИА, ишемический инсульт. Острые ишемические нарушения мозгового кровообращения: инфаркт мозга и транзиторная ишемическая атака (Тема 1)

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

1. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке обычно не превышает: (1) 1) 24 часов, 2) 2-х суток, 3) 3-х суток, 4) недели, 5) 3-х недель.	1	ТК, ПА
2.Этиология транзиторных ишемических атак: (4) 1) ревматическое поражение сердца, 2) эритремия, 3) расслоение внутренней сонной артерии, *4)* атеросклероз, 5) гипотиреоз.	1-4	ТК, ПА
3. Механизмы развития транзиторных ишемических атак: (3) 1) артерио-артериальная эмболия церебральной артерии,	1-3	ТК, ПА

2) преходящая закупорка небольшой церебральной артерии, 3) кардиальная эмболия церебральной артерии, 4) повышение фибринолитической активности крови. 5) спазм внечерепной церебральной артерии		
4. Для транзиторной ишемической атаки характерно: (3) 1) гемипарез, 2) афазия, 3) парциальный эпилептический припадок, 4) гемигипестезия, 5) кома.	1,2,4	ТК
5. Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта: (1) 1) отсутствие нарушения сознания, 2) отсутствие афазии, 3) отсутствие очага ишемии по данным МРТ головного мозга, 4) меньшая выраженность неврологических расстройств, 5) внезапное начало.	3	ТК, ПА
6. Типичные проявления транзиторной ишемической атаки: (3) 1) парез руки, 2) кратковременная утрата зрения на один глаз, 3) изолированное системное головокружение, 4) транзиторная спутанность сознания, 5) парез мышц лица по центральному типу.	1,2,5	ТК
7. Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение: (1) 1) несколько секунд, 2) несколько минут, 3) 12 часов, 4) 24 часа, 5) трех суток	2	ТК
8. Факторы риска транзиторных ишемических атак: (4) 1) пожилой возраст, 2) гиперхолестеринемия, 3) хронические головные боли напряжения, 4) курение, 5) сахарный диабет	1,2,4,5	ТК, ПА
9. Профилактика инсульта у больного с транзиторной ишемической атакой: (3) 1) ацетилсалициловая кислота, 2) клопидогрель, 3) карбамазепин, 4) варфарин, 5) пирацетам.	1,2,4	ТК, ПА
10. Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками: (1) 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра, 2) окклюзия внутренней сонной артерии, 3) стеноз наружной сонной артерии более 70% диаметра, 4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра, 5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра.	1	ТК
11. Ацетилсалициловая кислота у больного с транзиторной ишемической атакой: (2) 1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки, 2) предупреждает кровоизлияние в головной мозг, 3) предупреждает субарахноидальное кровоизлияние, 4) снижает риск развития эпилептических припадков, 5) может вызвать желудочно-кишечные осложнения.	1,5	ТК
12. Для вторичной профилактики инсульта рекомендуются: (3) 1) антикоагулянты, 2) антитромбоцитарные средства (антиагреганты),	1-3	ТК

3) статины 4) сосудорасширяющие средства, 5) ноотропные средства.		
13. Закупорка внутренней сонной артерии может привести: (3) 1) к транзиторной ишемической атаке, 2) к ишемическому инсульту, 3) к субарахноидальному кровоизлиянию, 4) к внутримозговому кровоизлиянию, 5) протекать бессимптомно.	1,2,5	ТК
14. Тромболитическую терапию (тканевой активатор плазминогена) не применяют при инфаркте мозга, если: (3) 1) артериальное давление 200/120 мм рт.ст. и выше, 2) минимальная степень неврологического дефицита, 3) 6 часов и более с момента развития инсульта, 4) тотальная афазия и гемиплегия, 5) сочетанная ишемическая болезнь сердца.	1-3	ТК
15. Факторы риска развития ишемического инсульта: (3) 1) артериальная гипертензия, 2) прием оральных контрацептивов (у женщин), 3) молодой возраст, 4) сахарный диабет, 5) сотрясение головного мозга.	1,2,4	ТК, ПА
16. Показания к проведению каротидной эндартерэктомии: (2) 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70%, 2) наличие выраженного неврологического дефицита, 3) отсутствие выраженного неврологического дефицита, 4) пожилой возраст, 5) молодой возраст.	1,3	ТК, ПА
17. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерно: (2) 1) гемипарез, 2) синдром Валленберга-Захарченко, 3) гемигипестезия, 4) оптико-пирамидный синдром, 5) синдром Вебера.	1,3	ТК
18. Факторы риска ишемического инсульта: (4) 1) мерцательная аритмия, 2) артериальная гипертония, 3) сахарный диабет, 4) транзиторная ишемическая атака, 5) эпизодические головные боли напряжения.	1-4	ТК, ПА
19. Наиболее частая причина ишемического инсульта: (1) 1) церебральный васкулит, 2) церебральный атеросклероз, 3) порок сердца, 4) заболевание крови, 5) разрыв мешотчатой аневризмы.	2	ТК, ПА
20. Антитромбоцитарное средство для вторичной профилактики ишемического инсульта: (1) 1) ацетилсалициловая кислота, 2) пентоксифиллин, 3) пирацетам, 4) винпоцетин, 5) циннаризин.	1	ТК
21. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте: (2) 1) предупреждает развитие повторного инсульта, 2) проводится не позднее 4,5 часов с момента развития инсульта, 3) улучшает исход инсульта, 4) не вызывает геморрагические осложнения, 5) используется при легкой степени неврологического дефицита.	2,3	ТК
22. Для инфаркта мозга в бассейне передней мозговой артерии	4	ТК

характерно: (1) 1) гемианопсия, 2) оптико-пирамидный синдром, 3) сенсорная афазия, 4) гемипарез с преобладанием в ноге, 5) гемиатаксия.		
23. Основные причины развития лакунарного инфаркта: (2) 1) парадоксальная эмболия, 2) липогиалиноз перфорирующих артерий мозга, 3) фибриноидный некроз перфорирующих артерий мозга, *4)* расслоение церебральной артерии, 5) атеросклеротический тромбоз большой церебральной артерии.	2,3	ТК, ПА
24. Прогрессирующее течение инсульта наиболее характерно для (1): 1) лакунарного инсульта, 2) атеротромботического инсульта, 3) кардиоэмболического инсульта, 4) гемодинамического инсульта, 5) инсульта неясного генеза	2	ТК
25. Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии характерно: (1) 1) гемипарез с преобладанием в ноге, 2) гемипарез с преобладанием в руке, 3) атактический гемипарез, *4)* гемианопсия, 5) моторная афазия.	4	ТК
26. Первичная профилактика ишемического инсульта: (4) 1) лечение артериальной гипертензии, 2) отказ от курения, 3) прием статинов при ишемической болезни сердца, 4) прием ноотропов при снижении памяти, 5) прием варфарина при фибрилляции предсердий.	1-3,5	ТК, ПА
27. Ишемический инсульт у молодых чаще вызван: (1) 1) заболеванием крови, 2*)* заболеванием сердца, 3) аневризмой мозговой артерии, 4) мигренью, 5) хроническим алкоголизмом.	2	ТК
28. Типичные синдромы лакунарного инсульта: (3) 1) изолированный гемипарез, 2) изолированная гемианестезия, 3) гемианопсия, 4) моторная афазия, 5) атактический гемипарез.	1,2,5	ТК
29. Люмбальная пункция при ишемическом инсульте: (1) 1) проводится при подозрении на инфекционное поражение головного мозга, 2) проводится при отсутствии изменений на КТ головного мозга, 3) рекомендуется в молодом возрасте 4) рекомендуется при нарушении сознания, 5) проводится для снижения внутричерепного давления.	1	ТК
30. Для установления диагноза ишемического инсульта наиболее информативно: (1) 1) эхоэнцефалоскопия, 2) электроэнцефалография, 3) дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, 4) КТ головы, 5) люмбальная пункция.	4	ТК, ПА
31. Цереброспинальная жидкость при ишемическом инсульте: (1) 1) содержит повышенное количество лимфоцитов, *2)* не изменена, 3) содержит повышенное количество белка,	2	ТК

4) содержит эритроциты, 5) вытекает под низким давлением.		
32. Гепарин используют при: (1) 1) лакунарном инсульте, 2) атеротромботическом инсульте, 3) геморрагическом инфаркте, 4) для профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболии лёгочной артерии при ишемическом инсульте, 5) при значительном стенозе (более 50% диаметра) внутренней сонной артерии.	4	ТК
33. Для снижения уровня холестерина в сыворотке крови с целью профилактики инсульта эффективен прием (1): 1) витамина В1, 2) витамина В6, 3) витамина В12, 4) статинов, 5) аскорбиновой кислоты.	4	ТК
34. Для кардиоэмболического инсульта характерно: (2) 1) постепенное развитие заболевания, 2) геморрагический характер инфаркта, 3) оптико-пирамидный синдром, 4) мерцательная аритмия, 5) сахарный диабет.	2,4	ТК
35. Диагностика наличия и степени сужения церебральной артерии: (3) 1) ангиография, 2) ультразвуковое дуплексное сканирование, 3) компьютерная электроэнцефалография, 4) эхоэнцефалоскопия, 5) МРТ в ангиографическом режиме.	1,2,5	ТК
36. Соотношение частоты ишемического инсульта в каротидном и вертебрально-базилярном бассейне: (1) 1) 1:1, 2) 2:1, 3) 4:1, 4) 1:2, 5) 1:4.	3	ТК
37. Наиболее частая локализация ишемического инсульта – бассейн артерии: (1) 1) средней мозговой, 2) передней мозговой, 3) задней мозговой, 4) позвоночной , 5) нижней задней мозжечковой	1	ТК
38. Типичная локализация лакунарных инфарктов: (2) 1) кора больших полушарий, 2) варолиев мост, 3) внутренняя капсула, 4) кора мозжечка, 5) продолговатый мозг.	2,3	ТК
39. Для ишемического инсульта характерны: (2) 1) менингеальные симптомы, 2) гемипарез, 3) сильная головная боль в дебюте заболевания, 4) предшествующие транзиторные ишемические атаки, 5) повышение температуры тела.	2,4	ТК, ПА
40. Для атеротромботического инсульта характерно: (2) 1) ревматический порок сердца, 2) неклапанная фибрилляция предсердий, 3) атеросклеротический стеноз крупной церебральной артерии, 4) ишемический очаг при КТ головы размером более 15 мм в диаметре,	3,4	ТК, ПА

5) нарушение сознания при небольшом неврологическом дефиците.		
41. КТ головы при ишемическом инсульте: (2) 1) выявляет очаг пониженной плотности, 2) позволяет исключить внутримозговое кровоизлияние, 3) позволяет установить подтип ишемического инсульта, 4) занимает около 30 минут, 5) всегда используется с введением контрастного вещества.	1,2	ТК, ПА
42. Варфарин для профилактики повторного инсульта применятся при: (1) 1) атеротромботическом инсульте, 2) кардиоэмболическом инсульте, 3) лакунарном инсульте, 4) сочетанной ишемической болезни сердца, 5) церебральном васкулите.	2	ТК
43. Для выявления закупорки церебральной артерии используют: (2) 1) эхоэнцефалоскопию, 2) транскраниальную допплерографию 3) электроэнцефалографию, 4) церебральную ангиографию, 5) магнитную стимуляцию головного мозга.	2,4	ТК
44. Для инфаркта мозга в вертебрально-базилярном бассейне характерны: (2) 1) альтернирующий синдром, 2) моторная афазия, 3) глазодвигательные нарушения, 4) монопарез руки, 5) монопарез ноги.	1,3	ТК, ПА
45. Для инфаркта мозга в бассейне левой средней мозговой артерии характерны: (2) 1) моторная афазия, 2) альтернирующий синдром, 3) гемипарез с преобладанием в ноге, 4) сенсорная афазия, 5) обонятельные галлюцинации.	1,4	ТК, ПА
46. Лечение отека при обширном инфаркте мозга: (2) 1) маннитол, 2) декомпрессивная трепанация черепа, 3) пирацетам, 4) церебролизин, 5) винпоцетин.	1,2	ТК, ПА
47. Какому подтипу ишемического инсульта чаще всего предшествуют эпизоды транзиторной ишемии мозга: (1) 1) атеротромботическому, 2) гемодинамическому, 3) кардиоэмболическому, 4) лакунарному, 5) с неясной этиологией	1	ТК
48. Для лакунарного инфаркта характерны: (2) *1*) очаг менее 15 мм в диаметре, 2) геморрагический характер инфаркта, 3) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра, 4) моторная афазия, 5) изолированный гемипарез.	1,5	ТК, ПА
49. При лечении варфарином необходим регулярный контроль в крови (1): 1) эритроцитов, 2) лейкоцитов, 3) тромбоцитов, 4) международного нормальзованного отношения, 5) фибринолитической активности.	4	ТК
50. Для вторичной профилактики ишемического инсульта	5	ТК

рекомендуется прием антитромбоцитарных средств в течение не менее (1): 1) трех месяцев, 2) шести месяцев, 3) года, 4) двух лет, 5) трех лет		
51. Каротидный бассейн обеспечивает кровью головной мозг в следующем объеме (1): 1) 30-40%, 2) 40-60%, 3) 60-70%, 4) 70-90%, 5) более 90%	4	ТК
52. Коллатеральное кровоснабжение обычно может полностью компенсировать закупорку артерии (2): 1) внутренней сонной, 2) средней мозговой, 3) позвоночной, 4) основной, 5) передней мозговой	1,3	ТК
53. К острым нарушениям мозгового кровообращения относят (4): 1) ишемический инсульт, 2) дисциркуляторную энцефалопатию, 3) кровоизлияние в мозг, 4) субарахноидальное кровоизлияние, 5) транзиторную ишемическую атаку	1,3-5	ТК, ПА
54. Инсульт наиболее часто развивается в возрасте (1): 1) детском, 2) юношеском, 3) молодом, 4) среднем, 5) пожилом и старческом	5	ТК, ПА
55. В России ежегодно развивается инсультов (1): 1) 200 тысяч, 2) 400 тысяч, 3) 600 тысяч, 4) 800 тысяч, 5) 1 миллион	2	ТК
56. Прогноз острого ишемического нарушения мозгового кровообращения лучше при закупорке артерии (2): 1) передней мозговой, 2) средней мозговой, 3) задней мозговой, 4) внутренней сонной, 5) позвоночной	4,5	ТК
57. Модифицируемые факторы риска ишемического инсульта (3): 1) головные боли напряжения, 2) синдром апноэ во время сна, 3) артериальная гипертензия, 4) женский пол, 5) курение	2,3,5	ТК, ПА
58. Неизменяемые факторы риска ишемического инсульта (2): 1) ожирение, 2) мужской пол, 3) пожилой возраст, 4) наследственная гиперхолестеринемия, 5) злоупотребление алкоголем	2,3	ТК, ПА
59. Артериальная гипертензия приводит к развитию ишемического инсульта вследствие (3): 1) стимуляции церебрального атеросклероза, 2) изменений в мелких церебральных артериях,	1,2,4	ТК

3) стимуляции образования мелких церебральных аневризм, 4) возникновения мерцательной аритмии, 5) возникновения инфекционного эндокардита		
60. Курение повышает риск развития ишемического инсульта в среднем в (1): 1) 2 раза, 2) 4 раза, 3) 6 раз, 4) 8 раз, 5) 10 раз	1	ТК
61. Риск развития ишемического инсульта возрастает при (3): 1) наследственной тромбофилии, 2) антифосфолипидном синдроме, 3) серповидно-клеточной анемии, 4) железодефицитной анемии, 5) приеме ацетилсалициловой кислоты	1-3	ТК
62. Редкие причины ишемического инсульта (3): 1) фибрилляция предсердий, 2) мигрень с аурой, 3) церебральный атеросклероз, 4) церебральный васкулит, 5) тромбоз церебральных вен	2,4,5	ТК, ПА
63. Артериальный тромбоз и артериальная эмболия составляют причину ишемического инсульта в (1): 1) 10% случаев, 2) 30% случаев, 3) 50% случаев, 4) 70% случаев, 5) 90% случаев	2	ТК
64. Кардиальная эмболия составляет причину ишемического инсульта в (1): 1) 10% случаев, 2) 20-30% случаев, 3) 40-50% случаев, 4) 60-70% случаев, 5) 90% случаев	2	ТК
65. Поражение мелких церебральных артерий составляет причину ишемического инсульта в (1): 1) 10% случаев, 2) 20-30% случаев, 3) 40-50% случаев, 4) 60-70% случаев, 5) 90% случаев	2	ТК
66. Доказанные кардиогенные факторы риска эмболии церебральных артерий (3): 1) фибрилляция предсердий, 2) искусственный клапан сердца, 3) пролапс митрального клапана, 4) незаросшее овальное отверстие, 5) ревматическое поражение клапанов сердца	1,2,5	ТК, ПА
67. Наиболее частая причина кардиоэмболического инсульта (1): 1) фибрилляция предсердий, 2) перенесенный крупноочаговый инфаркт миокарда, 3) перенесенный мелкоочаговый инфаркт миокарда, 4) незаросшее овальное отверстие, 5) ревматическое поражение клапанов сердца	1	ТК, ПА
68. Лакунарные инфаркты наиболее часто локализуются в (2): 1) коре лобной доли, 2) коре затылочной доли, 3) коре височной доли, 4) стволе головного мозга, 5) подкорковых ганглиях	4,5	ТК, ПА

69. Нейротоксичное действие при очаговой ишемии головного мозга оказывают (3): 1) увеличение содержания внутриклеточного кальция, 2) снижение содержания внутриклеточного магния, 3) увеличение содержания внутриклеточного натрия, 4) образование свободных кислородных радикалов, 5) образование липидных перекисей	1,4,5	ТК
70. Отек мозга минимален при (1): 1) атеротромботическом инфаркте вследствие артериальной эмболии, 2) атеротромботическом инсульте вследствие артериального тромбоза, 3) кардиоэмболическом инфаркте вследствие фибрилляции предсердий, 4) кардиоэмболическом инфаркте вследствие парадоксальной эмболии, 5) лакунарном инфаркте	5	ТК
71. Расстройство сознания характерно для инфаркта в (2): 1) лобной доли, 2) височной доли, 3) теменной доли, 4) мозжечке, 5) стволе головного мозга	4,5	ТК, ПА
72. Прогрессирующее течение инсульта в каротидном бассейне наблюдается в (1): 1) 5% случаев, 2) 20% случаев, 3) 40% случаев, 4) 60% случаев, 5) 80% случаев	2	ТК
73. Прогрессирующее течение инсульта в вертебрально-базилярном бассейне наблюдается в (1): 1) 5% случаев, 2) 20% случаев, 3) 40% случаев, 4) 60% случаев, 5) 80% случаев	3	ТК
74. Синдром Валленберга-Захарченко возникает при закупорке (1): 1) позвоночной артерии, 2) основной артерии, 3) передней мозговой артерии, 4) средней мозговой артерии, 5) задней мозговой артерии	1	ТК, ПА
75. Для закупорки основной артерии характерны (2): 1) моторная афазия, 2) сенсорная афазия, 3) амнестическая афазия, 4) глазодвигательные расстройства, 5) тетраплегия	4,5	ТК, ПА
76. Для закупорки ветвей основной артерии характерны (4): 1) синдром Вебера, 2) синдром Бенедикта, 3) синдром Мийяра-Гублера, 4) синдром Валленберга-Захарченко, 5) синдром Парино	1-3,5	ТК, ПА
77. Бессимптомно чаще всего протекает (1): 1) атеротромботический инфаркт вследствие артериальной эмболии, 2) атеротромботический инсульт вследствие артериального тромбоза, 3) кардиоэмболический инфаркт вследствие фибрилляции предсердий, 4) кардиоэмболический инфаркт вследствие парадоксальной эмболии, 5) лакунарный инфаркт	5	ТК
78. Церебральный инфаркт в первые часы лучше выявляет (1): 1) стандартная КТ, 2) перфузионная КТ,	2	ТК, ПА

3) КТ-ангиография, 4) КТ-венография, 5) КТ-миелография		
79. Церебральный инфаркт в первые часы лучше выявляет (1): 1) стандартная МРТ, 2) диффузионно-взвешенная МРТ, 3) МРТ-ангиография, 4) МРТ-венография, 5) МРТ-миелография	2	ТК
80. Кардиальную причину церебральной эмболии позволяет выявить (2): 1) чреспищеводная эокардиография, 2) электрокардиография, 3) дуплексное сканирование внечерепных артерий, 4) рентгеноконтрастная церебральная ангиография, 5) транскраниальная допплерография	1,2	ТК
81. МРТ лучше, чем КТ, выявляет инфаркты в (2): 1) коре лобной доли, 2) коре височной доли, 3) коре затылочной доли, 4) стволе головного мозга, 5) мозжечке	4,5	ТК
82. Люмбальная пункция при церебральном инфаркте (1): 1) обычно не применяется, 2) проводится при атеротромботическом инфаркте, 3)) проводится при кардиоэмболическом инфаркте, 4) проводится при лакунарном инфаркте, 5) выполняется для дифференциального диагноза инфаркта и транзиторной ишемической атаки	1	ТК
83. Закупорку церебральной артерии может выявить (3): 1) КТ-ангиография, 2) МРТ-ангиография, 3)) эхоэнцефалоскопия, 4) транскраниальная допплерография, 5) компьютерная электроэнцефалография	1,2,4	ТК
84. В течение первого месяца церебрального инфаркта умирают пациентов (1): 1) 5-10%, 2) 10-20%, 3)) 20-30%, 4) 30-40%, 5) 40-50%	2	ТК
85. Наиболее частые причины смерти в течение первого месяца церебрального инфаркта (3): 1) отек мозга и сдавление ствола, 2) пневмония, 3)) кардиогенный шок, 4) эмболия легочной артерии, 5) острая печеночная недостаточность	1,2,4	ТК, ПА
86. Лечение пациента в остром периоде ишемического инсульта наиболее эффективно в условиях (1): 1) общего неврологического отделения, 2) отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, 3)) отделения общей реабилитации, 4) отделения реабилитации неврологических пациентов, 5) отделения общей реанимации	2	ТК, ПА
87. Эффективное лечение в остром периоде ишемического инсульта (4): 1) применение пирацетама, 2) внутривенный тромболизис, 3)) внутриартериальный тромболизис,	2-5	ТК, ПА

4) профилактика эмболии легочной артерии, 5) профилактика пневмонии		
88. Внутривенный тромболизис рекомендуется с момента ишемического инсульта в течение (1): 1) 1,5 часов, 2) 1,5-3,0 часов, 3)) 3,0-4,5 часов, 4) 4,5-6,0 часов, 5) 6,0-7,5 часов	3	ТК, ПА
89. Тромболизис может быть проведен путем (2): 1) введения тромболитика внутривенно, 2) введения тромболитика внутриартериально, 3) трепанации черепа и введения тромболитика в желудочки мозга, 4) трепанации черепа и введения тромболитика в венозные синусы, 5) трепанации черепа и введения тромболитика субарахноидально	1,2	ТК
90. Для тромболизиса при ишемическом инсульте используют (1): 1) транексамовую кислоту, 2) нефракционированный гепарин, 3) низкомолекулярный гепарин, 4) эпсилон-аминокапроновую кислоту, 5) альтеплазу (актилизе)	5	ТК
91. Для профилактики тромбоэмболических осложнений при ишемическом инсульте используют (2): 1) транексамовую кислоту, 2) нефракционированный гепарин, 3) низкомолекулярный гепарин, 4) эпсилон-аминокапроновую кислоту, 5) альтеплазу (актилизе)	2,3	ТК
92. Для профилактики тромбоэмболических осложнений при ишемическом инсульте используют (2): 1) раннюю активизацию пациента, 2) строгий постельный режим в течение не менее 4 недель, 3) строгий постельный режим в течение не менее 6 недель, 4) пневматические (компрессионные) чулки, 5) винпоцетин	1,4	ТК
93. Изолированная утрата зрения на один глаз возникает при нарушении кровообращения в артерии (1): 1) наружной сонной, 2) позвоночной, 3) глазничной, 4) задней мозговой, 5) передней мозговой	3	ТК, ПА
94. Ишемический инсульт после перенесенной транзиторной ишемической атаки (1): 1) обычно не возникает, 2) развивается у 5-10% больных, 3) развивается у 20-40% больных, 4) развивается у 40-60% больных, 5) развивается у 60-80% больных	3	ТК
95. Ишемический инсульт после перенесенной транзиторной ишемической атаки чаще возникает в период (1): 1) первого года, 2) второго года, 3) третьего года, 4) 3-5 лет, 5) после 5 лет	1	ТК
96. После перенесенной транзиторной ишемической атаки повышается риск развития (1): 1) пневмонии, 2) печеночной недостаточности, 3) почечной недостаточности, 4) инфаркта миокарда,	4	ТК

5) сахарного диабета		
97. Для отличия транзиторной ишемической атаки от церебрального инфаркта наиболее информативна (1): 1) КТ-ангиография, 2) МРТ-ангиография, 3) диффузионно-взвешенная МРТ, 4) транскраниальная допплерография, 5) компьютерная электроэнцефалография	3	ТК, ПА
98. Если у больного с полным регрессом неврологических нарушений в течение часа при МРТ обнаруживается церебральный инфаркт, выставляется диагноз (1): 1) транзиторной ишемической атаки, 2) церебрального инфаркта, 3) атеросклеротической энцефалопатии, 4) гипертонического церебрального криза, 5) гипертонической энцефалопатии	2	ТК
99. Для профилактики повторного кардиоэмболического инсульта при приеме варфарина (1): 1) не требуется лабораторного контроля, 2) необходимо поддержание международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 1-2, 3) необходимо поддержание МНО на уровне 2-3, 4) необходимо поддержание МНО на уровне 3-4, 5) необходимо поддержание МНО на уровне 4-5	3	ТК
100. Для профилактики повторного кардиоэмболического инсульта при приеме дабигатрана (1): 1) не требуется лабораторного контроля, 2) необходимо поддержание международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 1-2, 3) необходимо поддержание МНО на уровне 2-3, 4) необходимо поддержание МНО на уровне 3-4, 5) необходимо поддержание МНО на уровне 4-5	1	ТК

Шифр и наименование компетенции

-готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);

Раздел дисциплины (тема): Геморрагический инсульт (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние) (Тема 2)

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

1. Этиология внутримозгового кровоизлияния: (4) 1) артериальная гипертензия, 2) гемофилия, 3) артериовенозная мальформация, 4) фибрилляция предсердий, *5)* амилоидная ангиопатия.	1-3,5	ТК, ПА
2. Неврологические синдромы, характерные для кровоизлияния в правое полушарие головного мозга: (2) 1) поражение левого зрительного нерва, 2) левосторонний центральный гемипарез, 3) парез мимических мышц по периферическому типу слева, 4) левосторонняя гемигипестезия, 5) синдром Горнера слева.	2,4	ТК
3. Самая частая локализация кровоизлияния по механизму диапедезного пропитывания: (1) 1) лобная доля,	5	ТК, ПА

2) теменная доля, 3) затылочная доля, 4) внутренняя капсула, 5) зрительный бугор.		
4. Для кровоизлияния в мозжечок характерны: (4) 1) головная боль, 2) атаксия в конечностях, 3) амнестическая афазия, 4) головокружение, 5) ригидность шейных мышц.	1,2,4,5	ТК, ПА
5. Профилактика спазма церебральных артерий после клипирования аневризмы: (1) 1) эпсилон-аминокапроновая кислота, 2) нимодипин, 3) церебролизин, 4) винпоцетин, **5)** пирацетам.	2	ТК, ПА
6. Этиология нетравматического субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) мешотчатая аневризма, 2) ревматический порок сердца, 3) употребление кокаина, 4) фибрилляция предсердий, 5) церебральный атеросклероз.	1,3	ТК, ПА
7. Типичная локализация нетравматических внутримозговых гематом: (3) 1) продолговатый мозг, 2) варолиев мост, 3) мозжечок, 4) базальные ганглии и внутренняя капсула, **5)** кора лобной доли.	2-4	ТК
8. Внутримозговое кровоизлияние вследствие амилоидной ангиопатии: (2) 1) часто локализуется в одной из долей полушария головного мозга (лобарная гематома), 2) развивается преимущественно у лиц молодого возраста, 3) нередко повторяется через различные интервалы времени, 4) часто сочетается с артериальной аневризмой, *5)* часто сочетается с артериовенозной мальформацией.	1,3	ТК
9. При субарахноидальном кровоизлиянии для выявления сосудистой мальформации наиболее информативны: (2) 1) КТ головы, 2) МРТ головы 3) МР-ангиография головы, 4) церебральная ренгеноконтрастная ангиография, 5) люмбальная пункция.	3,4	ТК, ПА
10. Применение эпсилон-аминокапроновой кислоты при субарахноидальном нетравматическом кровоизлиянии: (2) 1) предупреждает повторное кровоизлияние, 2) улучшает кровоснабжение головного мозга, 3) предупреждает развитие спазма церебральных артерий, 4) может осложниться развитием тромбоза, 5) рекомендуется при выявлении мешотчатой аневризмы	1,4	ТК
11. Причины нетравматического внутримозгового кровоизлияния: (3) 1) артерио-венозная мальформация, 2) артериальная гипертензия, 3) эритремия 4) искусственный клапан сердца 5) антикоагулянтная терапия	1,2,5	ТК, ПА
12. Для внутримозгового нетравматического кровоизлияния	1-3	ТК, ПА

характерны: (3) 1) ригидность шейных мышц, 2) нарушение сознания, 3) гемипарез, 4) постепенное нарастание очаговых неврологических нарушений, 5) синдром Валленберга-Захарченко.		
13. Характерные осложнения нетравматического субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) инфаркт миокарда, 2) артериальная гипотония, 3) спазм церебральных артерий, *4)* повторное субарахноидальное кровоизлияние, *5)* гнойный менингит.	3,4	ТК, ПА
14.Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в: (1) 1) зрительный бугор, 2) подкорковые ядра, 3) лобную долю, 4) мозжечок, 5) височную долю.	4	ТК
15. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние: (3) 1) возникает преимущественно в пожилом возрасте, 2) имеет хроническое течение, 3) часто вызвано разрывом мешотчатой аневризмы, 4) обычно начинается с интенсивной головной боли, 5) может осложняться инфарктом мозга.	3-5	ТК, ПА
16. Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает: (1) 1) внутримозговое кровоизлияние, 2) субарахноидальное кровоизлияние, 3) острую гипертоническую энцефалопатию, 4) лакунарный инсульт, 5) транзиторную ишемическую атаку.	2	ТК
17. Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативно: (1) 1) люмбальная пункция, 2) эхоэнцефалоскопия, 3) рентгеновская компьютерная томография головы, 4) церебральная ангиография, 5) электроэнцефалография.	3	ТК, ПА
18. Прогностические факторы плохого исхода внутримозгового кровоизлияния: (4) 1) кома, 2) гемиплегия, 3) пожилой возраст больного, 4) гипергликемия, 5) локализация гематомы в полушарии головного мозга.	1-4	ТК
19. Лечение отёка мозга при кровоизлиянии в мозг: (1) 1) цитиколин, ~~2)~~ маннитол, 3) церебролизин, 4) пирацетам, 5) винпоцетин.	2	ТК, ПА
20. Для субарахноидального кровоизлияния характерны: (2) 1) вестибулярная атаксия, 2) ригидность шейных мышц, 3) нарушение сознания, 4) сенсорная афазия, 5) синдром Валленберга-Захарченко.	2,3	ТК, ПА
21. Профилактика повторного субарахноидального кровоизлияния: (1) 1) нимодипин, 2) пирацетам,	5	ТК, ППА

3) дексазон, 4) диазепам, 5) хирургическое выключение аневризмы.		
22. Кровь в цереброспинальной жидкости характерна для: (3) 1) внутримозгового кровоизлияния, 2) геморрагического инфаркта мозга, 3) субарахноидального кровоизлияния, 4) лакунарного инсульта, 5) атеротромботического инсульта.	1-3	ТК, ПА
23. Частая локализация мешотчатой аневризмы: (3) 1) средняя мозговая артерия, 2) перфорирующие артерии мозга, 3) передняя соединительная артерия, *4)* задняя соединительная артерия. *5)* позвоночная артерия	1,3,4	ТК
24. При кровоизлиянии в варолиев мост возникают: (4) 1) нарушение сознания, 2) тетраплегия 3) альтернирующий синдром, 4) сенсорная афазия, 5) периферический парез мимических мышц.	1,2,3,5	ТК
25. Соотношение частоты развития геморрагического и ишемического инсультов составляет: (1) 1) 1:1, 2) 1:2, 3) 1:4, 4) 2:1, 5) 4:1.	3	ТК
26. Основные методы диагностики субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) люмбальная пункция, 2) дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, 3) эхоэнцефалоскопия, 4) рентгеновская компьютерная томография, 5) электроэнцефалография.	1,4	ТК, ПА
27. Выключение аневризмы при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии: (2) 1) уменьшает риск повторного кровоизлияния, 2) проводится при коматозном состоянии больного, 3) предупреждает развитие спазма церебральных артерий, 4) заключается в стентировании артерии, 5) Выполняется только у пациентов молодого возраста.	1,3	ТК
28. Для кровоизлияния в зрительный бугор характерны: (3) 1) нарушение сознания, 2) гемианестезия, 3) гемиатаксия, 4) дисфагия, 5) синдром Горнера.	1-3	ТК
29. Показания к раннему хирургическому лечению при субарахноидальном кровоизлиянии: (1) 1) травматический генез заболевания, 2) кома, 3) гемиплегия, 4) мешотчатая аневризма, 5) тотальная афазия.	4	ТК
30. Рентгеновская компьютерная томография головы чаще выявляет субарахноидальное кровоизлияние: (1) 1) в первые сутки, 2) на 3-й день, 3) на 7-й день, 4) на 14-й день, 5) на 21-й день.	1	ТК

31. Профилактика спазма церебральных артерий при субарахноидальном кровоизлиянии: (1) 1) аспирин, 2) варфарин, 3) гепарин, 4) нимодипин, 5) церебролизин.	4	ТК, ПА
32. Наиболее информативный метод диагностики церебральной аневризмы: (1) 1) магнитно-резонансная томография, 2) дуплексное сканирование церебральных артерий, 3) рентгеновская компьютерная томография, 4) рентгенконтрасная церебральная ангиография, 5) транскраниальная допплерография.	4	ТК, ПА
33. Причина развития гемипареза на 10-ые сутки субарахноидального нетравматического кровоизлияния: (1) 1) отек мозга, 2) синдром верхнего вклинения, 3) синдром нижнего вклинения, 4) спазм церебральных артерий 5) сдавление ножки мозга.	4	ТК
34. Показания к хирургическому лечению внутримозговых гематом: (3) 1) объем гематомы более 40 мл, 2) наличие мешотчатой аневризмы, 3) коматозное состояние больного, 4) гематома мозжечка, 5) гемиплегия.	1,2,4	ТК
35. Этиология внутримозгового кровоизлияния: (3) 1) артериальная гипертензия, 2) атеросклероз, 3) амилоидная ангиопатия, 4) употребление кокаина, 5) использование оральных контрацептивов.	1,3,4	ТК, ПА
36. Наиболее частая причина внутримозгового кровоизлияния в молодом возрасте: (1) 1) ревматический порок сердца, 2) амилоидная ангиопатия, 3) артерио-венозная мальформация, 4) эритремия, 5) церебральный атеросклероз.	3	ТК
37. Наиболее частая локализация внутримозгового кровоизлияния при артериальной гипертензии: (1) 1) скорлупа, 2) кора лобной доли, 3) кора теменной доли, 4) кора височной доли, 5) продолговатый мозг.	1	ТК, ПА
38. Для кровоизлияния в базальные ганглии и внутреннюю капсулу характерны: (3) 1) гемиплегия, 2) гемианестезия, 3) гемианопсия, 4) дисфагия, 5) дисфония.	1-3	ТК, ПА
39. Факторы риска спонтанного субарахноидального кровоизлияния: (3) 1) артериальная гипертензия, 2) гиперхолестеринемия, 3) злоупотребление алкоголем, 4) наследственная отягощенность субарахноидальным кровоизлиянием,	1,3,4	ТК, ПА

5) курение.		
40. Вторичная профилактика кровоизлияния в мозг: (2) 1) аспирин, 2) варфарин, 3) отказ от злоупотребления алкоголем, 4) статины, 5) лечение артериальной гипертензии.	3,5	ТК, ПА
41. Редкая причина кровоизлияния в мозг: (1) 1) артериальная гипертензия, 2) тромбоз внутричерепных вен, 3) артериовенозная мальформация, 4) мешотчатая аневризма, 5) амилоидная ангиопатия.	2	ТК
42. Артериальная гипертензия служит причиной кровоизлияния в мозг : (1) 1) 20% случаев, 2) 40% случаев, 3) 60% случаев, 4) 80% случаев, 5) 90% случаев.	3	ТК
43. Гипертензивное внутримозговое кровоизлияние в 10% случаев локализуется в : (2) 1) области базальных ганглиев, 2) продолговатого мозга, 3) мозжечка, 4) варолиева моста, 5) зрительного бугра.	3,4	ТК
44. Амилоидная ангиопатия как причина кровоизлияния в мозг наиболее часто встречается в возрасте: (1) 1) детском, 2) юношеском, 3) молодом, 4) зрелом, 5) старческом.	5	ТК
45. По локализации выделяют гематомы: (3) 1) передние, 2) задние, 3) внутренние, 4) латеральные, 5) лобарные.	3-5	ТК
46. Кровоизлияние типа геморрагического пропитывания вызвано: (1) 1) кровоизлиянием из мелких артерий и вен, 2) разрывом одной из ветвей средней мозговой артерии, 3) разрывом одной из ветвей передней мозговой артерии, 4) разрывом одной из ветвей задней мозговой артерии, 5) разрывом одной из ветвей основной артерии.	1	ТК
47. Паренхиматозное кровоизлияние может приводить к: (2) 1) попаданию крови в спинной мозг, 2) субарахноидальному кровоизлиянию, 3) кровоизлиянию в сетчатку глаза, 4) попаданию крови в желудочки мозга, 5) кровоизлиянию во внутреннее ухо.	2,4	ТК
48. С течением времени на месте кровоизлияния чаще всего образуется : (1) 1) ишемический инфаркт мозга, 2) геморрагический инфаркт мозга, 3) рубцовая ткань, 4) киста, 5) опухоль.	4	ТК
49. Горметонические судороги характерны для кровоизлияния в: (1)	5	ТК

1) лобную долю, 2) теменную долю, 3) височную долю, 4) затылочную долю, 5) желудочки мозга		
50. Ранний признак компрессии среднего мозга при внутримозговом кровоизлиянии (1) 1) нистагм, 2) центральный парез мышц лица, 3) периферический парез мышц лица, 4) анизокория, 5) двусторонний симптом Бабинского	4	ТК, ПА
51. Признаки кровоизлияния в базальные ганглии и внутреннюю капсула (2) 1) тетраплегия, 2) гемианестезия, 3) периферический парез языка, 4) амнестическая афазия, 5) центральный парез мышц лица	2,5	ТК, ПА
52. Признаки кровоизлияния в зрительный бугор (4): 1) сенсорная афазия, 2) гемианестезия, 3) сонливость, 4) глазодвигательные расстройства, 5) гемиатаксия	2-5	ТК, ПА
53. Признаки кровоизлияния в левую лобную долю (2): 1) правосторонний гемипарез, 2) правосторонняя гемиатаксия, 3) центральный парез мышц лица слева, 4) моторная афазия, 5) сенсорная афазия	1,4	ТК
54. Признаки кровоизлияния в правую лобную долю (2): 1) левосторонняя гемигипестезия, 2) левосторонняя гемиатаксия, 3) центральный парез мышц лица слева, 4) левосторонняя гемианопсия, 5) центральный парез мышц языка слева	3,5	ТК
55. Признаки кровоизлияния в затылочную долю (1): 1) гемигипестезия, 2) гемиатаксия, 3) гомонимная гемианопсия, 4) периферический парез мышц лица, 5) центральный парез мышц языка	3	ТК
56. Признаки кровоизлияния в варолиев мост (3): 1) корковый парез взора, 2) стволовой парез взора, 3) межъядерная офтальмоплегия, 4) периферический парез мышц лица, 5) центральный монопарез руки	2-4	ТК, ПА
57. Признаки кровоизлияния в средний мозг (2): 1) центральная гемиплегия, 2) перифебрический парез мышц лица, 3) сходящееся косоглазие, 4) гемиатаксия, 5) стволовой парез взора	1,4	ТК
58. Признаки прогрессирования кровоизлияния в ствол мозга (4): 1) исчезновение ригидности шейных мышц, 2) нарушение сознания, 3) гипертермия, 4) расстройство ритма дыхания, 5) гипергидроз	2-5	ТК
59. Диагноз гипертензивного кровоизлияния в мозг основывается	1,2	ТК, ПА

на наличии (2): 1) идиопатической артериальной гипертензии, 2) симптоматической артериальной гипертензии, 3) фибрилляции предсердий, 4) приема антитромбоцитарных средств, 5) приема пероральных антикоагулянтов		
60. Проведение рентгеновской компьютерной томографии при кровоизлиянии в мозг позволяет (4): 1) выявить локализацию поражения, 2) оценить объем гематомы, 3) установить причину кровоизлияния, 4) обнаружить смещение структур мозга, 5) выявить гидроцефалию	1,2,4,5	ТК
61. При подозрении на кровоизлияние в мозг показана люмбальная пункция, если (1): 1) предполагается геморрагический инфаркт мозга, 2) предполагается кровоизлияние в опухоль мозга, 3) по данным магнитно-резонансной ангиографии обнаруживается артериовенозная мальформация, 4) по данным рентгеновской компьютерной томографии нельзя установить причину кровоизлияния, 5) нет возможности провести рентгеновскую компьютерную или магнитно-резонансную томографию головного мозга	5	ТК, ПА
62. При кровоизлиянии в мозг кровь в цереброспинальной жидкости чаще всего определяется через (1): 1) несколько часов, 2) 1 сутки, 3) 2 суток, 4) 3 суток, 5) 4 суток	1	ТК
63. Кровь в цереброспинальной жидкости чаще не определяется, если кровоизлияние локализуется в (2): 1) мозжечке, 2) варолиевом мосту, 3) среднем мозге, 4) лобной доли, 5) теменной доли	4,5	ТК
64. При кровоизлиянии в мозг проведение церебральной ангиографии показано при подозрении на (4): 1) прием наркотических средств, 2) артериовенозную мальформацию, 3) аневризму, 4) церебральный васкулит, 5) опухоль головного мозга	2-5	ТК
65. Смертельный исход в течение месяца при кровоизлиянии в мозг наблюдается (1): 1) 5-10% случаев, 2) 10-20% случаев, 3) 20-40% случаев, 4) 40-60% случаев, 5) 60-80% случаев	4	ТК
66. Смертельный исход при кровоизлиянии в мозг наиболее низкий при (1): 1) объеме гематомы 100 мл, 2) кровоизлиянии по типу геморрагического пропитывания, 3) кровоизлиянии в варолиев мост, 4) медиальной локализации гематомы, 5) кровоизлиянии в мозжечок	2	ТК
67. При нарушении сознания у больного с кровоизлиянием в мозг для уменьшения отека рекомендуется (1): 1) пирацетам, 2) винпоцетин,	5	ТК

3) церебролизин, 4) цитиколин, 5) эндотрохеальная интубация и искусственная вентиляция легких		
68. Хирургическое лечение (удаление или дренирование гематомы) при нетравматическом кровоизлиянии в мозг рекомендуется при (1): 1) большом объеме гематомы, 2) нарушении сознания до степени оглушенности, 3) нарушении сознания до степени сопора, 4) нарушении сознания до степени комы, 5) возрасте больного до 60 лет	1	ТК, ПА
69. При обструктивной гидроцефалии у больного с кровоизлиянием в мозг используется (1): 1) снижение артериального давления до 180/100 мм рт.ст. 2) снижение артериального давления до 160/90 мм рт.ст., 3) снижение артериального давления до 150/80 мм рт.ст., 4) снижение артериального давления до 140/80 мм рт.ст., 5) наложение наружного дренажа или вентрикулярного шунта	5	ТК
70. Раннее хирургическое вмешательство у больного с кровоизлиянием в мозг вследствие аневризмы используется (1): 1) нормальном сознании 2) нарушении сознания до степени оглушенности, 3) нарушении сознания до степени сопора, 4) нарушении сознания до степени комы, 5) возрасте больного до 60 лет	1	ТК
71. При кровоизлиянием в мозг вследствие приема антикоагулянтов используется (1): 1) пирацетам, 2) винпоцетин, 3) церебролизин, 4) цитиколин, 5) свежезамороженная плазма	5	ТК, ПА
72. Аневризма как причина субарахноидального кровоизлияния встречается в (1): 1) 20-30% случаев, 2) 30-40% случаев, 3) 40-50% случаев, 4) 50-60% случаев, 5) 60-80% случаев	5	ТК
73. Факторы риска разрыва мешотчатой аневризмы (2): 1) артериальная гипертензия, 2) злоупотребление алкоголем, 3) мужской пол, 4) молодой возраст, 5) фибрилляция предсердий	1,2	ТК, ПА
74. Наиболее частое место локализации мешотчатых аневризм (1): 1) корковые ветви передней мозговой артерии, 2) корковые ветви средней мозговой артерии, 3) корковые ветви задней мозговой артерии, 4) артерии виллизиева круга, 5) позвоночная артерия	4	ТК
75. Наиболее частое место разрыва мешотчатой аневризмы (1): 1) шейка, 2) тело, 3) купол	3	ТК
76. В большинстве случаев неаневризматического субарахноидального кровоизлияния причина (1): 1) алкоголизм, 2) курение, 3) церебральный атеросклероз, 4) церебральный васкулит, 5) не устанавливается	5	ТК, ПА

77. Редкие причины субарахноидального кровоизлияния (3): 1) серповидно-клеточная анемия, 2) прием антикоагулянтов, 3) мешотчатая аневризма, 4) церебральный васкулит, 5) артериовенозная мальформация	1,2,5	ТК
78. Субарахноидальное кровоизлияние может сопровождаться (2): 1) гематомиелией, 2) попаданием крови в вещество мозга, 3) попаданием крови в желудочки мозга, 4) попаданием крови в сетчатку глаза, 5) попаданием крови во внутреннее ухо	2,3	ТК
79. Сообщающаяся гидроцефалия при субарахноидальном кровоизлиянии вызвана (1): 1) увеличением продукции цереброспинальной жидкости, 2) снижением продукции цереброспинальной жидкости, 3) усилением резорбции цереброспинальной жидкости, 4) снижением резорбции цереброспинальной жидкости, 5) отеком головного мозга	4	ТК
80. Церебральный спазм развивается при субарахноидальном кровоизлиянии, вызванном (1): 1) приемом антикоагулянтов, 2) приемом антиагрегантов, 3) приемом наркотических средств, 4) разрывом мешотчатой аневризмы, 5) церебральным васкулитом	4	ТК
81. Церебральный спазм развивается при субарахноидальном кровоизлиянии в (1): 1) 10% случаев, 2) 30% случаев, 3) 50% случаев, 4) 70% случаев, 5) 90% случаев	2	ТК
82. Церебральный спазм при субарахноидальном кровоизлиянии вызван (1): 1) повышением артериального давления, 2) снижением артериального давления, 3) действием продуктов распада форменных элементов крови, 4) срывом ауторегуляции мозгового кровообращения, 5) падением объема циркулирующей крови	3	ТК, ПА
83. Церебральный спазм обычно максимален при субарахноидальном кровоизлиянии на (1): 1) 1 сутки, 2) 2 сутки, 3) 3 сутки, 4) 4 сутки, 5) 5-8 сутки	5	ТК
84. Церебральный спазм при субарахноидальном кровоизлиянии приводит к смерти в (1): 1) 10% случаев, 2) 20% случаев, 3) 30% случаев, 4) 40% случаев, 5) 50% случаев	2	ТК
85. Повторное кровотечение при субарахноидальном кровоизлиянии, вызванном разрывом аневризмы задней соединительной артерии, чаще всего обусловлено (1): 1) лизисом образовавшегося тромба, 2) разрывом аневризмы передней соединительной артерии, 3) разрывом аневризмы передней мозговой артерии, 4) разрывом аневризмы средней мозговой артерии, 5) разрывом аневризмы задней мозговой артерии	1	ТК, ПА

86. Наиболее частый признак субарахноидальном кровоизлияния (1): 1) интенсивная головная боль, 2) интенсивное вращательное головокружение, 3) внезапная потеря зрения, 4) неукротимая рвота, 5) гемиплегия	1	ТК, ПА
87. Для субарахноидального кровоизлияния характерны (2): 1) артериальная гипертензия, 2) артериальная гипотензия, 3) умеренное повышение температуры, 4) атриовентрикулярная блокада, 5) цианоз нижних конечностей	1,3	ТК, ПА
88. Наиболее частый признак повторного субарахноидального кровоизлияния (1): 1) артериальная гипотензия, 2) интенсивное головокружение, 3) внезапная потеря зрения, 4) нарушение сознания, 5) гемианопсия	4	ТК, ПА
89. Летальность в течение первого месяца субарахноидального кровоизлияния (1): 1) 10-30%, 2) 30-50%, 3) 50-70%, 4) 80%, 5) 90%	2	ТК
90. Частые причины смерти при субарахноидальном кровоизлиянии (3): 1) отек мозга, 2) образование большой гематомы, 3) инфаркт мозга, 4) инфаркт миокарда, 5) тромбоэмболия легочной артерии	1-3	ТК, ПА
91. Частота повторного субарахноидального кровоизлияния в течение первого года составляет (1): 1) 5%, 2) 10%, 3) 15%, 4) 20%, 5) 25%	1	ТК
92. Особенности небольших по объему субарахноидальных кровоизлияний (2): 1) раннее (первые сутки) развитие гемипареза, 2) раннее (первые сутки) развитие церебрального вазоспазма, 3) позднее (2-3 сутки) появление менингеальных симптомов, 4) неинтенсивная головная боль, 5) невестибулярное головокружение	3,4	ТК
93. При обширном субарахноидальном кровоизлиянии кровь в цереброспинальной жидкости обнаруживается в (1): 1) 5-20% случаев, 2) 20-40% случаев, 3) 40-60% случаев, 4) 60-80% случаев, 5) 80-100% случаев	5	ТК
94. При ухудшении состояния больного субарахноидальным кровоизлиянием рекомендуются (3): 1) компьютерная электроэнцефалография, 2) рентгеновская компьютерная томография, 3) электрокардиография, 4) эхоэнцефалоскопия, 5) биохимический анализ крови	2,3,5	ТК

95. Самый информативный метод выявления церебральной мешотчатой аневризмы (1): 1) рентгеновская компьютерная ангиография, 2) магнитно-резонансная ангиография, 3) ренгеноконтрастная церебральная ангиография, 4) транскраниальная допплерография, 5) компьютерная электроэнцефалография	3	ТК, ПА
96. Больной с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием должен находиться в отделении (1): 1) неврологическом, 2) нейрохирургическом, 3) кардиологическом, 4) кардиохирургическом, 5) терапевтическом	2	ТК
97. Хирургическое лечение показано, если субарахноидальное кровоизлияние вызвано (2): 1) приемом антикоагулянтов, 2) приемом антитромбоцитарных средств, 3) мешотчатой аневризмой, 4) церебральным васкулитом, 5) артериовенозной мальформацией	3,5	ТК
98. Преимущества раннего хирургического лечения при аневризматическом субарахноидальное кровоизлиянии (2): 1) снижение риска инфаркта миокарда, 2) предупреждение повторного субарахноидального кровоизлияния, 3) снижение риска кардиальной аритмии, 4) предупреждение церебрального вазоспазма, 5) предупреждение почечной недостаточности	2,4	ТК, ПА
99. Для выключения церебральной аневризмы применяются (2): 1) гамма-нож, 2) гипотермия, 3) трепанация черепа и клипировапние шейки аневризмы, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) эндоваэальное вмешательство с введением микроспирали	3,5	ТК
100. Ведение больного с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием, если не проводится хирургическое лечение (2): 1) постельный режим 3-4 недели, 2) нимодипин, 3) пирацетам, 4) винпоцетин, 5) магния сульфат	1,2	ТК

Раздел дисциплины (тема): Деменции. Когнитивные нарушения (Тема 3).

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

1. Болезнь Альцгеймера (2): 1) относится к группе дегенеративных заболеваний головного мозга, 2) развивается в молодом возрасте, 3) проявляется агнозией, апраксией, афазией, 4) проявляется центральным гемипарезом, **5)** в дебюте проявляется эпилептическим припадком.	1,3	ТК, ПА
2. Клинические признаки болезни Альцгеймера (3): 1. прогрессирующие нарушения памяти 2. зрительно-пространственная агнозия 3. амнестическая афазия 4. нарушения походки 5. положительный симптом «горячей ванны»	1,2, 3	ТК, ПА
3. Для болезни Альцгеймера характерны (2):	1,4	ТК, ПА

1. утрата памяти на недавние события более выражена, чем на отдаленные события 2. утрата памяти на отдаленные события более выражена, чем на недавние события 3. утрата памяти на недавние и отдаленные события в равной степени 4. конфабуляции **5.** сохранность памяти		
4. Обязательные признаки деменции (3): 1) нарушение памяти, 2) расстройство сознания, 3) нарушение нескольких когнитивных функций, 4) необратимый характер когнитивных нарушений, **5)** органическое поражение головного мозга.	1,3,5	ТК, ПА
5. Диагностические критерии деменции (3): 1. полифункциональный характер когнитивных нарушения, 2. прогрессирующий характер когнитивных расстройств 3. трудности в повседневной жизни 4. относительная сохранность когнитивных функций в начале заболевания **5.** длительность симптоматики не менее 6 месяцев.	1,3,5	ТК, ПА
6. Умеренные когнитивные нарушения (2): 1. закономерны для пожилого возраста 2. закономерны для старческого возраста 3. не вызывают выраженных затруднений в повседневной жизни 4. могут носить обратимый характер **5.** не связаны с органическим поражением головного мозга.	3, 4	ТК
7 . Основные методы диагностики болезни Альцгеймера (2): 1) МРТ головного мозга, 2) транскраниальная допплерография, 3) нейропсихологическое обследование, 4) эхоэнцефалоскопия, **5)** электроэнцефалография.	1,3	ТК
8. Для подтверждения болезни Альцгемера необходимы (2): 1. КТ или МРТ головного мозга, 2. биохимический скрининг «обратимых» дисметаболических деменций 3. иследование вызванных потенциалов головного мозга 4. определение уровня ацетилхолина в цереброспинальной жидкости **5.** исследование церебрального кровотока.	1,2	ТК
9. Основная цель проведения нейровизуализации при прогрессирующих когнитивных нарушениях (2): 1. Уточнение локализации церебральной атрофии 2. Уточнение локализации инфарктов мозга 3. Исключение опухоли головного мозга 4. Определение выраженности и локализации изменений белого вещества головного мозга (лейкоареоза) **5.** Исключение «вторичных» и обратимых деменций (нормотензивная гидроцефалия, хроническая субдуральная гематома и др.)	3,5	ТК, ПА
10. Дисциркуляторная энцефалопатия – это (2): 1) амнестические когнитивные нарушения, 2) неамнестические когнитивные нарушения 3) прогрессирующая церебральная атрофия 4) поражение головного мозга вследствие «лейкоареоза» **5)** Расширение желудочков мозга вследствие повышения внутричерепного давления.	2, 4	ТК, ПА
11. Патогенетические механизмы дисциркуляторной энцефалопатии (2): 1. хроническая ишемия головного мозга, 2. повторные острые нарушения мозгового кровообращения,	1,2	ТК

3. наследственная дегенерация нейронов, 4. нарушение продукции цереброспинальной жидкости, **5.** повышение внутричерепного давления.		
12. Основное клиническое проявление дисциркуляторной энцефалопатии (1): 1. головные боли 2. головокружение и вестибулярные расстройства 3. эмоциональная лабильность 4. нарушения когнитивных функций **5.** нарушение зрения в виде «пелены» перед глазами.	4	ТК, ПА
13. На начальных стадиях болезни Альцгеймера обычно наблюдаются 1) моторная афазия, 2) нарушение памяти на текущие события, 3) недержание мочи, 4) недостаточность номинативной функции речи (трудности называния предметов), 5) нарушения походки.	2,4	ТК, ПА
14. Ранние признаки болезни Альцгеймера: (2) 1) нарушения памяти на недавние события, 2) бред ущерба, зрительные галлюцинации 3) тревога, беспокойство, растерянность 4) односторонняя апраксия 5) прогрессирующие расстройства зрения.	1, 3	ТК, ПА
15. Болезнь Альцгеймера следует заподозрить в случае: (2) 1) острой манифестации выраженных когнитивных нарушений, 2) быстро развивающейся тяжелой деменции 3) прогрессирующих нарушениях памяти 4) сочетании деменции с нарушениями походки и недержанием мочи 5) сочетании мнестических, пространственных и дисфазических расстройств.	3, 5	ТК, ПА
16. Характерные клинические проявления болезни Альцгеймера (3): 1) прогрессирующее нарушение памяти, 2) расстройства праксиса и гнозиса, 3) амнестическая афазия, 4) мозжечковая атаксия, 5) гемианопсия.	1,2,3	ТК, ПА
17. Симптомы болезни Альцгеймера (4): 1) нарушение запоминания новой информации 2) конструктивная апраксия 3) кинетическая апраксия 4) зрительно-пространственная агнозия 5) поведенческие расстройства на развёрнутой стадии.	1,2, 4, 5	ТК
18. Прогрессирующие расстройства памяти в сочетании с зрительно-пространственной агнозией, конструктивной апраксии и амнестической афазией характерны для (1): 1) болезни Альцгеймера 2) последствий инсульта 3) хронической цереброваскулярной патологии 4) деменции с тельцами Леви, 5) нормотензивной гидроцефалии.	1	ТК, ПА
19. Для болезни Альцгеймера характерны следующие речевые нарушения (2): 1) недостаточность номинативной функции речи (называния предметов) 2) сенсорная афазия 3) моторная афазия 4) амнестическая афазия 5) диазартрия.	1,4	ТК, ПА
20.Для болезни Альцгеймера наиболее характерны следующие нарушения гнозиса (1): 1) астереогноз	2	ТК

2) зрительно-пространственная агнозия 3) аутотопагнозия 4) буквенная агнозия (алексия) 5) акустическая агнозия.		
21. Для сосудистой деменции характерны (3): 1) инсульт в анамнезе, 2) псевдобульбарный синдром, 3) тремор головы, 4) апраксия ходьбы, 5) корсаковский синдром.	1,2,4	ТК, ПА
22. При сосудистой деменции чаще всего наблюдаются следующие когнитивные нарушения (2): 1) прогрессирующие нарушения памяти на недавние события при относительно сохранной памяти на отделенные события 2) брадифрения 3) прогрессирующая афазия 4) снижение интеллектуальной гибкости (инертность) 5) прозапагнозия.	2,4	ТК, ПА
23. В отличие от болезни Альцгеймера, при сосудистой деменции наблюдаются (3): 1) очаговая неврологическая симптоматика 2) нарушения походки 3) ранее развитие тазовых расстройств 4) эпилептические припадки. 5) апракто-агностический синдром.	1,2,3	ТК, ПА
24. Для дисциркуляторной энцефалопатии III стадии характерны (3): 1) вертикальный парез взора, 2) деменция, 3) недержание мочи, 4) скандированная речь, **5)** псевдобульбарный синдром.	2,3,5	ТК, ПА
25. Причины деменции (3): **1**) дегенеративные заболевания головного мозга, 2) повторные инсульты, 3) ревматоидный полиартрит, 4) сирингомиелия, 5) дефицит витамина В12,	1,2,5	ТК, ПА
26. Наиболее частые причины деменции (3): **1**) болезнь Альцгеймера, 2) рассеянный склероз 3) болезнь Вильсона-Коновалоа, 4) цереваскулярные расстройства 5) деменция с тельцами Леви	1,4,5	ТК, ПА
27. Этиология умеренных когнитивных нарушений (3): **1**) хроническая недостаточность мозгового кровообращения 2) возрастные изменения головного мозга 3) начальные стадии болезни Альцгеймера 4) сирингомиелия, 5) болезнь Паркинсона	1,3,5	ТК
28. В терапии болезни Альцгеймера эффективны средства: (2) **1**) ацетилхолинергические, 2) дофаминергические, 3) глутаматергические, 4) серотонинергические, 5) норадренергические.	1,3	ТК, ПА
29. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы используются в лечении: (2) **1**) болезни Альцгеймера 2) умеренных когнитивных нарушений 3) деменции лёгкой и умеренной степени 4) для профилактики когнитивных нарушений 5) при лобно-височной деменции.	1,3	ТК

30. Основные показания для назначения акатинола мемантина (2) **1**) тяжелая деменция 2) умеренная деменция 3) лёгкая деменция 4) когнитивные нарушения, не достигающие выраженности деменции 5) нормальные возрастные изменения с целью профилактики когнитивных нарушений.	1,2	ТК, ПА
31. В патофизиологии болезни Альцгеймера наиболее важную роль играет (1): 1) дофаминергическая недостаточность, 2) серотонинергическая недостаточность, 3) ацетилхолинергическая недостаточность, 4) норадренергическая недостаточность, 5) норадренергическая активация.	3	ТК, ПА
32. Ацетилхолинергическая недостаточность отмечается при следующих заболеваниях с когнитивными нарушениями (4): 1) болезнь Альцгеймера 2) деменция с тельцами Леви 3) хроническая недостаточность мозгового кровообращения 4) болезнь Паркинсона с деменцией 5) лобно-височная дегенрация.	1,2,3,4	ТК
33. Самая частая причина деменции (1): 1) болезнь Альцгеймера, 2) сосудистая деменция, 3) рассеянный склероз, 4) болезнь Паркинсона, 5) болезнь Гентингтона.	1	ТК, ПА
34. Частые причины деменции (3): 1) болезнь Альцгеймера, 2) болезнь Вильсона-Коновалова 3) цереброваскулярные расстройства 4) деменция с тельцами Леви 5) болезнь Гентингтона.	1, 3, 4	ТК, ПА
35. Причины обратимой деменции (3): 1) травматическая внутричерепная гематома, 2) нормотензивная гидроцефалия, 3) дефицит витамина В12, 4) болезнь Альцгеймера, **5)** фронто-темпоральная деменция.	1,2,3	ТК, ПА
36. Когнитивные нарушения обратимы при (2): 1. деменции с тельцами Леви 2. гипотиреозе 3. депрессии 4. болезни Гентигтона **5.** болезни Альцгйемера.	2,3	ТК
37. Необратимые деменции (3): 1) хорея Гентингтона, 2) болезнь Вильсона-Коновалова, 3) деменция с тельцами Леви, 4) опухоль головного мозга, **5)** болезнь Паркинсона.	1,3,5	ТК
38. При выраженной депрессии когнитивные нарушения (3): 1. встречаются редко 2. наблюдаются часто 3. представлены брадифренией и нарушениями памяти 4. представлены апракто-агностическими и афатическими расстройствами **5.** регрессируют на фоне терапии.	2,3,5	ТК
39. Деменция при болезни Паркинсона (2): **1)** возникает на ранних стадиях заболевания, 2) связана с приемом агонистов дофаминергических рецепторов, 3) проявляется нарушениями памяти, внимания и замедленностью	3,5	ТК

мышления, 4) чаще отмечается в молодом возрасте, 5) характеризуется отсутствием первичных нарушений праксиса, гнозиса и речи.		
40. Признаки деменции с тельцами Леви (2): **1)** снижение концентрации внимания 2) афазия 3) зрительные галлюцинации 4) одностороннее игнорирование 5) прогрессирующий центральный тетрапарез.	1, 3	ТК, ПА
41. Атрофия медиальных отделов височных долей характерна для (1): **1)** сосудистой деменции 2) деменции с тельцами Леви 3) лобно-височной деменции 4) болезни Альцгеймера 5) депрессии.	4	ТК
42. При болезни Альцгеймера атрофия наиболее выражена в (2): **1)** лобной доле, 2) височной доле, 3) теменной доле, 4) затылочной доле, 5) мозжечке.	2,3	ТК, ПА
43. Для больных сосудистой деменцией характерны изменения головного мозга в виде (2): **1)** лейкоареоза, 2) атрофии лобной доли, 3) атрофии теменной доли, 4) атрофии височной доли, 5) множественных лакунарных инфарктов.	1,5	ТК, ПА
44. Диффузные изменения белого вещества (лейкоареоз) (2): **1)** признак хронического цереброваскулярного расстройства 2) всегда сопровождается выраженными нарушениями памяти 3) встречается очень редко у пожилых людей 4) часто сопровождается снижением концентрации внимания и управляющих (лобных) функций 5) регрессирует на фоне нейрометаболической терапии.	1,4	ТК
45. Ведущую роль в сосудистой деменции имеет дисфункция (1): **1)** гиппокампового комплекса, 2) лобной доли, 3) затылочной доли, 4) мозжчека, 5) черной субстанции.	2	ТК, ПА
46. В основе развития когнитивных расстройств при цереброваскулярных расстройствах лежат (2): **1)** разобщение церебральных структур вследствие лейкоареоза 2) вторичная дисфункция теменно-височных отделов головного мозга 3) вторичная дисфункция передних отделов головного мозга 4) нарушение ликвороциркуляции 5) хроническая гипоксия коры с дисфункцией нейронов.	1, 3	ТК
47. Прогрессирующие нарушения памяти характерны для: (1) **1**) рассеянного склероза, 2) болезни Альцгеймера, 3) бокового амиотрофического склероза, 4) корсаковского синдрома, 5) транзиторной глобальной амнезии,	2	ТК, ПА
48.Нарушение концентрации внимания в сочетании с расстройством управляющих (лобных) функций при относительно сохранной памяти характерны для: (2) **1**) сосудистой деменции 2) болезни Альцгеймера, 3) бокового амиотрофического склероза,	1, 4	ТК

4) болезни Паркинсона 5) транзиторной глобальной амнезии,		
49. Лечение болезни Альцгеймера (4): **1**) флуоксетин 2) галантамин, 3) ривастигмин 4) донепизил 5) мемантин	2,3, 4,5	ТК, ПА
50. Лечение сосудистой деменции (4): **1**) флуоксетин 2) галантамин, 3) ривастигмин 4) донепизил 5) мемантин	2,3,4,5	ТК, ПА
51. Лечение деменции с тельцами Леви (4): **1**) флуоксетин 2) галантамин, 3) ривастигмин 4) донепизил 5) мемантин	2,3,4,5	ТК, ПА
52. Лечение лобно-височной деменции (1): **1**) флуоксетин 2) пирацетам, 3) винпоцетин 4) циннаризин 5) кортексин	1	ТК, ПА
53. Деменция носит обратимый характер в: (1) **1)** 5%, 2) 20%, 3) 40%, 4) 60%, 5) 80%.	1	ТК
54. Псевдодеменция - это: (1) 1) нарушение памяти и внимания при дисметаболических расстройствах, 2) возрастные изменения когнитивных функций, 3) когнитивные нарушения при депрессии, 4) нарушение высших психических функций при опухоли мозга, 5) дезориентация в месте и времени после эпилептического припадка.	3	ТК, ПА
55. Депрессия: (2) 1) одна из самых редких причин деменции в молодом и среднем возрасте, 2) часто вызывает когнитивные нарушения 3) не вызывает когнитивных нарушений 4) вызывает обратимые когнитивные нарушения, которые регрессируют на фоне специфической терапии 5) вызывает необратимые когнитивные нарушения.	2, 4	ТК
56. Проявления деменции с тельцами Леви (3): 1) паркинсонизм, 2) центральный гемипарез, 3) нарушения памяти и других когнитивных функций, 4) зрительные галлюцинации, 5) абсансы.	1,3,4	ТК
57. Наиболее характерные симптомы болезни Альцгеймера (3): 1) нарушения памяти на недавние события, 2) зрительно-пространственная агнозия 3) тремор головы 4) амнестическая афазия 5) сенсорная афазия	1,2,4	ТК, ПА
58. Амнестическая афазия характерна для (2): 1) болезни Альцгеймера 2) сосудистой деменции	1,4	ТК

3) деменции с тельцами Леви 4) лобно-височной деменции 5) деменции при болезни Вильсона-Коновалова		
59. Динамическая афазия характерна для (1): 1) болезни Альцгеймера 2) сосудистой деменции 3) деменции с тельцами Леви 4) лобно-височной деменции 5) деменции при болезни Вильсона-Коновалова	4	ТК
60. Зрительные галлюцинации характерны для (2): 1) болезни Альцгеймера 2) деменции с тельцами Леви 3) сосудистой деменции, 4) болезни Паркинсона с деменцией 5) лобно-височной дегенерации	2, 4	ТК
61. Колебания выраженности когнитивных расстройств характерны для (2): 1) болезни Альцгеймера 2) деменции с тельцами Леви 3) сосудистой деменции, 4) болезни Паркинсона с деменцией 5) лобно-височной дегенерации	2, 4	ТК
62. Пространственные расстройства отмечаются при (4): 1) болезни Альцгеймера 2) деменции с тельцами Леви 3) сосудистой деменции, 4) болезни Паркинсона с деменцией 5) лобно-височной дегенерации	1, 2, 3, 4	ТК
63. Диагностические критерии деменции с тельцами Леви (4): 1) паркинсонизм, 2) лейкоарез по данным МРТ головного мозга 3) прогрессирующая деменция 4) зрительные галлюцинации, 5) колебания выраженности когнитивных и двигательных расстройств	1,3,4,5	ТК
64. Симптомы лобно-височной деменции (2): 1) паркинсонизм 2) снижение критики 3) афазия 4) агнозия 5) амнезия	2,3	ТК
65. Относительная сохранность памяти наблюдается при (2): 1) болезни Альцгеймера 2) сосудистой деменции 3) смешанной (сосудисто-дегенеративной) деменции 4) деменции с тельцами Леви 5) лобно-височной деменции	2,5	ТК
66. Через год после инсульта деменция отмечается (1): 1) у 5% больных 2) у 15% больных 3) у 30% больных 4) у 50% больных 5) у 75% больных	3	ТК
67. Распространенность умеренных когнитивных нарушений в пожилом возрасте (1): 1) 5% 2) 15% 3) 30% 4) 50% 5) 75%	2	ТК
68. Риск развития деменции у пациентов с синдромом умеренных когнитивных нарушений составляет (1): 1) 5-10%	2	ТК

2) 10-15% 3) 30-40% 4) 50-60% 5) 75-85%		
69. Болезнь Альцгеймера наиболее часто равивается в возрасте (1): 1) до 45 лет 2) 40-50 лет 3) 50-60 лет 4) 60 лет и старше	4	ТК, ПА
70. Лобно-височная дегенерация обычно начинается в возраста (1): 1) до 45 лет 2) 45-60 лет 3) 60-80 лет 4) старше 80 лет	2	ТК
71.Факторы риска болезни Альцгеймера (3): 1) артериальная гипетензия 2) мужской пол 3) семейный анамнез 4) чрезмерные физические нагрузки 5) низкий уровень образования	1, 3, 5	ТК, ПА
72. Факторы риска сосудистой деменции (3): 1) артериальная гипетензия 2) мужской пол 3) семейный анамнез 4) чрезмерные физические нагрузки 5) низкий уровень образования	1,2, 5	ТК, ПА
73. Женщина 74 лет, страдает прогрессирующим снижением памяти на текущие события и на слова, не может правильно назвать показываемый предмет. Когнитивные расстройства (2): 1. Амнезия 2.Сенсорная афазия 3.Прозопагнозия 4.Амнестическая афазия 5.Анозогнозия	1, 4	ТК
74 Женщина 74 лет, страдает прогрессирующим снижением памяти на текущие события и на слова, не может правильно назвать показываемый предмет. Локализация поражения головного мозга (2): 1. лобные доли 2.височные доли 3.затылочные доли 4.структуры гиппокампового комплекса 5.теменные доли	2, 4	ТК
75. Женщина 74 лет, страдает прогрессирующим снижением памяти на текущие события и на слова, не может правильно назвать показываемый предмет. Предподагаемый клинический диагноз (1): 1. рассеянный склероз 2.дисциркуляторная энцефалоптия 3.болезнь Альцгеймера 4.деменция с тельцами Леви 5.лобно-височная деменция	3	ТК
76. Прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события, нарушение ориентировки на местности, трудности при подборе нужного слова в разговоре. Когнитивные нарушения (3): 1. прогрессирующая амнезия 2.зрительно-пространственная агнозия 3.зрительно-предметная агнозия 4.амнестическая афазия 5.кинетическая апраксия	1, 3, 4	ТК
77. Прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события вынудили пациентку оставить работу. Выраженнность когнитивных расстройств (1):	4	ТК

1. нет когнитивных нарушений 2.нормальное возрастное когнитвиное снижение 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция		
78. Прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события, нарушение ориентировки на местности, трудности при подборе нужного слова. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1. болезнь Альцгеймера 2.дисицркуляторная энцефалопатия 3.деменция с тельцами Леви 4.корсаковский синдром 5.болезнь Паркинсона	1	ТК
79. У пациента 60 лет с артериальной гипертензией выявляются псевдобульбарный синдром, выраженное снижение концентрации внимания при относительно сохранной памяти на текущие события. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1. болезнь Альцгеймера 2.дисицркуляторная энцефалопатия 3.деменция с тельцами Леви 4.корсаковский синдром 5.болезнь Паркинсона	2	ТК
80. У пациента 60 лет с артериальной гипертензией выявляются псевдобульбарный синдром, выраженное снижение концентрации внимания при относительно сохранной памяти на текущие события. Назначьте терапию (3): 1. антигипертензивные препараты 2.антикоагулянты 3.холинолоитики 4.мемантин 5.ингибиторы ацетилхолинэстеразы	1, 4, 5	ТК
81. После нескольких инсультов у пациента появились когнитивные расстройства, из за которых оставил работу. Оцените выраженность когнитивных расстройств (1): 1. нет когнитивных нарушений 2.нормальное возрастное когнитвиное снижение 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция	4	ТК
82. После нескольких инсультов у пациента появилось снижение концентрации внимания при относительно сохранной памяти. Вероятна дисфункция долей головного мозга (1): 1. лобных 2. теменных 3. височных 4. затылочных 5.височно-зателочных	1	ТК
83. После нескольких инсультов у пациента появилось снижение концентрации внимания при относительно сохранной памяти. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1 болезнь Альцгеймера 2.дисциркуляторная энцефалопатия 3.деменция с тельцами Леви 4.корсаковский синдром 5.болезнь Паркинсона	2	ТК
84. После нескольких ишемических атеротромботических инсультов у пациента появилось снижение концентрации внимания при относительно сохранной памяти. Терапия (4): 1 антитромбоцитарные препараты 2.статины 3.мемантин 4.ингибиторы ацетилхолинэстеразы	1,2,3,4	ТК

5.холинолитики		
85. У пациентки с артериальной гиипертензией выявлены псевдобульбарный синдром, снижение концентрации внимания при относительной сохранности памяти. Вероятна дисфункция (1): 1 гиппокампового комплекса 2. лобных долей 3. височных долей 4. теменных долей 5. затылочных долей	2	ТК
86. У пациентки с артериальной гиипертензией выявлены псевдобульбарный синдром, снижение концентрации внимания при относительной сохранности памяти. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1 болезнь Альцгеймера 2.дисциркуляторная энцефалопатия 3.деменция с тельцами Леви 4.корсаковский синдром 5.болезнь Паркинсона	2	ТК
87. У пациентки с артериальной гиипертензией выявлены псевдобульбарный синдром, снижение концентрации внимания при относительной сохранности памяти. Назначьте терапию (2): 1 мемантин 2.мелатонин 3.мадопар 4.индапамид 5.мирапекс	1, 4	ТК
88. У мужчины 58 лет в течение последних 6 месяцев, после смерти жены, выявлены депрессия и выраженноые когниитвные нарушения. Предполагаемый диагноз (1): 1 деменция 2.умеренные когнитивные нарушения 3.обратимая деменция 4.псевдодеменция 5.возрастные когнитивные нарушения	4	ТК
89. У мужчины 58 лет в течение последних 6 месяцев, после смерти жены, выявлены депрессия и выраженноые когниитвные нарушения. Назначьте терапию (1): 1 мемантин 2.ингибиторы ацетилхолнэстеразы 3.вазотропные препараты 4.нейрометаболические препараты 5.антидепрессанты	5	ТК
90. Женщина 73 лет нуждается в помощи родственников из-за забывчивости, которая началась после удаления щитовидной железе. Как расценить когнитивные нарушения (1): 1 возрастное когнитивное снижение 2.умеренные когнитивные нарушения 3.псевдодеменция 4.обратимая деменция 5.необратимая деменция	4	ТК
91 Женщина 73 лет нуждается в помощи родственников из-за забывчивости, которая началась после удаления щитовидной железе. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1 болезнь Альцгеймера 2.сосудистая деменция 3.деменция с тельцами Леви 4.деменция на фоне гипотиреоза 5.депрессивная псевдодеменция	4	ТК
92. М**ужчина 45 лет оставил работу из-за снижения когниитвных функций и непроизвольных подергиваний в лице и конечностях. Оцените выраженность когнитивных нарушений (1)** 1 нет когнитивных нарушений	4	ТК

2.лёгкие когнитвиные нарушения 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция		
93. М**ужчина 45 лет оставил работу из-за снижения сообразительности и непроизвольных подергиваний в лице и конечностях. Выявлено выраженное нарушение управляющих функций Вероятна дисфункция (1)** 1 гиппокампового комплекса 2. лобных долей 3. височных долей 4. теменных долей 5. затылочныхз долей	2	ТК
94. М**ужчина 45 лет оставил работу из-за снижения когниитвных функций и непроизвольных подергиваний в лице и конечностях. Аналогичные симптомы отмечались у отца. Предполагаемый клинический диагноз (1):** 1 Болезнь Альцгеймера 2.сосудистая деменция 3.деменция с тельцами Леви 4.болезнь Паркинсона 5.болезнь Гентингтона	5	ТК
95. Через 3 года после инсульта у пациентки разиваются нарушения памяти, которые приводят к затруднениям при самообслуживании. Выявлены выраженные нарушения памяти, зрительно-пространственная агнозия, амнестическая афазия. Оцените выраженность когнитивных нарушений (1): **1**.нормальные для пожилого возраста когнитивные функции 2.лёгкие когнитивные нарушения 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция	4	ТК
96. Через 3 года после инсульта у пациентки разиваются нарушения памяти, которые приводят к затруднениям при самообслуживании. Выявлены выраженные нарушения памяти, зрительно-пространственная агнозия, амнестическая афазия.. Предполагаемый клинический диагноз (1): **1**.болезнь Альцгеймера 2.сосудистая деменция 3.деменция с тельцами Леви 4.сочетание болезнь Альцгемеймера и цереброваскулярного заболевания 5.сочетания деменции с тельцами Леви и цереброваскулярного заболевания	4	ТК
97. Через 3 года после инсульта у пациентки разиваются нарушения памяти, которые приводят к затруднениям при самообслуживании. Выявлены выраженные нарушения памяти, зрительно-пространственная агнозия, амнестическая афазия. Назначьте терапию (2): **1**.винпоцетин 2.пирацетам 3.ингибиторы ацетилхолинэстразы 4.антагонисты дофамина 5.мемантин	3,5	ТК
98. У мужчины 60 лет в течение последнего года заметно нарастают апатия и снижение критики. Перестал справляться со своей работой. Выявлены грубое нарушение управляющих функций (планирование и контроль), импульсивность, персеверации. Оцените выраженность когнитивных нарушений (1) : 1.нормальные для пожилого возраста когнитивные функции 2.лёгкие когнитивные нарушения 3.умеренные когнитивные нарушения	4	ТК

4.деменция 5.псевдодеменция		
99. У мужчины 60 лет в течение последнего года заметно нарастают апатия и снижение критики. Перестал справляться со своей работой. Выявлены грубое нарушение управляющих функций (планирование и контроль), импульсивность, персеверации. Локализация поражения головного мозга (1) : 1.лобные доли 2.теменные доли 3.височные доли 4.затылочные доли 5.гиппокампов комплекс	1	ТК
100. У мужчины 60 лет в течение последнего года заметно нарастают апатия и снижение критики. Перестал справляться со своей работой. Выявлены грубое нарушение управляющих функций (планирование и контроль), импульсивность, персеверации.. Предполагаемый клинический диагноз (1) : 1.болезнь Альцгеймера 2.сосудистая деменция 3.деменция с тельцами Леви 4.лобно-височная деменция 5.депрессивная псевдодеменция	4	ТК
101. У мужчины 60 лет в течение последнего года заметно нарастают апатия и снижение критики. Перестал справляться со своей работой. Выявлены грубое нарушение управляющих функций (планирование и контроль), импульсивность, персеверации. Назначьте терапию (1) : 1.винпоцетин 2.пирацетам 3.селективные ингибиторы обратного захвата серотонина 4.пентоксифилин 5.кортексин	3	ТК
102. Пациентка 75-лет, испытывает трудности в повседневной жизни из-за снижения памяти. Выявлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса. Оцените выраженность когнитивных нарушений (1) : 1. нормальные для пожилого возраста когнитивные функции 2.лёгкие когнитивные нарушения 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция	4	ТК
103. Пациентка 75-лет, испытывает трудности в повседневной жизни из-за снижения памяти. Выявлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса Локализация поражения головного мозга (2) : 1.лобные доли головного мозга 2. височно-затылочные отделы 3.теменно-затылочные отделы головного мозга 4.лобно-височные отделы головного мозга 5.структуры гиппокампова комплекса	3, 5	ТК
104. Пациентка 75-лет, испытывает трудности в повседневной жизни из-за снижения памяти. Выявлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса. Предполагаемый диагноз (1) : 1.болезнь Альцгеймера 2. сосудистая деменция 3.смешанная (сосудисто-дегенеративная) деменция 4.деменция с тельцами Леви 5.лобно-височная дегенерация	1	ТК
105. Пациентка 75-лет, испытывает трудности в повседневной жизни из-за снижения памяти. Выявлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса. Назначьте терапию	1, 3	ТК

(2) : 1.ингибиторы ацетилхолинэстеразы 2. селективные ингибиоторы обратного захвата серотонина 3.мемантин 4.центральные холинолитики 5.антагонисты дофамина		
106. Мужчина 60 лет жалуется на снижение памяти, однако продолжает работать, полностью себя обслуживает, но испытывает проблемы при выполнении интеллектуальных заданий. Оцените выраженность когнитивных расстройств (1) : 1. нормальные для пожилого возраста когнитивные функции 2.лёгкие когнитивные нарушения 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция	3	ТК
107. Мужчина 60 лет жалуется на снижение памяти. Выявлен «амнестический» тип когниитвных нарушений. Предполагаемый клинический диагноз (1) : 1.болезнь Альцгеймера 2. сосудистая деменция 3.смешанная (сосудисто-дегенеративная) деменция 4.деменция с тельцами Леви 5.лобно-височная дегенерация	1	ТК
108. У мужчины 69 лет после инсульта развиваются, выраженные нарушения памяти, снижение концентрации внимания, брадифрения. При МРТ обнаружен очаг диаметром 1,5 см в области левого зрительного бугра. Оцените выраженность когнитивных нарушений (1) : 1. нормальные для пожилого возраста когнитивные функции 2.лёгкие когнитивные нарушения 3.умеренные когнитивные нарушения 4.деменция 5.псевдодеменция	4	ТК
109. У мужчины 69 лет после инсульта развиваются, выраженные нарушения памяти, снижение концентрации внимания, брадифрения. При МРТ обнаружен очаг диаметром 1,5 см в области левого зрительного бугра. Предполагаемый клинический диагноз (1) : 1.болезнь Альцгеймера 2. сосудистая деменция 3.смешанная (сосудисто-дегенеративная) деменция 4.деменция с тельцами Леви 5.лобно-височная дегенерация	2	ТК
110. У мужчины 69 лет после кардиоэмболического инсульта развиваются, выраженные нарушения памяти, снижение концентрации внимания, брадифрения. При МРТ обнаружен очаг диаметром 1,5 см в области левого зрительного бугра. Назначьте терапию (3) : 1.аспирин 2. ингибиторы ацетилхолинэстаразы 3.варфарин 4.мемантин 5.селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	2, 3, 4	ТК

Шифр и наименование компетенции

-способность к определению у пациента 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): Рассеянный склероз (Тема 4).

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

1. Дебют рассеянного склероза чаще всего в возрасте (1): 1) от 3 до 10 лет, 2) от10 до 20 лет, 3) от 20 до 40 лет, 4) от 40 до 60 лет, 5) старше 60 лет.	3	ТК
2. Лечение спастичности при рассеянном склерозе (2): 1) витамины группы В, 2) баклофен, 3) гексамидин, 4) калимин, 5) сирдалуд.	2,5	ТК, ПА
3. Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе (1): 1) полиневропатический, 2) мононевропатический, 3) сегментарно-диссоциированный, 4) сегментарно-корешковый, *5)* проводниковый.	5	ТК, ПА
4. Методы диагностики рассеянного склероза (2): 1) исследование вызванных потенциалов, 2) магнитно-резонансная томография, 3) электроэнцефалография, 4) ультразвуковая доплерография сонных и позвоночных артерий, 5) биопсия вещества головного мозга.	1,2	ТК, ПА
5. При рассеянном склерозе первично страдает (1): 1) кора головного мозга, 2) клетки передних рогов спинного мозга, 3) базальные ганглии, *4)* белое вещество головного и спинного мозга, 5) клетки задних рогов спинного мозга.	4	ТК, ПА
6. Для рассеянного склероза характерно (3): 1) ретробульбарный неврит зрительного нерва, 2) спастическая кривошея, 3) мозжечковая атаксия, 4) сенсорная афазия, 5) императивные позывы на мочеиспускание.	1,3,5	ТК, ПА
7. Препараты иммуномодулирующей (превентивной) терапии при рассеянном склерозе (2): 1) бета-интерфероны, 2) альфа-интерфероны, 3) гамма-интерфероны, 4) копаксон, 5) антидепрессанты.	1,4	ТК, ПА
8. Из черепных нервов при рассеянном склерозе чаще всего страдает (1): 1) обонятельный, 2) зрительный, 3) тройничный, 4) отводящий, 5) лицевой.	2	ТК, ПА
9. В дебюте рассеянного склероза чаще наблюдается (1): 1) нарушение зрения, 2) недержание мочи, 3) эпилептический припадок, 4) моторная афазия, 5) сенсорная афазия.	1	ТК, ПА

10. Основой диагностики рассеянного склероза при исследовании цереброспинальной жидкости является определение (2): 1) концентрации глюкозы, 2) олигоклональных антител, 3) концентрации белка, 4) концентрации калия, 5) концентрации иммуноглобулина G.	2,5	ТК
11. Для купирования обострения рассеянного склероза применяют (1): 1) пульс-терапию метилпреднизолоном, 2) тиамин, *3)* церебролизин, 4) копаксон, 5) баклофен.	1	ТК, ПА
12. Для рассеянного склероза характерны очаги поражения, выявляемые при магнитно-резонансной томографии в (2): 1) в коре больших полушарий головного мозга, 2) в коре мозжечка, 3) в гипофизе, 4) в белом веществе вокруг желудочков головного мозга, 5) в мозолистом теле.	4,5	ТК
13. Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего (1): 1) первично прогрессирующее, *2)* вторично прогрессирующее с обострениями, 3) вторично прогрессирующее без обострений, 4) ремиттирующее (волнообразное).	4	ТК, ПА
14. Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза чаще всего проявляется (1): 1) парадоксальной ишурией, 2) императивными позывами на мочеиспускание, 3) задержкой мочи, 4) отсутствием ощущения прохождения мочи, 5) истинным недержанием мочи.	2	ТК, ПА
15. Для рассеянного склероза характерно (1): 1) тики, 2) интенционный тремор в руках и ногах, 3) «порхающий» тремор (астериксис), 4) спастическая кривошея, 5) писчий спазм.	2	ТК, ПА
16. В терминальной стадии больные рассеянным склерозом чаще всего погибают от (2): 1) инфаркта миокарда, 2) печёночной недостаточности, 3) пневмонии, 4) восходящей инфекции мочевых путей, 5) инсульта.	3,4	ТК, ПА
17. Типичное нарушение походки при рассеянном склерозе (1): 1) спастико-атактическая походка, 2) степпаж, 3) «утиная» походка, 4) апраксия ходьбы.	1	ТК, ПА
18. Частоту обострений при рассеянном склерозе уменьшает применение (3): 1) пирацетама, 2) ребифа, 3) бетаферона, 4) сирдалуда, 5) копаксона.	2,3,5	ТК, ПА
19. Заболеваемость рассеянным склерозом высокая в (3): 1) Японии, 2) Белоруссии,	2,3,5	ТК

3) Швеции, 4) Египте, 5) Германии.		
20. При рассеянном склерозе на глазном дне обычно наблюдается (1): 1) первичная атрофия зрительного нерва, 2) деколорация (побледнение) височных половин дисков зрительных нервов, 3) гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки, 4) атеросклеротическая ангиопатия сосудов сетчатки, 5) застойные диски зрительных нервов.	2	ТК
21. Лечение императивных позывов на мочеиспускание при рассеянном склерозе (2): 1) баклофен, 2) диазепам, 3) детрузитол, 4) клоназепам, 5) дриптан.	3,5	ТК, ПА
22. Рассеянный склероз относится к заболеваниям (1): 1) сосудистым, 2) инфекционным, 3) дисметаболическим, 4) аутоиммунным, 5) новообразованиям	4	ТК, ПА
23. Первично-прогрессирующее течение рассеянного склероза (2): 1) наблюдается в юношеском возрасте, 2) часто приводит к нарастанию слабости в ногах, 3) обычно сменяется ремитирующим течением, 4) часто приводит к быстрой инвалидности больного.	2,4	ТК, ПА
24. Злокачественные формы рассеянного склероза обычно вызваны поражением (1): 1) левой височной доли, 2) левой лобной доли, 3) левой теменной доли, 4) ствола головного мозга, 5) спинного мозга.	4	ТК, ПА
25. Острый рассеянный энцефаломиелит чаще возникает при (3): 1) кори, 2) краснухе, 3) ветряной оспе, 4) пиелонефрите, 5) тромбофлебите вен нижних конечностей.	1-3	ТК
26. У пациентки 30 лет - боль и снижение зрения в правом глазу; оживление сухожильных рефлексов на руках и ногах, симптом Бабинского. Наиболее вероятное заболевание (1): 1) ишемический инсульт 2)- рассеянный склероз 3)- болезнь Паркинсона 4)- боковой амиотрофический склероз 5) мипастения	**2**	ТК
27. Локализация поражения при обнаружении центральной скотомы у пациента с рассеянным склерозом (1): 1)– зрительный нерв 2)- хиазма 3) – зрительный тракт 4) – лучистый венец 5) височная доля	**1**	ТК, ПА
28. У пациента с рассеянным склерозом: снижение силы в ногах до 4-х баллов, оживление коленных и ахилловых рефлексов, симптом Бабинского, пошатывание в пробе Ромберга при	**2,4**	ТК

закрытых глазах. Неврологические синдромы (2): 1) акинетико-ригидный синдром 2) центральный парез 3) мозжечковая атаксия 4) сенситивная атаксия 5) вестибулярная атаксия		
29. Типичная локализация очагов на магнитно-резонансной томографии при рассеянном склерозе? (3): 1) зрительный бугор 2) область вокруг желудочков мозга 3)мозолистое тело 4)хвостатое ядро 5)мозжечок	**2,3,5**	ТК
30. У больного рассеянным склерозом: скандированная речь, интенционный тремор и слабость в ногах, гиперрефлексия, симптом Бабинского с обеих сторон, неустойчивость в пробе Ромберга. Неврологические синдромы (2): 1)центральный парапарез 2)периферический парапарез 3)мозжечковая атаксия 4) хореический гиперкинез 5) сенситивная атаксия	**1,3**	ТК
31. У женщины 25 лет с жалобами на утомляемость при магнитно-резонансной томографии обнаружены очаги среднх размеров и повышенной плотности, расположенные вокруг желудочков и в мозолистом теле. Наиболее вероятное заболевание (1): 1) миастения 2) мигрень с аурой 3) мигрень без ауры 4) рассеянный склероз 5) болезнь Вильсона-Коновалова	**4**	ТК
32. У пациента 30 лет центральный парез и мозжечковая атаксия в ногах. Предполагаемое заболевание (1): 1) дисциркуляторная энцефалопатия 2) полиневропатия 3) рассеянный склероз 4) боковой амиотрофический склероз 5) опухоль головного мозга	**3**	ТК
33. Лечение обострения рассеянного склероза, сопровождающегося существенным нарастанием слабости и спастичности в ногах (2): 1) пирацетам 2) метилпреднизолон внутривенно 3) цитиколин 4) тиамин 5) сирдалуд	**2,5**	ТК, ПА
34. При слабости в ногах у больных рассеянным склерозом обычно наблюдаются (3): 1) мышечная гипотония 2) повышение рефлексов на ногах 3) спастичность 4) симптом Кернига 5) симптом Бабинского	**2,3,5**	ТК, ПА
35. У женщины 20 лет одностороннее снижение зрения с центральной скотомой, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского с обеих сторон. Дополнительные методы обследования (2): 1) компьютерная томография головного мозга 2) магнитно-резонансная томография головного мозга 3) электроэнцефалография 4) исследование зрительных вызванных потенциалов 5) электронейромиография	**2,4**	ТК
36. Пациент с рассеянным склерозом не может долго удерживать	**3**	ТК, ПА

мочу - это (1): 1) парадоксальная ишурия 2) ночной энурез 3) императивные позывы 4) детрузорно-сфинктерная диссинергия		
37. У пациента с рассеянным склерозом ослаблено суставно-мышечное чувство в ногах, он неустойчив в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. Локализация поражения(1): 1) передние рога спинного мозга 2) задние рога спинного мозга 3) боковые канатики спинного мозга 4) задние канатики спинного мозга 5) передние канатики спинного мозга	**4**	ТК
38. Самое частое нарушение полей зрения при рассеянном склерозе (1): 1) битемпоральная гемианопсия 2) центральная скотома 3) биназальная гемианопсия 4) верхняя квадрантная гемианопсия 5) нижняя квадрантная гемианопсия	**2**	ТК, ПА
39. Лечение пациента с ремиттирующим течением рассеянного склероза, ранее получавшего с эффектом кортикостероидную терапию, в стадии ремиссии (1): 1) не требуется 2) интерфероны бета 3) пероральный приём кортикостероидов 4) внутривенное введение кортикостероидов 5) витамины группы В	**2**	ТК, ПА
40. Если у пациента с подозрением на рассеянный склероз не обнаруживаются изменения на магнитно-резонансной томографии головного мозга, следует выполнить (3): 1) электроэнцефалографию с депривацией сна 2) определение олигоклональных антител в цереброспинальной жидкости 3) магнитно-резонансную томографию спинного мозга 4) рентгеновскую компьютерную томографию головного мозга 5) исследование вызванных потенциалов	**2,3,5**	ТК
41. У пациента с рассеянным склерозом отмечаются диплопия, интенционный тремор в конечностях, скандированная речь, нижний центральный парапарез. Локализация поражения (3): 1) задние канатики спинного мозга 2) ствол мозга 3) внутренняя капсула 4) мозжечок 5) боковые канатики спинного мозга	**2,4,5**	ТК
42. У юноши 18 лет снижено зрение на правый глаз с центральной скотомой, при магнитно-резонансной томографии в режиме Т2 выявлены множественные очаги повышенной интенсивности, расположенные в мозолистом теле и вокруг желудочков головного мозга. Предполагаемый диагноз (1): 1) острый рассеянный энцефаломиелит 2) вирусный энцефалит 3) рассеянный склероз 4) церебральный васкулит 5) ишемический неврит зрительного нерва	**3**	ТК
43. В большинстве случаев рассеянный склероз с исходно волнообразным течением: (1) 1) остается с таким течением 2) становится первично прогрессирующим 3) становится первично прогрессирующим с обострениями 4) становится вторично прогрессирующим с наличием или без	**4**	ТК, ПА

обострений		
44. У больного с рассеянным склерозом снижение силы в ногах, патологические стопные рефлексы, ослабление суставно-мышечного чувства в ногах, пошатывание при ходьбе с закрытыми глазами. Неврологические синдромы (2): 1) периферический нижний парапарез 2) смешанный нижний парапарез 3) центральный нижний парапарез 4) мозжечковая атаксия 5) сенситивная атаксия	**3,5**	ТК
45. При рассеянном склерозе часто поражаются (3): 1) периферические нервы 2) корково-спинномозговой путь 3) мозжечок 4) подкорковые ядра 5) зрительный нерв	**2,3,5**	ТК, ПА
46. У женщины 35 лет выявляются интенционный тремор в конечностях, пошатывание при ходьбе, гиперрефлексия, на магнитно-резонансной томографии - гиперинтенсивные очаги в мозолистом теле, вокруг желудочков и в мозжечке. Предполагаемый диагноз(1): 1) алкогольная дегенерация мозжечка 2) рассеянный склероз 3) алкогольная полиневропатия 4) миастения **5)** миотония Томсена	**2**	ТК
47. Терапия тяжёлых обострений рассеянного склероза (2): 1) пероральный приём преднизолона 2) сосудисто-метаболическая терапия 3) внутривенная кортикостероидная пульс-терапия 4) гипербарическая оксигенация 5) плазмоферез	**3,5**	ТК, ПА
48. Дополнительные методы обследования при подозрении на первично прогрессирующий рассеянный склероз (2): 1) рентгеновская компьютерная томография головного мозга 2) рентгеновская компьютерная томография спинного мозга 3) электронейромиография 4) исследование вызванных потенциалов 5) исследование цереброспинальной жидкости	**4,5**	ТК
49. Сочетание центрального пареза и мозжечковой атаксии в ногах характерно для (1): 1) болезни Паркинсона 2) болезни Альцгеймера 3) рассеянного склероза 4) спинального инсульта 5) вертеброгенной шейной миелопатии	**3**	ТК, ПА
50. У пациентки 30 лет с жалобой на головокружение при магнитно-резонансной томографии обнаружены гиперинтенсивные (в Т2 режиме) очаги в мозолистом теле и варолиевом мосту. Предполагаемый диагноз(1): 1) вестибулярная мигрень 2) рассеянный склероз 3) вестибулярный нейронит 4) болезнь Меньера 5) доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	**2**	ТК
51. Для рассеянного склероза характерны (2): 1) парестезии 2) сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности 3) каузалгия 4) сегментарно-корешковый тип нарушения чувствительности 5) проводниковый тип нарушения чувствительности	**1,5**	ТК, ПА
52. У пациента с рассеянным склерозом обнаружены высокие	**1,4**	ТК

сухожильные рефлексы на ногах, двусторонний симптом Бабинского, снижение поверхностной чувствительности с уровня пупка. Локализация поражения (2): 1) кортикоспинальный путь 2) руброспинальный путь 3) пучок Голля 4) спиноталамический путь 5) спиноцеребеллярный путь		
53. Характерный тип нарушения чувствительности при рассеянном склерозе (1): 1) мононевропатический 2) сегментарно-корешковый 3) сегментарно-диссоциированный 4) проводниковый 5) полиневропатический	**4**	ТК, ПА
54. Какие типы походки характерны для рассеянного склероза (3): 1) гемипаретическая 2) степпаж 3) атактическая 4) спастическая 5) спастико-атактическая	**3,4,5**	ТК, ПА
55. У пациента с рассеянным склерозом двусторонний симптом Бабинского, пошатывание при ходьбе с открытыми и закрытыми глазами. Синдромы (2): 1) центральный нижний парапарез 2) периферический нижний парапарез 3) смешанный нижний парапарез 4) мозжечковая атаксия 5) сенситивная атаксия	**1,4**	ТК, ПА
56. Типичная локализация очагов поражения на магнитно-резонансной томографии при рассеянном склерозе (4): 1) вокруг желудочков 2) в шейном отделе спинного мозга 3) в мозолистом теле 4) в коре больших полушарий головного мозга 5) в мозжечке	**1,2,3,5**	ТК
57. Для профилактики обострений и замедления прогрессирования рассеянного склероза применяют (2): 1) церебролизин 2) витамины группы В 3) интерфероны бета 4) антиконвульсанты 5) глатирамера ацетат	**3,5**	ТК, ПА
58. При обострении рассеянного склероза в цереброспинальной жидкости обычно обнаруживаются (2): 1) увеличение числа нейтрофилов 2) белково-клеточная диссоциация 3) незначительное увеличение числа лимфоцитов 4) олигоклональный иммуноглобулин G 5) иммуноглобулин М	**3,4**	ТК
59. С какими заболеваниями часто приходится дифференцировать рассеянный склероз (3): 1) болезнь Паркинсона 2) спинальный инсульт 3) фуникулярный миелоз 4) оптикомиелит 5) острый рассеянный энцефаломиелит	**3,4,5**	ТК
60. Для купирования обострении рассеянного склероза применяют (1): 1) цитостатики 2) метилпреднизолон 3) церебролизин	**2**	ТК, ПА

4) интерферон бета 5) витамины группы В		
61. При рассеянном склерозе нередко встречается (2): 1) сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности 2) проводниковый тип нарушения чувствительности 3) первичный астереогноз 4) вторичный астереогноз 5) биназальная гемианопсия	**2,4**	ТК, ПА
62. У пациентки с рассеянным склерозом отмечается грубое снижение суставно-мышечного чувства в правой руке. Топический диагноз (1): 1) пучок Бурдаха справа 2) пучок Голля справа 3) пучок Бурдаха слева 4) пучок Голля слева 5) спиноцеребеллярный путь справа	**1**	ТК, ПА
63. Средства первого ряда выбора среди препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (2): 1) копаксон 2) циклофосфан 3)митоксантрон 4) интерфероны бета 5) церебролизин	**1,4**	ТК, ПА
64. У пациента с рассеянным склерозом в течение 5 лет отмечались обострения; после последнего обострения слабость в ногах осталась и нарастает на протяжении последних 7 месяцев. Тип течения (1): 1) ремиттирующий 2) вторично-прогрессирующий 3) первично-прогрессирующий 4) первично прогрессирующий с обострениями 5) вторично-прогрессирующий с обострениями	**2**	ТК, ПА
65. Интерфероны бета при рассеянном склерозе назначают в случае (2): 1) ремиттирующего течения 2) первично-прогрессирующего течения 3) вторично-прогрессирующего без обострений 4) вторично-прогрессирующего с обострениями 5) первично-прогрессирующего с обострениями	**1,4**	ТК, ПА
66. У пациентки 28 лет неделю назад возникло двоение при взгляде вправо; она не доводит правое глазное яблоко до наружной спайки, отмечается Интенционный тремор в конечностях, симптом Бабинского с обеих сторон. Предположительный диагноз (1): 1) мозжечковая дегенерация 2) рассеянный склероз 3) эссенциальный тремор 4) хорея Гентингтона 5) дисциркуляторная энцефалопатия	**2**	ТК
67. Во время беременности частота обострений рассеянного склероза обычно (1): 1) увеличивается 2) уменьшается 3) остаётся прежней	**2**	ТК
68. Лечение пациента с рассеянным склерозом, проявляющимся императивными позывами на мочеиспускание и нижним спастическим парапарезом (2): 1) церебролизин 2) детрузитол 3) баклофен 4) витамины группы В 5) цитиколин	**2,3**	ТК

69. При рассеянном склерозе спинной мозг чаще поражается на уровне (2): 1) кранио-вертебрального перехода 2) шейного отдела 3) грудного отдела 4) поясничного отдела 5) крестцового отдела	**2,3**	ТК
70. Для купирования обострений рассеянного склероза применяют (2): 1) гидрокортизон 2) метилпреднизолон 3) церебролизин 4) плазмаферез 5) иммуноглобулин G	**2,4**	ТК, ПА
71. У пациента 25 лет одностороннее снижение остроты зрения, оживление всех сухожильных рефлексов, симптом Бабинского. Инструментальные обследования (3): 1) электроэнцефалография 2) магнитно-резонансная томография головного мозга 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга 4) электронейромиография 5) исследование вызванных потенциалов	**2,3,5**	ТК, ПА
72. Для купирования обострений рассеянного склероза метилпреднизолон обычно применяют(1): 1) 500-2000 мг 3-7 дней 2) 500-2000 мг 10-14 дней 3) 300-400 мг 3-5 дней 4) 500-2000 мг 7-14 дней 5) 100-200 мг 3-5 дней	**1**	ТК
73. Копаксон при рассеянном склерозе назначают в случае (1): 1) ремиттирующего течения 2) первично-прогрессирующего течения 3) вторично-прогрессирующего течения без обострений 4) вторично-прогрессирующего течения с обострениями 5) первично-прогрессирующего течения с обострениями	**1**	ТК, ПА
74. У пациента с рассеянным склерозом отмечались несколько обострений со слабостью в ногах и частичным восстановлением; в течение последнего года - неуклонное нарастание слабости. Тип течения (1): 1) ремитирующий 2) вторично-прогрессирующий 3) первично-прогрессирующий 4) первично-прогрессирующий с обострениями 5) вторично-прогрессирующий с обострениями	**2**	ТК, ПА
75. Для уменьшения спастичности при рассеянном склерозе применяют (2): 1)пирацетам 2) баклофен 3) церебролизин 4) сирдалуд 5) калимин	**2,4**	ТК, ПА
76. У пациентки с рассеянным склерозом имеется нижний спастический парапарез. Локализация поражения (1): 1) боковые канатики спинного мозга 2) задние канатики спинного мозга 3) передние канатики спинного мозга 4) варолиев мост 5) мозолистое тело	**1**	ТК, ПА
77. У пациентки 20 лет снижение зрения и центральная скотома в левом глазу, оживление всех сухожильных рефлексов, симптом Бабинского. Локализация поражения (2): 1) кортикоспинальный путь	**1,4**	ТК, ПА

2) кортиконуклеарный путь 3) спиноталамический путь 4) зрительный нерв 5) хиазма		
78. При первично прогрессирующем течении рассеянного склероза в зрелом возрасте наиболее часто поражается (1): 1) слуховой нерв 2) мозолистое тело 3) мозжечок 4) зрительный нерв 5) спинной мозг	**5**	ТК, ПА
79. Рассеянный склероз часто встречается в (3): 1) Африке 2) Европе 3) Северной Америке 4) Юго-восточной Азии 5) Австралии	**2,3,5**	ТК
80. Методы диагностики при ремиттирующем течении рассеянного склероза (3): 1) рентгеновская компьютерная томография головы 2) магнитно-резонансная томография головы 3) электроэнцефалография 4) исследование вызванных потенциалов 5) исследование цереброспинальной жидкости	**2,4,5**	ТК
81. Беременность при рассеянном склерозе (1): 1) не оказывает влияния на течение 2) вызывает нарастание нижнего парапареза 3) вызывает нарастание мозжечковой атаксии 4) категорически противопоказана 5) снижает частоту обострений в этот период	**5**	ТК
82. У пациентки с рассеянным склерозом - нистагм, двоение, интенционный тремор, пошатывание в позе Ромберга, нижний спастический парапарез. Локализация поражения (3): 1) кортикоспинальный путь 2) спиноталамический путь 3) подкорковые ядра 4) ствол мозга 5) мозжечок	**1,4,5**	ТК
83. У пациентки с рассеянным склерозом двоение при взгляде в сторону, монокулярный нистагм. Локализация поражения (1): 1) белое вещество вокруг желудочков 2) мозолистое тело 3) мозжечок 4) ствол мозга 5) зрительный бугор	**4**	ТК
84. Лечение пациентов с ремиттирующим течением рассеянного склероза в период очередного обострения (1): 1) метилпреднизолон внутривенно 2) циклофосфан внутрь 3) препараты, изменяющие течение рассеянного склероза 4) цитиколин 5) церебролизин	**1**	ТК, ПА
85. У пациента с рассеянным склерозом имеются центральный парез в ногах и нарушение суставно-мышечного чувства в них. Локализация поражения (2): 1) задние канатики спинного мозга 2) передние канатики спинного мозга 3) боковые канатики спинного мозга 4) продолговатый мозг 5) мозолистое тело	**1,3**	ТК, ПА

86. У больного с рассеянным склерозом имеется снижение зрения на левый глаз с выпадением центрального поля зрения – это (1): 1) концентрическое сужение полей зрения 2) центральная скотома 3) гомонимная гемианопсия 4) верхняя квадрантная гемианопсия 5) нижняя квадрантная гемианопсия	**2**	ТК, ПА
87. Распространенность рассеянного склероза в России на 100 тысяч населения (1): 1) 10 2) 20 3) 30 4) 100 5) 1000	**3**	ТК
88. В развитии рассеянного склероза предполагается роль (3): 1) вирусной инфекции 2) бактериальной инфекции 3) географического фактора 4) социальных и культурных особенностей 5) наследственной предрасположенности	**1,3,5**	ТК, ПА
89. При рассеянном склерозе атрофическое поражение головного и спинного мозга (1): 1) не характерно 2) развивается до появления симптомов 3) возникает в дебюте 4) возникает при ремитирующем течении болезни 5) развивается преимущественно на поздней стадии	**5**	ТК
90. Первично прогрессирующее течение рассеянного склероза наблюдается в (1): 1) 10% 2) 30% 3) 50% 4) 70% 5) 90%	**1**	ТК
91. Неврологические нарушения у пациентов с рассеянным склерозом могут нарастать (3): 1) после горячей ванны 2) после холодного душа 3) в жаркую погоду 4) при физических нагрузках 5) после ночного сна	**1,3,4**	ТК, ПА
92. Часто встречающиеся неврологические нарушения у пациентов с рассеянным склерозом (3): 1) симптом Лермитта 2) биназальная гемианопсия 3) битемпоральная гемианопсия 4) центральный парез 5) мозжечковая атаксия	**1,4,5**	ТК, ПА
92. Доброкачественное течение рассеянного склероза наблюдается в (1): 1) 20% 2) 40% 3) 50% 4) 60% 5) 70%	**1**	ТК
93. Характерные нервно-психические нарушения у пациентов с рассеянным склерозом (2): 1) психоз 2) маниакально-депрессивный синдром 3) булимия и анорексия 4) когнитивные нарушения 5) депрессия	**4,5**	ТК

94. Симптом Лермитта - это (1): 1) боль в руках при их длительном подъеме 2) болезненность при перкуссии запястья 3) болезненность при перкуссии локтевого сгиба 4) ощущение прохождения электрического тока по спине при сгибании шеи 5) боль и парестезии в ноге при ходьбе	**4**	ТК, ПА
95. Цитостатики при рассеянном склерозе назначают (1): 1) для усиления эффективности метилпреднизолона в период обострения 2) для усиления эффективности интерферонов бета 3) для усиления эффективности копаксона 4) при отсутствии эффекта от препаратов первого выбора 5) при высокой активности процесса по данным магнитно-резонансной томографии	**4**	ТК
96. Препараты, изменяющие течение рассеянного склероза, назначают (1): 1) в виде курсов 1 раз в год в течение месяца 2) в виде курсов 2 раза в год в течение месяца 3) в виде курсов 3 раза в год в течение месяца 4) в виде курсов 4 раза в год в течение месяца 5) постоянно	**5**	ТК, ПА
97. Острый рассеянный энцефаломиелит встречается в сравнении с рассеянным склерозом (1): 1) с той же частотой 2) в 10 раз реже 3) в 1000 раз реже 4) в 10 раз чаще 5) в 100 раз чаще	**3**	ТК
98. Большинство больных, перенесших острый рассеянный энцефаломиелит (1): 1) не имеют стойких неврологических нарушений 2) имеют центральный нижний парапарез 3) имеют центральный тетрапарапарез 4) имеют нейрогенный мочевой пузырь 5) имеют мозжечковую атаксию	**1**	ТК
99. Лечение при остром рассеянном энцефаломиелите (2): 1) метилпреднизолон 2) плазмаферез 3) бета-интерферон, 4) копаксон 5) митоксантрон	**1,2**	ТК
100. После перенесенного острого рассеянного энцефаломиелита (1): 1) назначается преднизолон 2) назначается циклофосфан 3) назначается бета-интерферон, 4) назначается копаксон 5) не требуется лечения	**5**	ТК

Шифр и наименование компетенции

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

Раздел дисциплины (тема): Поражение периферической нервной системы (Тема 5).

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*

1.Невропатия лицевого нерва (3): 1. часто возникает после переохлаждения 2. в дебюте заболевания - боли в заушной области 3. отмечается слабость всей мимической мускулатуры с одной стороны 4. отмечается слабость только нижней порции лицевой мускулатуры 5. сочетается с гемипарезом с противоположной стороны	1,2,3	ТК, ПА
2. При сочетании периферического пареза лицевой мускулатуры и герпетических высыпаний на лице показано назначение (2): 1. нестероидных противовоспалительных препаратов 2. преднизолона 3. прозерина 4. валцикловира 5. пирацетама	2,4	ТК
3. Основной механизм развития хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (1): 1. дизиммунный 2. дисметаболический 3. сосудистый 4. токсический 5. дефицит витаминов группы «В»	1	ТК
4.Лечение хронической воспалительной демиелинизирующейполиневропатии(3): 1. глюкокортикоиды 2. цитостатики 3. плазмаферез 4. иммуноглобулины 5. пентоксифилин	1,2,3,4	ТК
5. Для поражения плечевого сплетения характерны (2): 1. центральный парез руки 2. периферический парез в руке 3. боли и гипестезия в руке 4. центральный парез в ноге 5. повышение температуры на руке	2,3	ТК, ПА
6.Причины поражения плечевого сплетения (4): 1. дизиммунное поражение 2. травма 3. прорастание опухоли верхушки легкого 4. герпетическая инфекция 5. грыжа диска шейного одела позвоночника	1,2,3,4	ТК, ПА
7.Признаки поражения пояснично-крестцового сплетения (2): 1. периферический парез в ноге 2. боли и нарушение чувствительности в ноге 3. центральный парез в ноге 4. периферические тазовые нарушения 5. центральные тазовые нарушения	1,2	ТК, ПА
8.Причины поражения пояснично-крестцового сплетения (2): 1. грыжа диска на поясничном уровне 2. ретроперитонеальное объемное образование (опухоль, гематома) 3. герпетическая инфекция 4. васкулит 5. туберкулез	2,3,4	ТК
9. Для алкогольной полиневропатии характерны (3): 1. центральный нижний парапарез 2. симметричные периферический парезы преимущественно в дистальных отделах	2,3,4	ТК, ПА

3. вегетативные нарушения в нижних конечностях 4. полиневропатический тип нарушения чувствительности 5. поражение отводящего нерва		
10. Симптомы невропатии лицевого нерва (3): 1. гипоакузия 2. слабость всех мимических мышц с одной стороны 3. лагофтальм 4. слезотечение 5. слюнотечение	2,3,4	ТК, ПА
11. Лечение невропатии лицевого нерва (1): 1. преднизолон 2. прозерин 3. ацетилсалициловая кислота 4. пирацетам 5. цитиколин	1	ТК, ПА
12. Лечение диабетической симметричной сенсомоторной полиневропатии (1): 1. нормализация уровня глюкозы крови 2. преднизолон 3. цитиколин 4. прозерин 5. винпоцетин	1	ТК, ПА
13. Патогенез алкогольной полиневропатии (2): 1. дефицит тиамина 2. дефицит цианокобаламина 3. токсическое действие метаболитов этилового спирта 4. атеросклеротическое поражение периферических артерий 5. дизиммунное воспаление	1,3	ТК, ПА
14. Лечение алкогольной полиневропатии (2): 1. отказ от алкоголя 2. преднизолон 3. винпоцетин 4. тиамин 5. церебролизин	1,4	ТК, ПА
15. Признаки острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (2): 1. дебют с глазодвигательных расстройств 2. нарастание симптоматики в течение 4 недель 3. периферические парезы конечностей 4. сегментарно-диссоциированный тип нарушений чувствительности 5. снижение уровня белка в цереброспинальной жидкости	2,3	ТК, ПА
16. Лечение острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (2): 1. преднизолон 2. плазмаферез 3. человеческий иммуноглобулин 4. тиамин 5. цианокобаламин	2,3	ТК, ПА
17. Патогенез острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (1): 1. дизиммунное поражение миелиновой оболочки периферической нервной системы 2. токсическое поражение аксонов 3. атеросклеротическое поражение периферических артерий 4. дефицит тиамина	1	ТК, ПА

5. дефицит фолиевой кислоты		
18. Синдромы острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (2): 1. периферические парезы конечностей 2. сегментарно-диссоциированный тип нарушений чувствительности 3. поражение лицевого нерва 4. поражение зрительного нерва	1,3	ТК, ПА
19. Лечение хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (4): 1. преднизолон 2. плазмаферез 3. цитостатики 4. иммуноглобулин 5. фолиевая кислота	1,2,3,4	ТК
20. Лечение хронических жгучих, простреливающих болей при полиневропатии (2): 1. противоэпилептические средства 2. нестероидные противовоспалительные средства 3. антидепрессанты 4. ненаркотические анальгетики 5. ноотропные средства	1,3	ТК, ПА
21. Для синдрома запястного канала характерны (3): 1. ночные боли и парестезии в кисти и пальцах 2. положительный симптом Тиннеля 3. гипестезия в 1,2,3 пальцев руки 4. слабость разгибателей кисти 5. слабость сгибателей кисти	1,2,3	ТК, ПА
22. Для поражения срединного нерва на уровне запястного канала характерны (4): 1. слабость сгибателей 1,2,3 пальцев руки 2. ночные парестезии в кистях 3. гипестезия ладонной поверхности 1,2, 3 пальцев 4. гипотрофия мышц возвышения большого пальца 5. простреливающие боли в 4,5 пальцах руки	1,2,3,4	ТК, ПА
23. Лечение синдрома запястного канала (2): 1. ненаркотические анальгетики 2. блокада с местными анестетиками и глюкокортикоидами 3. нестероидные противоспалительные средства 4. декомпрессия срединного нерва в запястном канале 5. пересечение срединного нерва в запястном канале	2,4	ТК, ПА
24.Дополнительные методы диагностики при синдроме запястного канала (3): 1. электронейромиография 2. ультразвуковое исследование запястного канала 3. ультразвуковое исследование сосудов шеи 4. магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника 5. магнитно-резонансная томография запястного канала	1,2,5	ТК
25. Для хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии характерны (3): 1. постепенное начало 2. проградиентное течение с периодами обострения и ремиссий 3. периферические парезы конечностей 4. снижение белка в цереброспинальной жидкости 5. поражение зрительного нерва	1,2,3	ТК

26. Для синдрома кубитального канала характерны (4): 1. боли в локте, распространяющиеся в 4,5 пальцы руки 2. положительный симптом Тинеля 3. слабость сгибателей 4,5 пальцев 4. гипотрофия межкостных мышц 5. слабость разгибателей кисти	1, 2,3,4	ТК, ПА
27. Дополнительные методы диагностики синдрома кубитального канала (3): 1. электронейромиография 2. ультразвуковое исследование кубитального канала 3. ультразвуковое исследование сосудов шеи 4. магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника 5. магнитно-резонансная томография кубитального канала	1,2,5	ТК
28. Лечение синдрома запястного канала (2): 1. назначение нестероидных противовоспалительных средств 2. преднизолон (внутрь) 3. использование шины для разгрузки запястного канала в ночное время 4. блокады с растворами местных анестетиков и глюкокортикоидов в область запястного канала 5. рассечение срединного нерва в запястном канале	3,4	ТК, ПА
29. Для невропатии наружного кожного нерва бедра характерны (2): 1. жгучие боли по наружной поверхности бедра 2. слабость мышц бедра 3. отсутствие коленного рефлекса 4. отсутствие ахиллова рефлекса 5. парестезии по наружной поверхности бедра	1,5	ТК, ПА
30. Лечение невропатии наружного кожного нерва бедра (2): 1. противоэпилептические средства 2. блокада с растворами местных анестетиков и глюкокортикоидов 3. тиамин 4. прозерин 5. пиридоксин	1,2	ТК, ПА
31. Симптомы туннельной невропатии малоберцового нерва (2): 1. слабость тыльных сгибателей стопы 2. положительный симптом Тиннеля 3. гипестезия по задней поверхности голени и мизинцу 4. утрата ахиллова рефлекса 5. слабость подошвенных сгибателей стопы	1,2	ТК, ПА
32. Признаки острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (2): 1. поражение зрительного нерва 2. периферические парезы конечностей 3. оживление сухожильных рефлексов на верхних конечностях 4. простреливающие боли в конечностях 5. ригидность шейных мышц	2,4	ТК, ПА
33. Паранеопластичекая полиневропатия (3): 1. часто возникают до клинического проявления опухоли 2. дебютирует с сенсорных нарушений 3. может сочетаться с миопатией и миастеническим синдромом 4. часто сопровождается периферическим парезом мимических мышц	1,2,3	ТК
34. Лечение паранеопластической полиневропатии (2): 1. терапия основного онкологического заболевания 2. тиамин	1,5	ТК

3. препараты альфа-липоевой кислоты 4. противоэпилептические средства 5. симптоматическая терапия		
35. Основной механизм развития паранеопластической полиневропатии (1): 1. компрессия опухолью нервных стволов 2. выработка специфических антител, поражающих нервы 3. дефицит тиамина 4. дефицит пиридоксина 5. нарушения электролитного обмена	2	ТК
36. Поражение верхних отделов плечевого сплетения (синдром Эрба-Дюшена) характеризуется (2): 1. периферическим параличом преимущественно в проксимальных отделах руки 2. симптомом Тиннеля 3. нарушением чувствительности преимущественно в проксимальных отделах руки 4. симптомом Тремнера 5. синдромом Горнера	1,3	ТК, ПА
37. Поражение нижних отделов плечевого сплетения (синдром Дежерина-Клюмке) характеризуется (2): 1. симптомом Тиннеля 2. периферическим параличом преимущественно в дистальных отделах руки 3. симптомом Гоффманна 4. нарушением чувствительности преимущественно в дистальных отделах руки 5. синдромом Горнера	2,4	ТК, ПА
38. Невралгическая амиотрофия (идиопатическая плечевая плексопатия) (3): 1.дебютирует с интенсивных болей в плече 2. проявляется периферическим парезом руки с грубой атрофией 3. проявляется сегментарно-диссоциированным типом утраты чувствительности 4. обычно сопровождается регрессом симптомов в течение нескольких месяцев 5. иногда осложняется нарушением тазовых функций	1,2,4	ТК
39. Наследственная сенсомоторная полиневропатия (2): 1. обычно проявляется в возрасте до 30 лет 2. часто сопровождается формированием высокого свода стопы 3. имеет волнообразное течение 4. чаще всего имеет аутосомно-доминантный тип наследования 5. требует периодических курсов плазмафереза для замедления прогрессирования	1,2	ТК, ПА
40. Наследственная сенсомоторная полиневропатия (4): 1. диагностируется на основании МРТ спинного мозга 2. дебютирует в молодом возрасте 3. не имеет эффективного лечения 4. сопровождается формированием высокого свода стопы 5. постепенно прогрессирует	2,3,4,5	ТК, ПА
41. Невропатия со склонностью к параличам от сдавления (4): 1. имеет наследственный характер 2. проявляется повторными периферическими параличами 3. провоцируется не длительным сдавлением 4. в большинстве случаев наблюдается быстрый регресс симптомов 5. имеет аутоиммунный характер	1,2,3,4	ТК

42. Невропатии со склонностью к параличам от сдавления (2): 1. диагностируется с помощью МРТ 2. проявляется повторными периферическими параличами 3. вызвана повышенной уязвимостью нервов к механическому воздействию 4. сопровождается прогрессирующей вегетативной недостаточностью	2,3	ТК
43. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (4): 1. часто возникает после инфекционных заболеваний, прививок 2. обычно дебютирует с болей и парестезий в ногах 3. проявляется вялыми параличами 4. сопровождается повышением белка в ликворе 5. проявляется тазовыми нарушениями	1,2,3,4	ТК, ПА
44. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (2): 1. обусловлена грыжей диска на шейном уровне 2. проявляется центральным тетрапарезом 3. проявляется нарушением чувствительности по типу «перчаток», «носков» 4. сопровождается тазовыми нарушениями 5. сопровождается повышением белка в цереброспинальной жидкости	3,5	ТК, ПА
45.Осложнения при острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (3): 1. дыхательная недостаточность, вследствие пареза дыхательной мускулатуры 2. нарушения сердечного ритма 3. ортостатическая гипотензия 4. геморрагический инсульт 5. ишемический инсульт	1,2,3	ТК, ПА
46. Осложнения при острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (3): 1. тазовые нарушения 2. дыхательная недостаточность, вследствие пареза дыхательной мускулатуры 3. нарушения сердечного ритма 4. ортостатическая гипотензия 5. субарахноидальное кровоизлияние	2,3,4	ТК, ПА
47.Лечение острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (3): 1. глюкокортикоиды 2. плазмаферез 3. внутривенно иммуноглобулин G 4. искусственная вентиляция легких при нарушении дыхания 5. прозерин	2,3,4	ТК, ПА
48. Лечение острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (2): 1. противовирусная терапия 2. плазмаферез 3. антигистаминные препараты 4. внутривенно иммуноглобулин G 5. калимин	2,4	ТК, ПА
49.Симптомы невропатии бедренного нерва (3): 1. боль в паховой области, иррадиирующая по передней	1,2,3	ТК, ПА

поверхности бедра 2. периферический парез четырехглавой мышцы бедра 3. гипестезия на передней поверхности бедра 4. симптом Ласега 5. симптом Кернига		
50. Невропатия бедренного нерва может быть вызвана (3): 1. гематомой под пупартовой связкой 2. операцией на тазобедренном суставе 3. травмой при оперативном вмешательстве в области малого таза 4. спазмом грушевидной мышцей 5. спазмом четырехглавой мышцы бедра	1,2,3	ТК
51. Причины развития мононевропатии (4): 1. сдавление в узких анатомических каналах (туннелях) 2. сахарный диабет 3. васкулиты 4. гипотиреоз 5. переохлаждение	1,2,3,4	ТК, ПА
52. Причины развития мононевропатии (4): 1. атеросклероз сосудов 2. сдавление в узких анатомических каналах (туннелях) 3. сахарный диабет 4. прямая травма или компрессия 5. гипотиреоз	2,3,4,5	ТК, ПА
53. Факторы риска синдром запястного канала (4): 1. гормональная перестройка (менопауза, беременность и т.п.) 2. хроническая перегрузка лучезапястного сустава 3. гипотиреоз 4. сахарный диабет 5. артериальная гипертония	1,2,3,4	ТК, ПА
54. Симптомы невропатии срединного нерва (3): 1. ночные парестезии в кисти 2. симптом Тинеля 3. гипестезия в области ладонной поверхности 1-3 пальцев 4. гипестезия 4-5 пальцев 5. симптом Гоффманна	1,2,3	ТК, ПА
55. Причины развития невропатии лучевого нерва (3): 1. перелом плечевой кости 2. компрессия руки головой в период алкогольного опьянения 3. ношение тяжести одной рукой 4. неправильное использование костыля (с компрессией в подмышечной впадине) 5. атеросклероз артерии лучевого нерва	1,2,4	ТК, ПА
56. Симптомы невропатии лучевого нерва (2): 1. периферический парез разгибателей кисти и пальцев 2. боль по наружной поверхности предплечья 3. нарушение чувствительности на тыльной поверхности кисти (в первом межпальцевом промежутке) 4. периферический парез двуглавой мышцы плеча 5. периферический парез сгибателей пальцев	1,3	ТК, ПА
57. Причины невропатии седалищного нерва (3): 1. компрессия нерва спазмированной грушевидной мышцей 2. осложнение от внутримышечной инъекции в ягодичную область 3. компрессия нерва спазмированной четырехглавой мышцей бедра 4. компрессия нерва при засыпании на стуле, унитазе и т.п. при	1,2,4	ТК, ПА

алкогольном опьянении 5. атеросклероз сосудов нижних конечностей и нервов		
58. Симптомы невропатии седалищного нерва (3): 1. боль в ягодичной области, иррадиирующая по задней поверхности бедра и голени 2. боль и парестезии наружной поверхности бедра 3. парестезии в стопе усиливающиеся в положении сидя 4. периферический парез стопы 5. снижение коленного рефлекса	1,3,4	ТК, ПА
59. Причины развития полиневропатии (4): 1. сахарный диабет 2. алкоголизм 3. хроническая интоксикация тяжелыми металлами 4. длительный прием лекарств (изониазида, нитрофуранов, сульфаниламидов, цитостатиков) 5. артериальная гипертензия	1,2,3,4	ТК, ПА
60.Симметричная дистальная диабетическая полиневропатия (3): 1. развивается медленно в течение нескольких месяцев, лет. 2. чувствительные нарушения преобладают в дистальных отделах ног 3. характерны парезы проксимальных отделов рук 4. преобладают парезы дистальных отделов ног 5. преобладают парезы сгибателей	1,2,4	ТК, ПА
61. Для проксимальная асимметричной диабетической амиотрофии характерны (3): 1. боли по передней поверхности бедра в дебюте заболевания 2. вегетативно-трофические нарушения 3. слабость в проксимальных отделах одной ноги 4. атрофия мышц бедра 5. тазовые нарушения	1,3,4.	ТК
62. Для полиневропатии характерны (3): 1. синдром Горнера 2. гипестезия по типу «перчаток», «носков» 3. боли и парестезии в дистальных отделах конечностей 4. симметричные периферические парезы преимущественно в дистальных отделах 5. центральный тетрапарез	2,3,4	ТК, ПА
63. Основной метод диагностики полиневропатии (1): 1. электронейромиография 2. МРТ периферических нервов 3. ультразвуковое исследование нервов 4. биохимический анализ цереброспинальной жидкости 5. генетический анализ цереброспинальной жидкости	1	ТК
64. Основной метод диагностики наследственных полиневропатий (1): 1. электронейромиография 2. МРТ периферических нервов 3. ультразвуковое исследование нервов 4. биохимический анализ цереброспинальной жидкости 5. генетическое тестирование	5	ТК
65. Причины полиневропатии (3): 1. гнойный менингит 2. дифтерия 3. лепра 4. болезнь Лайма	2,3,4	ТК, ПА

5. серозный менингит		
66. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия характеризуется (3): 1. дебют с болей в спине 2. острым началом 3. последовательной сменой фаз (нарастание симптоматики, плато, регресс) 4. хорошим восстановлением 5. постепенным развитием заболевания с периодами обострений и ремиссий	2,3, 4	ТК, ПА
67. Для острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии типичны (4): 1. поражение отводящего нерва 2. повышение белка в цереброспинальной жидкости 3. снижение скорости проведения импульса по нерву и блоки проведения 4. быстрое развитие парезов 5. поражение лицевого нерва	2,3,4,5	ТК, ПА
68. Алкогольная полиневропатия характеризуется (2): 1. острым началом 2. чувствительными и вегетативными нарушениями в дистальных отделах конечностей 3. аксональным типом поражения 4. поражением отводящего нерва 5. поражением лицевого нерва	2,3	ТК, ПА
69. Дифтерийная полиневропатия (3): 1. наиболее частая причина полиневропатии у детей 2. возникает на фоне «ангины» 3. проявляется бульбарными нарушениями 4. дебютирует с пареза аккомодации 5. сопровождается присоединением центрального тетрапареза	2,3,4	ТК
70. Для поражения большеберцового нерва на уровне тарзального канала характерны (4): 1. частое развитие после травмы голеностопного сустава 2. боли и онемение в стопе 3. слабость мышц, обеспечивающих подошвенное сгибание стопы и пальцев 4. слабость мышц, обеспечивающих тыльное сгибание стопы и пальцев 5. симптом Тинеля с уровня внутренней лодыжки	1,2,3,5	ТК
71. Для мононевропатии характерны (3): 1. боли и парестезии в зоне иннервации нерва 2. симптом Тинеля 3. периферический парез 4. центральный монопарез 5. сегментарно-диссоциированный тип нарушения чуствительности	1,2,3	ТК, ПА
72. Причины полиневропатии (3): 1. артериальная гипертензия 2. алкоголизм 3. хроническая интоксикация гербицидами и пестицидами 4. злокачественное новообразование 5. атеросклероз сосудов нижних конечностей и нервов	2,3,4	ТК, ПА
73. Лечение диабетической дистальной симметричной сенсомоторной полиневропатии (2):	1, 5	ТК, ПА

1. нормализация углеводного обмена 2. глюкокортикоиды 3. цианокобаламин 4. при жгучих болях в проксимальных отделах –нестероидные противовоспалительные средства 5. при жгучих болях в дистальных отделах – противоэпилептические препараты		
74. Невропатия локтевого нерва может быть обусловлена (2): 1. микротравматизацией локтевого сустава во время физических нагрузок 2. ношением тяжести в одной руке 3. гипотиреозом 4. злоупотреблением алкоголем 5. атеросклерозом сосудов верхних конечностей и нервов	1,3	ТК, ПА
75. Для полиневропатии характерны (3): 1. боли и парестезии в дистальных отделах конечностей 2. периферические параличи в дистальных отделах конечностей 3. оживление сухожильных рефлексов 4. нарушение чувствительности по типу «перчаток», «носков» 5. проводниковый тип нарушения чувствительности	1,2,4	ТК, ПА
76. Лечение алкогольной полиневропатии (3): 1) отказ от употребления алкоголя, 2) препараты тиамина, 3) полноценное витаминизированное питание, 4) человеческий иммуноглобулин, 5) препараты аскорбиновой кислоты.	1-3	ТК, ПА
77. Симптомы поражения бедренного нерва (3): 1) боли с иррадиацией по передней поверхности бедра, 1) снижение коленного рефлекса, 2) слабость четырехглавой мышцы бедра, 3) слабость приводящих мышц бедра, 4) потеря чувствительности на задней поверхности бедра.	1-3	ТК, ПА
78. Симптомы невропатии локтевого нерва (3): 1) онемение в мизинце и по медиальной поверхности кисти, 2) атрофия межкостных мышц кисти и гипотенара, 3) парез сгибателей кисти, 4) парез разгибателей кисти, 5) парез мышцы, отводящей мизинец.	1,2,5	ТК, ПА
79. Симптомы поражения лучевого нерва (3): 1) утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча, 2) парез разгибателей кисти и пальцев, 3) отечность кисти, 4) снижение чувствительности в области анатомической табакерки, 5) вегетативно-трофические нарушения на предплечье	1,2,4	ТК, ПА
80. Проявления алкогольной полиневропатии (3): 1) периферические парезы в дистальных отделах ног, 2) ослабление пульсации артерий в дистальных отделах стоп, 3) проводниковый тип расстройств чувствительности, 4) вегетативно-трофические расстройства в нижних конечностях, 5) боли и парестезии в ногах.	1,4,5	ТК, ПА
81. Проявления синдрома запястного канала (2): 1. боли в кисти и по ладонной поверхности первых трех пальцев, 2. утрата рефлекса с двуглавой мышцы плеча, 3. утрата рефлекса с трехглавой мышцы плеча. 4. слабость мышцы, отводящей мизинец кисти, 5. симптом Тиннеля.	1,5	ТК, ПА
82. Патогенез симметричной дистальной диабетической полиневропатии (2):	1,3	ТК, ПА

1) дисметаболические нарушения вследствие гипергликемии 2) аутоиммунные расстройства, 3) ишемизация нервных стволов вследствие микроангиопатии, 4) осложнение от приема инсулина, 5) осложнение от приема пероральных сахароснижающих препаратов		
83. Для демиелинизирующей полиневропатии характерны (2): 1) снижение скорости проведения возбуждения по нерву, 2) снижение амплитуды мышечного ответа при электрической стимуляции нервов, 3) раннее выпадение сухожильных рефлексов, 4) выраженная атрофия мышц, 5) фасцикуляции.	1,3	ТК
84. Основной фактор риска рецидивирующей невропатии лицевого нерва (1): 1) сахарный диабет, 2) злоупотребление алкоголем, 3) артериальная гипертензия, 4) врожденная узость канала лицевого нерва, 5) курение.	4	ТК
85. Лечение синдрома запястного канала (2): 1) введение дексаметазона в область запястного канала, 2) пирацетам, 3) кавинтон, 4) аспирин, 5) хирургическая декомпрессия запястного канала.	1,5	ТК, ПА
86. Причины полиневропатии (3): 1) артериальная гипертензия, 2) злокачественные новообразования внутренних органов, 3) хронический алкоголизм, 4) сахарный диабет, 5) атеросклероз сосудов конечностей и нервов	2-4	ТК, ПА
87. Каузалгии характерны для поражения (1): 1) локтевого нерва, 2) лицевого нерва, 3) бедренного нерва, 4) срединного нерва, 5) лучевого нерва.	4	ТК
88. Лечение дистальной симметричной диабетической полиневропатии (1): 1) калимин, 2) рилузол (рилутек), 3) пирацетам (ноотропил). 4) препараты альфа-липоевой кислоты, 5) препараты аскорбиновой кислоты.	4	ТК, ПА
89. Симптомы невропатии большеберцового нерва (3): 1) слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев, 2) утрата коленного рефлекса, 3) утрата ахиллова рефлекса, 4) гипестезия подошвенной поверхности стопы, 5) отечность стопы.	1,3,4	ТК, ПА
90. Для острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии характерны (3): 1) периферические парезы конечностей, 2) проводниковый тип расстройств болевой чувствительности, 3) повышение белка в цереброспинальной жидкости, 4) парез мимических мышц, 5) глазодвигательные нарушения.	1,3,4	ТК, ПА
91. Самая частая краниальная невропатия - невропатия (1): 1) глазодвигательного нерва, 2) отводящего нерва, 3) лицевого нерва, 4) языкоглоточного нерва,	3	ТК

5) блуждающего нерва.		
92. Лечение невропатии лицевого нерва (1): 1) калимин, 2) преднизолон, 3) пирацетам (ноотропил), 4) винпоцетин (кавинтон), 5) аспирин.	2	ТК, ПА
93. Лечение острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (2): 1) плазмаферез, 2) сирдалуд, 3) человеческий иммуноглобулин класса G, 4) гепарин, 5) преднизолон.	1,3	ТК, ПА
94. Для хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии характерны (3): 1) нарастание симптомов на протяжении нескольких месяцев, 2) волнообразное течение заболевания, 3) снижение или полная утрата сухожильных рефлексов, 4) мозжечковая атаксия, 5) поражение глазодвигательного нерва.	1,2,3	ТК
95. Лечение хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (3): 1) пирацетам (ноотропил) 2) кортикостероиды, 3) плазмаферез, 4) человеческий иммуноглобулин класса G, 5) антибиотики.	2,3,4	ТК
96. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий наиболее информативно (1): 1) иммунологическое исследование крови, 2) электронейромиография, 3) иммунологическое исследование цереброспинальной жидкости, 4) биопсия мышцы, 5) биохимическое исследование цереброспинальной жидкости.	2	ТК
97. Дефицит витамина В1 установлен в патогенезе невропатии при (1): 1) гипотиреозе, 2) сахарном диабете, 3) хроническом алкоголизме, 4) почечной недостаточности, 5) паранеопластическом синдроме.	3	ТК, ПА
98. Лекарственную полиневропатию вызывает прием (2): 1) цитостатиков, 2) антигипертензивных средств, 3) непрямых антикоагулянтов, 4) противотуберкулезных препаратов, 5) витаминов группы В	1, 4	ТК
99. При острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии из черепных нервов чаще поражается (1): 1) зрительный, 2) глазодвигательный, 3) отводящий, 4) лицевой, 5) добавочный.	4	ТК, ПА
100. В течение 3 недель до развития острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии часто отмечаются (2): 1) заболевания дыхательных путей, 2) заболевания сердечно-сосудистой системы, 3) кожные заболевания,	1,5	ТК, ПА

4) заболевания мочевыделительной системы, 5) кишечные расстройства.		

Раздел дисциплины (тема): Боль в спине (Тема 6).

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

1. Симптом дискогенной радикулопатии L5 (1): 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
2. Симптом дискогенной радикулопатии S1 (1): 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
3. Симптомы дискогенной радикулопатии L4 (2): 1) боли в спине с иррадиацией по передне-внутренней поверхности бедра и голени, 2) снижение ахиллова рефлекса, 3) слабость малоберцовой мышцы, 4) снижение коленного рефлекса 5) слабость икроножной мышцы.	1, 4	ТК
4. Симптомы дискогенной радикулопатии C6 (2): 1) боли в шее с иррадиацией в лопатку 2) снижение рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча 3) гипотрофия мышц гипотенара 4) боли в шее с иррадиацией в большой и указательные пальцы руки 5) снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы плеча	2, 4	ТК
5. Симптомы дискогенной радикулопатии C7 (2): 1) гипотрофия мышц тенара 2) снижение чувствительности в V и по медиальному краю IV пальцев кисти 3) снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы плеча 4) снижение крапорадиального рефлекса 5) слабость треглавой мышцы плеча	3, 5	ТК
6. Симптом дискогенной радикулопатии C8 (1): 1) гипотрофия мышц тенара 2) снижение чувствительности в V и по медиальному краю IV пальцев кисти 3) слабость двуглавой мышцы плеча 4) снижение рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча 5) слабость треглавой мышцы плеча	2	ТК
7.Фибромиалгия характеризуется (3): 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
8. Для фибромиалгии характерны (2): 1) возраст начала заболевания 30-50 лет, 2) возраст начала заболевания 60-70 лет 3) более высокая частота у женщин 4) более высокая частота у мужчин 5) постепенное развитие мышечных атрофий	1, 3	ТК, ПА
9. Неспецифическая боль составляет причину болей в спине (1):	5	ТК, ПА

1) менее чем в 25% случаев, 2) в 30-40% случаев 3) в 50-60% случаев 4) в 60-70% случаев 5) в 70-90% случаев.		
10. Дискогенная радикулопатия является причиной боли в спине (1): 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
11. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся (3): 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
12. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся (3): 1. отсутствие связи боли с движениями 2. симптомы поражения спинного мозга 3. наличие симптомов натяжения (Ласега, Вассермана) 4. симптомы поражения спинномозгового корешка 5. использования кортикостероидов.	1,2,5	ТК, ПА
13. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся (3): 1. наличие остеохондроза позвоночника 2. наличие остеопороза позвоночника 3. усиление боли при движениях в позвоночнике 4. усиление боли в покое, в ночное время 5. нарушение функции тазовых органов.	2,4,5	ТК, ПА
14. Основная цель проведения рентгена позвоночника при боли в спине (1): 1. диагностика и определение выраженности остеохондроза позвоночника 2. диагностика межпозвонковых грыж 3. диагностика сколиоза 4. диагностика грыж Шморля 5. диагностика специфических причин боли (перелом позвонка и др.).	5	ТК, ПА
15. Основные цели проведения МРТ позвоночника при боли в спине (2): 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
16. Неспецифическая боль в спине может быть вызвана (3): 1. воспалительными заболеваниями позвоночника 2. дисфункцией дугоотростчатых суставов 3. компрессией спинномозговых корешков 4. растяжением мышц спины 5. напряжением мышц спины	2,4,5	ТК, ПА
17. Мышечно-тонический синдром - это (1): 1. повышение мышечного тонуса при центральном параличе 2. рефлекторное напряжение мышц спины в ответ на вертеброгенную патологию 3. симптом фиброфиалгии 4. слабость и гипотрофия мышцы в результате корекшковой	2	ТК, ПА

компрессии 5. диффузное понижение мышченого тонуса.		
18. Миофасциальный синдром - это (2): 1. локальное мышечное напряжение с формированием тригерных точек 2. проявление дискогенной корешковой компрессии 3. атрофия мышцы с последующим её замещением соединительной тканью 4. состояние, при котором пальпация тригерных точек вызывает иррадиирующую боль 5. снижение порога возбудимости постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса.	1, 4	ТК, ПА
19. Неспецифическая боль в спине (2): 1. проявляется пароксизмальными болями преимущественно в ночное время 2. проявляется стреляющими, жгучими болями 3. проявляется болями в спине, иногда иррадиирующими в руку или ногу 4. проявляется болями в верхних или нижних конечностях 5. обычно усиливается при движениях в позвоночнике.	3, 5	ТК, ПА
20. Неспецифическая боль в спине сопровождается (2): 1. снижением чувствительность по корешково-сегментарному типу 2. появлением патологических изгибов позвоночника 3. снижением сухожильных рефлексов 4. органичением подвижности спины из-за болей 5. мышечными атрофиями.	2, 4	ТК, ПА
21. Признаки дискогенной радикулопатии (2): 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
22. Боли при дискогенной радикулопатии (2): 1. легкой или умеренной интенсивности 2. выраженной интенсивности 3. преимущественно ноющие 4. обычно простраливающие, нередко с ощущением прохождения электрического тока 5. преимущественно в спине	2, 4	ТК, ПА
23. Неспецифическая боль в спине становится хронической в (1): 1. 3-5% случаев 2. 10-20% случаев 3. 30-40% случаев 4. 50-70% случаев 5. более 70% случаев.	2	ТК
24. Боль в спине начинает расцениваться как хроническая, если её длительность превышает: (1): 1. 2 недели 2. 4 недели 3. 6 недель 4. 8 недель 5. 12 недель	5	ТК, ПА
25. Специфические боли в спине (3): 1. опухоль спинного мозга 2. поражение дугоотросчатых суставов 3. метастатическое поражение позвонков 4. выраженный остеохондроз позвоночника 5. туберкулезный спондилит.	1, 3, 5	ТК, ПА
25. Специфические боли в спине (3): 1. сирингомиелия	1,2,3	ТК, ПА

2. спинная сухотка 3. переломы позвонков при остеопорозе 4. миофасциальный синдром 5. мышечно-тонический синдром.		
26. Цервикалгия - это (1) : 1. шейная радикулопатия, 2. боль в шее, 3. боль в шее с иррадиацией в руку 4. боль в шее с иррадиацией в голову 5. боль и органичение подвижности в плечевом суставе.	2	ТК, ПА
27. Цервикобрахиалгия - это (1) : 1. шейная радикулопатия, 2. боль в шее, 3. боль в шее с иррадиацией в руку 4. боль в шее с иррадиацией в голову 5. боль и органичение подвижности в плечевом суставе.	3	ТК, ПА
28. Цервикокраниалгия - это (1) : 1. шейная радикулопатия, 2. боль в шее, 3. боль в шее с иррадиацией в руку 4. боль в шее с иррадиацией в голову 5. боль и органичение подвижности в плечевом суставе.	4	ТК, ПА
29. Признаки миофасциального синдрома ременной мышцы (3): 1. боли в области проекции височно-нижнечелюстного сустава 2. боли у основания шеи 3. усиление боли при разгибании шеи и повороте головы в сторону 4. боли в шее с иррадиацией в верхнюю конечность 5. болезненность при пальпации в области угла, образованного основанием шеи и надплечьем.	2, 3, 5	ТК
30. Признаки миофасциального синдрома задней группы шейных мышц (3): 1. боли в области многораздельной и полуостистой мышц 2. усиление боли при лежании на спине 3. ограничение наклона головы вперед 4. ограничение поворота головы 5. боли в нижней части лица.	2,3,4	ТК
31. Признаки миофасциального синдрома лестничных мышц (3): 1. диффузные сдавливающие головные боли 2. боль в плече 3. иррадиация боли в большой и указательный палец 4. парестезия и утрата чувствительности на IV-V пальцах 5. снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы плеча	2,3,4	ТК
32. Признаки миофасциального синдрома малой грудной мышцы (3): 1. боли по медиальной поверхности плеча 2. ирадиация боли в затылочную область 3. снижение чувствительности в области надплечья 4. болезненность малой грудной мышцы 5. сдавление нижнего ствола плечевого сплетения.	1,4,5	ТК
33. Плечелопаточная периартропатия проявляется (2): 1. отёком плечевого сустава и покраснением кожных покровов 2. болевыми ощущением в области плечевого сустава 3. гипотрофией мышечной манжеты плечевого сустава 4. ограничением подвижности плечевого сустава 5. снижением карпорадиального рефлекса.	2, 4	ТК
34. Синдром «плечо-кисть» - это (1): 1. вялый паралич кисти из-за поражения плечового сплетения 2. сочетание плечолопаточной периартропатии с отеком и автономными расстройствами в кисти 3. иррадиация боли из области плечевого сустава в кисть 4. вариант комплексного регионарного болевого синдрома	2, 4	ТК

5. сочетанное поражения плечевого сустава и межфаланговых суставов пальцев руки при ремватоидном артрите.		
35. Для радикулопатии корешка С4 характерно (1): 1. периферический верхний парапарез, 2. парез мышцы, поднимающей лопатку 3. гипестезии в надплечье по типу «капюшона» 4. снижение рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча 5. снижение чувствительности по наружной поверхности плеча	3	ТК
36. Для радикулопатии корешка С5 характерны (2): 1. периферический верхний парапарез, 2. парез мышцы, поднимающей лопатку 3. гипестезии в надплечье по типу «капюшона» 4. снижение рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча 5. снижение чувствительности по наружной поверхности плеча	4, 5	ТК, ПА
37. Симптомы вертеброгенной шейной миелопатии (3): 1) острая задержка мочи, 2) периферический верхний парапарез, 3) спастический нижний парапарез, 4) боли в шейной области, 5) дизартрия, дисфония и дисфагия.	2,3,4	ТК, ПА
38. Причины вертеброгенной шейной миелопатии (2): 1) экструзия межпозвонковых дисков на шейном уровне 2) опухоли шейного отдела спинного мозга 3) туберкулез 4) задние остеофиты на шейном уровне 5) аномалия Киари	1, 4	ТК, ПА
39. Для вертеброгенной шейной миелопатии характерны (3): 1) начало в возрасте до 60 лет 2) начало в возрасте после 60 лет 3) острое развитие симптоматики 4) постепенное развитие симптоматики 5) сегментарно-корешковые нарушения чувствительности в области С6 и С7	1, 4, 5	ТК
40. Периферический верхний парапарез в сочетании с нижним спастическим парапарезом характерен для (1): 1) шейного остеохондроза 2) компрессии плечевого сплетения 3) компрессии шейных спинномозговых корешков 4) компрессионно-ишемической (вертеброгенной) шейнрй миелопатии 5) рассеянного склероза.	4	ТК, ПА
41. Наиболее частые причины торакалгии (3): 1) заболевания сердца 2) скелетно-мышечные расстройства 3) тревожные нарушения (панические атаки) 4) компрессия грудных спинномозговых корешков 5) межреберная невралагия.	1, 2, 3	ТК
42. Скелетно-мышечные причины торакалгии (3): 1) опоясывающий герпес 2) патология дугоотросчатых суставов 3) тревожные нарушения (панические атаки) 4) миофасциальный синдром широчайшей мышцы спины 5) компрессия грудного отдела спинного мозга.	2, 3,4	ТК, ПА
43. Торакалгия невропатического характера (3): 1) встречается очень часто 2) встречается редко 3) требует исключения специфических причин (переломы грудных позвонков, опухоли) 4) в большинстве случаев сирингомиелией 5) может быть вызвана опоясывающим герпесом.	2, 3, 5	ТК, ПА
44. Боли в пояснично-крестцовой области (2): 1) самая частая локализация боли в спине	1, 4	ТК, ПА

2) обычно вызывается компрессией спинномозговых корешков 3) встречается редко, 4) обычно вызывается скелетно-мышечной патологией 5) всегда сопрвождается утратой коленного рефлекса.		
45. Люмбаго (3): 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
46. Люмбаго обычно сопровождается (3): 1) гипестезией по задней поверхности ноги 2) острой задержкой мочеиспускания 3) напряжением паравертебральных мышц на поясничном уровне 4) ограничением подвижности в поясничном отделе позвоночника из-за боли 5) изменением физиологических и появлением патологических изгибов позвоночника.	3, 4, 5	ТК, ПА
47. Неспецифическая люмбалгия (2): 1) боль в пояснице и паховой области 2) острая или хроническая боль в пояснице 3) боль в пояснице и по задней поверхности ноги 4) носит ноющий характер, обычно усиливается при движениях в поясничном отделе позвоночника 5) усиливается в покое, максимально выражена во время ночного сна.	2, 4	ТК, ПА
48. Люмбалгия обычно вызывается (3): 1) миофасциальным синдромом квадратной мышцы спины 2) компрессией эпиконуса спинного мозга 3) миофасциальным синдромом длинных поясничных мышц 4) поражением дугоотросчатых суставов на поясничном уровне 5) поражением корешков конского хвоста.	1, 3, 4	ТК, ПА
49. Для миофасциального синдрома квадратной мышцы посясницы характерны (3): 1) глубокие ноющие боли в нижней части спины 2) ограничение латерофлексии в поясничном отделе позвоночника 3) возникновение болевого сидрома после подъёма тяжести, работы в согнутом положении 4) императивные позывы на мочеиспускание 5) повышение температуры тела.	1, 2, 3	ТК, ПА
50. Люмбоишиалгия (2): 1) резкая, простреливающая боль в пояснице 2) острая или хроническая боль в пояснице 3) боль в спине и по задней поверхности ноги 4) боль обычно не достигает пальцев стопы 5) часто имеет двустороннюю иррадиацию.	3, 4	ТК, ПА
51. Частые причины люмбоишиалгии (3): 1) миофасциальные синдромы грушевидной и подвздошно-поясничной мышцы 2) патология дугоотросчатых суставов на поясничном уровне 3) миофасциальные синдромы большой и средней ягодичной мышцы 4) спинальный инсульт 5) травма поясничного отдела позвоночника с копрессией корешков конского хвоста.	1, 2, 3	ТК, ПА
52. При осмотре пациентов с люмбоишиалгией часто выявляются (2) 1) везикулезная сыпь и покраснение кожных покровов в зоне иннервации пояснично-крестцовых спинномозговых корешков	2, 4	ТК, ПА

2) сколиоз на поясничном уровне 3) гипотрофии паравертабральных мышц 4) ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника и ноги из-за болей 5) гипертрофия паравербебральных мышц.		
53. На шейно-грудном уровне наиболее часто страдают следующие корешки (2): 1) C5 2) C6 3) C7 4) C8 5) D1.	2, 3	ТК
54. На пояснично-крестцовом уровне наиболее часто страдают следующие корешки (2): 1) L3 2) L4 3) L5 4) S1 5) S2.	3, 4	ТК
55. Признаки компрессии корешков конского хвоста (2): 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
56. Признаки компрессии корешков конского хвоста (3): 1) острая задержка мочеиспускания 2) императивные позывы на мочеиспускание 3) слабость и гипотрофии мышц нижних конечностей 4) нарушение чувствительности по спинально-проводниковому типу 5) нарушение чувствительности по корешковому типу.	1, 3, 5	ТК, ПА
57. Компрессия корешков конского хвоста (2): 1) частое осложнение остеохондроза позвоночника 2) редкое осложнение экструзии межпозвонковых дисков L4-L5и L5-S1 3) требует экстренного проведения лечебных блокад 4) требует экстренного нейрохирургического вмешательства 5) требует экстренной электростимуляции периферических нервов	2, 4	ТК, ПА
58. Поясничный стеноз - это (1): 1) сужение позвоночного канала в поясничном отделе позвоночника 2) сужение поясничного отдела спинного мозга в результате воспалительного процесса 3) сужение поясничного отдела спинного мозга в результате дегенеративного поражения 4) сужение поясничного отдела спинного мозга в результате перенесенного инсульта 5) сужение поясничного отдела спинного мозга в результате дизиммунного процесса	1	ТК, ПА
59. Проявление поясничного стеноза (1): 1) прогрессирующий нижний центральный парапарез 2) прогрессирующий нижний периферический парапарез 3) боли и слабость в ногах при ходьбе (перемежающая хромота) 4) императивные позывы на мочеиспускание 5) снижение мышечно-суставного чувства в ногах.	3	ТК, ПА
60. Особенности каудогенной перемежающей хромоты (2) 1) для ослабления болевого синдрома в ногах достаточно остановиться и постоять 2) для ослабления болевого синдрома необходимо сесть или	2, 3	ТК

наклониться вперед 3) сохранение пульсации в артериях ног в большинстве случаев 4) усиление болей утром после сна 5) усиление болей во время ночного сна		
61. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска (1): 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
62. Спондилолистез чаще возникает на уровне (1) 1) C5-C6, 2) Th3-Th4, 3) Th6-Th7, 4) L4-L5, 5) L5-S1	4	ТК
63. Наиболее часто грыжи межпозвонкового диска возникают в отделе (1): 1) шейном, 2) грудном, 3) верхнепоясничном, 4) нижнепоясничном.	4	ТК, ПА
64. Профилактика неспецифических болей в спине (3): 1) занятие силовыми видами спорта, 2) сон на мягком матраце, 3) лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, 4) плавание, 5) избегание подъема тяжестей	3,4,5	ТК, ПА
65. Лечение миофасциальных болей (3): 1) введение анестетиков в триггерные точки, 2) постизометрическая релаксация, 3) миорелаксанты, 4) вытяжение позвоночника, 5) ноотропные средства.	1,2,3	ТК, ПА
66. Боль в спине может быть вызвана раздражением болевых рецепторов (3): 1) фиброзного кольца межпозвоночного диска, 2) пульпозного ядра межпозвонкового диска, 3) фасеточных суставов позвонков, 4) задней продольной связки.	1,3,4	ТК
67. Диагностика грыжи межпозвонкового диска (2): 1) рентгенография позвоночника, 2) рентгеновская компьютерная томография позвоночника, 3) магнитно-резонансная томография позвоночника, 4) радиоизотопная сцинтиграфия позвоночника, 5) денситометрия.	2,3	ТК, ПА
68. Грыжа межпозвонкового диска L_4-L_5 может (3): 1) вызвать радикулопатию L_5, 2) вызвать радикулопатию S1, 3) вызвать компрессию конуса спинного мозга, 4) вызвать компрессию эпиконуса спинного мозга 5) протекать бессимптомно.	1,2,5	ТК
69. Рентгенография позвоночника выявляет (3): 1) грыжу межпозвонкового диска, 2) спондилолистез, 3) перелом тела позвонка, 4) остеопороз.	2,3,4	ТК, ПА
70. Наиболее редкая причина болей в спине из ниже перечисленных (1):	2	ТК, ПА

1)дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, 2) компрессионный перелом позвоночника, 3) миофасциальный синдром, 4) фибромиалгия, 5) остеопороз.		
71. Отраженные боли в спине характерны для (3): 1) анемии, 2) эритремии, 3) ишемической болезни сердца, 4) мочекаменной болезни, 5) заболеваний предстательной железы.	3,4,5	ТК, ПА
72. Для миофасциального синдрома характерны (2): 1) отсутствие связи боли с движением, 2) болезненность при пальпации заинтересованной мышцы, 3) триггерные точки в заинтересованной мышце, 4) сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности, 5) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности.	2,3	ТК, ПА
73. Диагностика остеопороза позвоночника (2): 1) исследование содержания натрия в крови, 2) исследование содержания калия в крови, 3) исследование содержания магния в крови, 4) рентгенография, 5) денситометрия.	4,5	ТК, ПА
74. Наиболее частая причина боли в спине (1): 1) мышечно-тонический синдром, 2) дискогенная радикулопатия, 3) вертеброгенная шейная миелопатия, 4) спинальный инсульт.	1	ТК, ПА
75**. Для люмбаго характерны (3):** 1) острое развитие, 2) резкое ограничение движений в спине из-за болей, 3) нарушение функции тазовых органов, 4) проводниковый тип расстройств чувствительности, 5) мышечно-тонический синдром.	1,2,5	ТК, ПА
76. Симптомы дискогенной радикулопатии L5 (2): 1) боли по задней поверхности бедра и голени, 2) утрата коленного рефлекса, 3) мышечно-тонический синдром, 4) парез мышц разгибателей стопы и пальцев, 5) императивные позывы на мочеиспускание.	1,4	ТК, ПА
77. Симптомы дискогенной радикулопатии С6 (2): 1) боль по передней поверхности плеча, лучевой поверхности предплечья, 2) снижение рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы, 3) парез мышцы, отводящей мизинец, 4) синдром Горнера на стороне радикулопатии.	1,2	ТК, ПА
78. Симптомы дискогенной радикулопатии С7 (3): 1) боль в руке с иррадиацией в указательный и средний пальцы, 2) снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы, 3) парез мышц, разгибающих предплечье, 4) симптом Тремнера, 5) синдром Горнера на стороне радикулопатии.	1,2,3	ТК, ПА
79. Симптомы компрессии корешков конского хвоста (2): 1) симптом Бабинского, 2) онемение в ногах и аногенитальной области, 3) слабость в проксимальных отделах ног, 4) нарушение функции тазовых органов, 5) клонус стопы.	2,4	ТК, ПА
80. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста (1): 1) вытяжение позвоночника, 2) рефлексотерапия,	5	ТК, ПА

3) мануальная терапия, 4) антидепрессанты, 5) хирургическое лечение.		
81. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны (1): 1) транквилизаторы, 2) ноотропные средства, 3) антидепрессанты, 4) нейролептики, 5) психостимуляторы.	3	ТК, ПА
82. Тактика ведения пациентов с острой неспецифической болью в спине (3): 1) симптоматическая анальгетическая терапия 2) строгий постельный режим 3) информирование о доброкачественном характере заболевания 4) сохранение двигательной активности пациента 5) экстренное нейрохирургическое вмешательство	1, 3, 4	ТК, ПА
83. Лечение острой неспецифической боли в спине (2): 1) пульс-терапия кортикостероидами 2) нестероидные противовоспалительные препараты 3) антиконвульсанты 4) антидепрессанты 5) миорелаксанты	2, 5	ТК, ПА
84. Тактика ведения пациентов с дискогенной радикулопатией включает (1): 1) подводное вытяжение 2) симптоматическая анальгетическая терапия 3) экстренное нейрохирургическоке вмешательство 4) пульс-терапия кортикостероидами 5) антибиотикотерапия	2	ТК, ПА
85. Для предотвращения хронизации неспецифической боли в спине целесообразно (2): 1) строгое соблюдение постельного режима 2) ограничение физической активности 3) сохранение двигательной активности пациента 4) иглорефлексотерапия 5) информирование пациента о характере заболевания и прогнозе	3, 5	ТК, ПА
87. Лечение острой дискогенной радикулопатии с мышечно-тоническим синдромом (2): 1) нестероидные противоспалительные препараты 2) антидепрессанты 3) миорелаксанты 4) ноотропные препараты 5) антиоксиданты	1, 3	ТК, ПА
88. Показания для хирургического лечения дискогенной радикулопатии (2): 1) интенсивный болевой синдром 2) развитие нарастающей слабости в конечности 3) развитие нарастающих сенсорных расстройств по корешковому типу 4) неэффективность консервативной терапии в течение недели 5) неэффективность консервативной терапии в течение 12 недель	2, 5	ТК, ПА
89. Показания для раннего нейрохирургического лечения дискогенной радикулопатии (2): 1) интенсивный болевой синдром 2) прогрессирование пареза конечности 3) выпадение сухожильных рефлексов 4) сенсорные расстройства по корешково-сегментарному	2, 5	ТК, ПА

типу 5) развитие тазовых расстройств		
90. Лечение вертеброгенной шейной миелопатии (3): 1) ограничение физической нагрузки 2) вытяжение шейного отдела позвоночника 3) нестероижные противовоспалительные средства 4) нейропротективные препараты 5) ношение воротникового корсета	1, 3, 5	ТК, ПА
91. Нейрохирургическое лечение при вереброгенной шейной миелопатии (2): 1) не применяется из-за высокого риска осложнений у людей пожилого возраста 2) показано при неэффективности консервативной терапии 3) показано во всех случаях в плановом порядке 4) локазано во всех случаях экстренно 5) показано при развитии вялых парезов в руках и центральных в ногах	2, 5	ТК, ПА
92. Пациентам с поясничным стенозом следует (1): 1) увеличить физическую нагрузку 2) значительно ограничить физическую нагрузку 3) избегать ситуаций, провоцирующих боли 4) использовать кратковременный постельный режим 5) передвигаться с помощью кресла-каталки	3	ТК, ПА
93. Консервативная терапия пациентам с поясничным стенозом (2): 1) хондропротекторы 2) постоянный прием кортикостероидов 3) курсы нестероидных противовоспалительных средств и ненаркотических анальгетиков 4) тиамин 5) эпидуральные блокады с кортикостероидами и местными анестетиками	3, 5	ТК
94. Хирургическое лечение поясничного стеноза (1): 1) не проводится из-за низкой эффективности и высокого числа побочных эффектов 2) показано при неэффективности консервативной терапии 3) показано во всех случаях, оптимально на ранней стадии	2	ТК, ПА
95. Спондилолистез - это (1): 1) уменьшение гидрофильных свойств пульпозного ядра межпозвонкового диска 2) разрыв фиброзного кольца межпозвонкового диска 3) растяжение и надрыв межпозвонковых связок 4) смещение вышележащего позвонка по отношению к нижележащему 5) образование дополнительных костных разрастаний (остеофитов)	4	ТК, ПА
96. Спондилолистез чаще всего наблюдается в следующих позвонках (2): 1) C6 относительно C7 2) C7 относительно C8 3) C8 относительно Th1 4) L4 относительно L5 5) L5 относительно S1	4, 5	ТК
97. Характерный симптом спондилолистеза (1): 1) боль и ограничение подвижности в нижних отделах поясничного отдела позвоночника 2) нижний центральный парапарез 3) периферический нижний парапарез 4) боль, увеличивающаяся при разгибании спины и при ходьбе 5) императивные позывы на мочеиспускание	4	ТК
98. Лечение спондилолистеза (3): 1) мануальная терапия с целью репозиции смещенного позвонка	2, 3, 4	ТК

2) нестероидные проитвовоспалительные средства, ненаркотические анальгетики 3) ограничение физических нагрузок, ношение корсета 4) хирургическое лечение 5) эпидуральные блокады с кортикостероидами и местными анальгетиками		
99. Лечение хронической неспецифической боли в спине (3): 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
100. Лечение фибромиалгии (3): 1) лечебные блокады 2) кортикостероиды 3) ограничение физических нагрузок, ношение корсета 4) антидепрессанты 5) двигательная активизация и лечебная гимнастика	1, 4, 5	ТК, ПА
101. У мужчины 40 лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в пояснице. Неврологических и соматических нарушений не обнаружено. Диагноз (1): 1) неспецифическая (скелетно-мышечная) боль 2) дискогенная радикулопатия 3) специфическая боль 4) психогенная боль	1	ТК, ПА
102. . У мужчины 40 лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в пояснице. Неврологических и соматических нарушений не обнаружено Назначьте терапию (2): 1) постельный режим на 7-10 дней 2) нестероидные противоспалительные средства 3) опиаты 4) миорелаксанты 5) антидепрессанты	2, 4	ТК, ПА
103. У мужчины во время физической работы возникла боль в пояснице и по задненаружной поверхности правой ноги. Выявлены гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы, отсутствие ахиллова рефлекса справа. Тип нарушения чувствительности (1): 1) полиневропатический 2) сегментарно-диссоциированый 3) сегментарно-корешковый 4) прводниковый 5) альтернирующий.	3	ТК, ПА
104. мужчины во время физической работы возникла боль в пояснице и по задненаружной поверхности правой ноги. Выявлены гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы, отсутствие ахиллова рефлекса справа. Локализация поражения (1): 1) скелетно-мышечные структуры 2) корешок L4 3) корешок L5 4) корешок S1 5) корешок S2	4	ТК, ПА
105. мужчины во время физической работы возникла боль в пояснице и по задненаружной поверхности правой ноги. Выявлены гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы, отсутствие ахиллова рефлекса справа. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1) неспецифическая боль в нижней части спины 2) дискогенная радикулопатия 3) поясничный стеноз	2	ТК, ПА

4) фибримиалгия 5) болезнь Бехтерева.		
106. мужчины во время физической работы возникла боль в пояснице и по задненаружной поверхности правой ноги. Выявлены гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы, отсутствие ахиллова рефлекса справа. Лечение (2): 1) нестероидные противовоспалительные средства 2) антидепрессанты 3) миорелаксанты 4) введение кортикостероида и местного анестетика в проекцию выхода пораженного корешка 5) ношение поясничного корсета	1,3,4	ТК, ПА
107. Пианистка жалуется на сильную боль в шее, невозможность поворота головы вправо. Выявлены ограничение подвижности и напряжение мышц в шейном отделе. Неврологических нарушений нет. Назовите синдромы (1): 1) торакалгия 2) цервикалгия 3) цервикобрахиалгия 4) цервикокраниалгия 5) дискогенная радикулопатия	2	ТК, ПА
108. Пианистка жалуется на сильную боль в шее, невозможность поворота головы вправо. Выявлены ограничение подвижности и напряжение мышц в шейном отделе. Неврологических нарушений нет. Локализация поражения (1): 1) скелетно-мышечные структуры 2) корешок С6 3) корешок С7 4) корешок С8 5) шейный отдел спинного мозга	1	ТК, ПА
109. Пианистка жалуется на сильную боль в шее, невозможность поворота головы вправо. Выявлены ограничение подвижности и напряжение мышц в шейном отделе. Неврологических нарушений нет. Предполагаемый клинический диагноз (1): 1) дискогенная радикулопатия 2) неспецифическая боль в шее 3) вертеброгенная шейная миелопатия 4) фибромиалгия 5) плечелопаточная периатропатия	2	ТК, ПА
110. Пианистка жалуется на сильную боль в шее, невозможность поворота головы вправо. Выявлены ограничение подвижности и напряжение мышц в шейном отделе. Неврологических нарушений нет. Лечение (2): 1) нестероидные противовоспалительные средства 2) антидепрессанты 3) опиаты 4) лечебная гимнастика 5) миорелаксанты	1,5	ТК

Шифр и наименование компетенции

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

Раздел дисциплины (тема): Головные и лицевые боли (Тема 7).

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения

1. Основные источники головной боли: (4) 1) Паренхима мозга 2) Сосуды головного мозга 3) Твердая мозговая оболочка 4) Венозные синусы 5) Перикраниальные мышцы	**2, 3, 4, 5**	ТК, ПА
2. Иннервация структур, продуцирующих головную боль, осуществляется: (1) 1) Первой ветвью тройничного нерва 2) Второй ветвью тройничного нерва 3) Третьей ветвью тройничного нерва 4) Верхними шейными корешками 5) Языкоглоточным нервом	**1**	ТК
3. Первичные головные боли: (2) 1) Мигрень 2) Абузусная головная боль 3) Головная боль, связанная с травмой головы 4) Цервикогенная головная боль 5) Пучковая головная боль	**1, 5**	ТК, ПА
4. Первичная головная боль – головная боль: (1) 1) связанная с нарушениями гомеостаза 2) связанная с повышением внутричерепного давления 3) связанная с артериальной гипертензией 4) напряжения 5) связанная с сосудистой патологией мозга	**4**	ТК
5. Первичные головные боли: (2) 1) Хроническая посттравматическая головная боль 2) Головная боль, связанная с тромбозом церебральных вен 3) Головная боль, связанная с низким давлением цереброспинальной жидкости 4) Пароксизмальная гемикрания 5) Мигрень без ауры	**4, 5**	ТК, ПА
6. К первичным головным болям относятся: (2) 1) Мигрень без ауры 2) Острая посттравматическая головная боль 3) Головная боль напряжения 4) Головная боль, связанная с сонными апноэ 5) Головная боль как побочный эффект длительного приема лекарственных препаратов	**1, 3**	ТК, ПА
7. Вторичная головная боль – головная боль : (3) 1) связанная с голодом 2) напряжения 3) пучковая (кластерная) 4) при высотной болезни 5) при менингите	**1, 4, 5**	ТК, ПА
8. К вторичным головным болям относятся: (2) 1) Головные боли, связанные с артериовенозной мальформацией 2) Головные боли при аномалии Киари 3) Пучковая (кластерная) головная боль 4) Мигрень 5) Головная боль напряжения	**1, 2**	ТК, ПА
9. Вторичные головные боли: (2) 1) Головная боль напряжения 2) Пучковая (кластерная) головная боль 3) Мигрень с аурой 4) Головная боль, связанная с ишемическим инсультом 5) Головная боль, связанная с хлыстовой травмой	**4, 5**	ТК, ПА
10. К вторичным головным болям относятся головные боли, связанные с: (3) 1) Физической активностью 2) Внешним давлением 3) Хлыстовой травмой	**3, 4, 5**	ТК, ПА

4) Патологией носовых пазух 5) Гипертонической энцефалопатией		
11. Факторы, настораживающие врача в отношении симптоматического генеза головной боли («красные флажки») (4): 1) дебют головной боли мигренозного характера у лиц старше 50 лет 2) изменение психического статуса во время головной боли 3) наличие рвоты во время головной боли 4) выявление очаговой неврологической симптоматики во время осмотра пациента 5) наличие онкологического заболевания в анамнезе.	**1,2,4,5**	ТК, ПА
12. Показания для дополнительного обследования пациента с головной болью: (2) 1) Высокая интенсивность головной боли 2) Лобно-височная локализация боли 3) Начала головной боли в 50 лет и старше 4) Прогрессирующий характер эпизодов головной боли 5) Развитие тревожного расстройства при головной боли	**3, 4**	ТК, ПА
13. При отсутствии «красных флажков» (факторов, настораживающих врача в отношении симптоматического генеза головной боли) диагноз мигрени ставится на основании (2): **1)** жалоб пациента, 2) типичной истории заболевания, 3) данных магнитно-резонансной томографии, 4) данных электроэнцефалографии, 5) данных молекулярно-генетического исследования	**1,2**	ТК
14. Показания для дополнительного обследования пациента с головной болью: (3) 1) Возраст моложе 10 лет 2) Головная боль сопровождается фотофобией 3) Головная боль сопровождается слабостью в руке 4) Головная боль сопровождается онемением языка 5) Головная боль сопровождается затруднением речи	**3, 4, 5**	ТК, ПА
15. Показания для магнитно-резонансной томографии головы у пациента с головной болью: (2) 1) ВИЧ 2) Онкологическое заболевание 3) Язва желудка 4) Бронхиальная астма 5) Артериальная гипертензия	**1, 2**	ТК, ПА
16. Показание для дополнительного обследования пациента с головной болью: (1) 1) Строго односторонняя головная боль 2) Строго пароксизмальный характер головной боли 3) Строго периодический характер головной боли 4) Связь головной боли с менструальным циклом 5) Связь головной боли с изменением атмосферного давления	**1**	ТК, ПА
17. Магнитно-резонансная томография головы рекомендуется, если у пациента резко усиливается головная боль при: (2) 1) Кашле 2) Сексуальной активности 3) Движении головой 4) Громких звуках **5)** Воздействии яркого света	**1, 2**	ТК, ПА
18. Показания для магнитно-резонансной томографии головы у пациента с головной болью: (2) 1) Нарушение сознания 2) Наличие гемипареза 3) Выявление артериальной гипотонии 4) Выявление тахикардии	**1, 2**	ТК, ПА

5) Выявление брадикардии		
19. Магнитно-резонансная томография головы рекомендуется, если у пациента головная боль провоцируется: (3) 1) Употреблением алкоголя 2) Приемом кофе 3) Наклонами головы 4) Натуживанием 5) Физической активностью	**3, 4, 5**	ТК, ПА
20. Показания для магнитно-резонансной томографии головы у пациента с головной болью: (2) 1) Головная боль возникает при вставании 2) Начало головной боли в пациента старше 50 лет 3) Головная боль сопровождается затуманиванием зрения 4) Головная боль сопровождается тошнотой **5)** Головная боль сопровождается головокружением	**1, 2**	ТК, ПА
21. **Показание для люмбальной пункции у пациента с головной болью: (1)** **1)** Возникновение головной боли после употребления алкоголя **2)** Усиление головной боли при перемене погоды **3)** Развитие головокружения на фоне головной боли **4)** Усиление головной боли при эмоциональном напряжении **5)** Подозрение на менингит	**5**	ТК
22. Показания для госпитализации пациента с головной болью: (2) 1) Высокая интенсивность головной боли 2) Рвота 3) Громоподобное начало головной боли 4) Спутанность сознания **5)** Наличие тревоги и(или) депрессии	**3, 4**	ТК
23. Головная боль при мигрени часто сопровождается болью в (2) 1) руках 2) ногах 3) шее 4) глазу **5)** ухе	**3, 4**	ТК, ПА
24. Головная боль при мигрени почти всегда сопровождается непереносимостью (3) 1) прикосновения 2) холода 3) звуков 4) света **5)** резких запахов	**3, 4, 5**	ТК, ПА
25. Головная боль при мигрени длится: (1) 1) 4-72 часа 2) 1-2 часа 3) 40-60 минут 4) 15-20 минут **5)** 2-3 минуты	**1**	ТК, ПА
26. Тошнота, рвота, свето- и(или) звукобоязнь характерны для (2): 1) мигрени без ауры, 2) мигрени с аурой, 3) пучковой головной боли, 4) невралгии тройничного нерва, 5) эпизодической головной боли напряжения.	**1,2**	ТК
27. Приступы мигрени часто проходят: (2) 1) В период беременности 2) При стрессе 3) После менопаузы 4) После травмы головы **5)** После холодного душа	**1, 3**	ТК
28. Головная боль при мигрени часто усиливается: (2) 1) В горизонтальном положении	**3, 5**	ТК, ПА

2) В положении сидя 3) При подъеме по лестнице 4) При поднятии руки выше горизонтальной линии **5)** При наклонах головы		
29. Приступы мигрени часто возникают: (2) 1) после питья горячего чая 2) после приема горячей пищей 3) во время менструации 4) после употребления красного вина **5)** после употребления красных фруктов	**3, 4**	ТК, ПА
30. Провоцирующие приступ мигрени факторы (4): 1) красное вино, 2) вареный картофель, 3) длительный перелет, 4) недостаток сна, 5) эмоциональное перенапряжение.	**1,3,4,5**	ТК, ПА
31. Приступы мигрени часто возникают при приеме: (2) 1) витаминов 2) биологически активных добавок 3) пробиотиков 4) комбинированных пероральных контрацептивов 5) средств заместительной гормональной терапии	**4, 5**	ТК
32. Мигрень (3): 1) имеет пароксизмальный характер, 2) сопровождается очаговой неврологической симптоматикой вне приступа, 3) часто носит семейный характер, *4)* ослабевает по выраженности в пожилом возрасте, 5) чаще встречается у мужчин.	**1,3,4**	ТК, ПА
33. Приступы мигрени часто не возникают в период: (3) 1) пубертатного возраста 2) менструации 3) беременности 4) лактации 5) менопаузы	**3, 4, 5**	ТК, ПА
34. Приступы мигрени часто развиваются при приеме: (2) 1) нитратов (нитроглицерина) 2) оральных гормональных контрацептивов 3) нооторпных средств 4) бета-адреноблокаторов 5) трициклических антидепрессантов	**1, 2**	ТК
35. Для выявления провоцирующих факторов при мигрени наиболее эффективно: (1) 1) Протестировать возможное влияние каждого фактора 2) Исключить влияние каждого возможного фактора 3) Фиксировать в дневнике возможное влияние каждого фактора 4) Обследовать пациента в стационаре 5) Выяснить провоцирующие факторы у ближайших родственников	**3**	ТК
36. Для постановки формального диагноза мигрени без ауры необходимо наличие в анамнезе у пациента приступов (минимальное число): (1) 1) 3 2) 5 3) 10 4) 15 5) 20	**2**	ТК
37. Длительность приступа мигрени: (1) 1) 1-2 часа	**3**	ТК, ПА

2) 2-3 часа 3) 4-72 часа 4) 4-5 дней 5) 7 дней		
38. Аура при мигрени возникает: (1) 1) на высоте головной боли 2) в конце головной боли 3) всегда при засыпании 4) после приступа головной боли 5) перед приступом головной боли	**5**	ТК, ПА
39. Наиболее часто аура при мигрени – это: (1) 1) тревога или депрессия 2) боли в животе 3) изменение сознания 4) нарушение зрения 5) преходящее расстройство памяти	**4**	ТК, ПА
40. Для постановки формального диагноза мигрени с аурой необходимо наличие в анамнезе у пациента приступов (минимальное число): (1) 1) 3 2) 5 3) 10 4) 15 5) 20	**1**	ТК
41. Среди всех симптомов ауры подавляющее большинство симптомов - это: (1) 1) Нарушения слуха 2) Головокружение 3) Нарушение речи 4) Нарушение памяти 5) Нарушения зрения	**5**	ТК
42. Зрительная аура при мигрени: (2) 1) Полная слепота на один глаз 2) Полная слепота на оба глаза 3) Фотопсии 4) Метаморфопсии 5) Пресбиопия	**3,4**	ТК, ПА
43. Симптомы мигренозной ауры – обратимые нарушения (3): 1) речи, 2) зрения, 3) сознания, 4) чувствительности, 5) психики	**1,2,4**	ТК, ПА
44. Длительность аура при мигрени: (1) 1) 1 месяц 2) 1 неделя 3) 1 час 4) 10-20 минут 5) 10-20 секунд	**4**	ТК, ПА
45. Симптомы зрительной мигренозной ауры (2): 1) гомонимные скотомы, 2) гомонимные мерцающие пятна и полосы, 3) билатеральная гемианопсия, 4) зрительные галлюцинации, 5) слепота на один глаз	**1,2**	ТК, ПА
46. Черты мигренозной ауры (3): 1) необратимость локальных неврологических симптомов, 2) обратимость локальных неврологических симптомов, 3) возникновение непосредственно перед головной болью или в самом начале головной боли, 4) возможность развития без последующей головной боли, 5) купирование приемом триптанов	**2,3,4**	ТК

47. Средства для профилактического лечения мигрени: (3) 1) Ноотропные средства 2) Антигистаминные средства 3) Трициклические антидепрессанты 4) Антиконвульсанты 5) Бета-адреноблокаторы	**3, 4, 5**	ТК, ПА
48. Профилактическое лечение мигрени: (1) 1) Аспирин 2) Парацетамол 3) Пентоксифиллин 4) Метопролол 5) Пирацетам	**4**	ТК
49. Средства для профилактического лечения мигрени: (2) 1) Амитриптилин 2) Топирамат 3) Лидокаин 4) Суматриптан 5) Винпоцетин	**1, 2**	ТК
50. Нефармакологические методы профилактической терапии мигрени (3): 1) когнитивно-поведенческая терапия, 2) биологическая обратная связь, 3) метод релаксации, 4) гирудотерапия, 5) мануальная терапия	**1,2,3**	ТК
51. Средства для купирования приступа мигрени: (3) 1) Спазмолитики 2) Простые анальгетики 3) Бета-адреноблокаторы 4) Нестероидные противовоспалительные средства 5) Триптаны	**2, 4, 5**	ТК, ПА
52. Препараты для купирования приступа мигрени (3): 1) Элетриптан 2) Золмитриптан 3) Фиксированная комбинация ацетилсалициловой кислоты, парацетамола и кофеина 4) Но-шпа 5) Диазепам	**1,2.3**	ТК
53. Средства для купирования приступа мигрени: (2) 1) Ноотропные средства 2) Блокаторы кальциевых каналов 3) Триптаны 4) Комбинированные анальгетики **5)** Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	**3, 4**	ТК
54. Средства для купирования приступа мигрени: (2) 1) Антигипертензивные средства 2) Статины 3) Противорвотные средства 4) Триптаны **5)** Миорелаксанты	**3, 4**	ТК, ПА
55. В пожилом возрасте приступы мигрени: (1) 1) не сопровождаются аурой 2) обычно возникают реже или проходят полностью 3) всегда сопровождаются рвотой 4) трансформируются в другие формы головной боли **5)** всегда сопровождаются повышением артериального давления	**2**	ТК
56. Осложнения мигрени: (3) 1) Обморок 2) мигренозный статус 3) Ишемический инсульт	**2, 3, 5**	ТК

4) Инфаркт миокарда 5) Персистирующая аура		
57. Детские периодические синдромы, связанные с мигренью: (2) 1) Судорожные приступы 2) Приступы потери сознания 3) Абдоминальные боли 4) Преходящие парезы **5)** Рекуррентные рвоты	**3, 5**	ТК, ПА
58. Приступы мигрени в период 15 и более дней в месяц называются: (1) 1) Персистирующая мигрень 2) Резистентная мигрень 3) Хроническая мигрень 4) Хроническая ежедневная головная боль **5)** Смешанная головная боль	**3**	ТК, ПА
59. Факторы хронизации мигрени (3): 1) Тревожное расстройство, 2) Нарушение сна 3) Депрессивное расстройство 4) Сахарный диабет 5) Артериальная гипертензия	**1,2,3**	ТК, ПА
60. Триптаны - это: (1) 1) Антагонисты серотонина 2) Блокаторы адренорецепторов 3) Агонисты серотониновых рецепторов 4) Агонисты ацетилхолина **5)** Блокаторы обратного захвата серотонина	**3**	ТК, ПА
61. Гемиплегическая мигрень: (1) 1) Медленно прогрессирующая гемиплегия 2) Задержка двигательного развития 3) Гемиплегия со стойким остаточным дефектом 4) Повторяющиеся эпизоды гемиплегии со стойким остаточным дефектом **5)** Повторяющиеся эпизоды гемиплегии с полностью обратимым дефектом	**5**	ТК
62. Вестибулярная мигрень – это: (1) 1) развитие системного головокружения как приступ мигрени (обычно в сочетании с головной болью) 2) приступ болезни Меньера у пациента с мигренью 3) доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение у пациента с мигренью 4) синдром укачивания в автомобиле у пациента с мигренью **5)** вестибулярный нейронит у пациента с мигренью	**1**	ТК
63. Мигренозный статус – это: (2) 1) Эпилептический приступ, возникающий у пациента с мигренью 2) Необычно длительный приступ мигрени 3) Серия повторяющихся приступов мигрени 4) Необычно длительная аура мигрени 5) Непрекращающаяся рвота в приступе мигрени	**2, 3**	ТК, ПА
64. Мигренозный инсульт обычно развивается в бассейне: (1) 1) внутренней сонной артерии 2) средней мозговой артерии 3) передней мозговой артерии 4) задней мозговой артерии **5)** смежного кровоснабжения	**4**	ТК
65. Головная боль напряжения возникает: (1) 1) преимущественно у детей до 12 лет 2) преимущественно у пожилых лиц старше 60 лет 3) преимущественно у женщин после менопаузы 4) преимущественно у мужчин в возрасте 20-50 лет	**5**	ТК, ПА

5) в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин		
66. Диагноз головной боли напряжения ставится на основании (2): 1) данных магнитно-резонансной томографии, 2) данных электроэнцефалографии, 3) жалоб пациента, 4) типичной истории заболевания, 5) данных электронейромиографии	**3.4**	ТК
67. Головная боль напряжения (2): 1) значительно усиливается даже при умеренной физической активности 2) обычно не сопровождается рвотой 3) чаще имеет легкую и умеренную интенсивность 4) обычно сопровождается светобоязнью 5) обычно сопровождается звукобоязнью	**2,3**	ТК, ПА
68. Для головной боли напряжения характерна боль: (2) 1) строго локализованная 2) односторонняя 3) диффузная 4) по типу обруча 5) в области глаза	**3, 4**	ТК, ПА
69. Типичная длительность эпизода головной боли напряжения: (1) 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 5) От 10 до 15 дней	**3**	ТК
70. Головная боль напряжения расценивается хроническая, если она возникает в течение месяца (минимальное число): (1) 1) постоянно 2) 20 дней и более 3) 15 дней и более 4) 10 дней и более 5) 5 дней и более	**3**	ТК, ПА
71. Для головной боли напряжения характерно: (2) 1) боль в области уха 2) боль в области глаза 3) напряжение мышц скальпа 4) эмоциональное напряжение 5) напряжение глазных мышц	**3, 4**	ТК
72. Лечение приступа головной боли напряжения: (3) 1) Антиконвульсанты 2) Нестероидные противовоспалительные средства 3) Сосудорасширяющие средства 4) Простые анальгетики 5) Комбинированные анальгетики	**2, 4, 5**	ТК, ПА
73. Препараты для купирования головой боли напряжения (3): 1) Суматриптан 2) Ибупрофен 3) Ацетилсалициловая кислота 4) Золпидем 5) Парацетамол	**2.3,5**	ТК, ПА
73. Профилактическое лечение головной боли напряжения: (2) 1) Антигипертензивные средства 2) Ноотропные средства 3) Трициклические антидепрессанты 4) Миорелаксанты 5) Вазоактивные средства	**3, 4**	ТК, ПА
75. Профилактическое лечение головной боли напряжения (2): 1) Винпоцетин 2) Тиамин	**4,5**	ТК

3) Пирацетам 4) Амитриптилин 5) Дулоксетин		
76. Нефармакологическое лечение головной боли напряжения: (34) 1) Биологическая обратная связь 2) Гомеопатия 3) Когнитивно-поведенческая терапия 4) Мануальная терапия 5) Релаксационный тренинг	**1, 3, 5**	ТК
77. Приступ пучковой (кластерной) головной боли обычно длится: (1) 1) 30 секунд-1 мин 2) 1-2 мин 3) 3-5 мин 4) 5-10 мин 5) 15-180 мин	**5**	ТК, ПА
78. Типичное течение пучковой головной боли: (1) 1) прогрессирующее (увеличение частоты приступов) 2) в виде периодов обострений и отсутствия приступов 3) в виде постоянных приступов не менее 1 в течение дня 4) в виде постоянных приступов не менее 1 в течение недели 5) регрессирующее (уменьшение частоты приступов) после первого эпизода	**2**	ТК
79. Для кластерной (пучковой) головной боли характерны (3): 1) высокая интенсивность головной боли, 2) преобладание у мужчин, 3) сжимающий характер боли, 4) сверлящий характер боли, 5) затылочная локализация	**1.2.4**	ТК, ПА
80. Типичные клинические признаки кластерной (пучковой) головной боли (3): 1) односторонняя локализация, 2) распространение боли в шею, 3) наличие локальных вегетативных симптомов, 4) боли в области глаза, 5) боли в теменной области	**1.3.4**	ТК, ПА
81. Во время приступа кластерной (пучковой) головной боли на стороне боли могут наблюдаться (3): 1) слезотечение, 2) покраснение глаза, 3) слепота на один глаз, 4) кровоизлияние в сетчатку, 5) отек века	**1.2,5**	ТК, ПА
82. Приступы пучковой головной провоцируются приемом: (3) 1) горячей пищи 2) алкоголя 3) гистамина 4) нитроглицерина 5) острой пищи	**2, 3, 4**	ТК
83. Пучковая головная боль преобладает в возрасте: (1) 1) до 10 лет 2) от 10 до 20 лет 3) от 20 до 40 лет 4) от 40 до 60 лет 5) 60 лет и старше	**3**	ТК
84. Типичная локализация пучковой головной боли: (2) 1) затылочная область 2) теменная область 3) вокруг глаза 4) височная область **5)** шейно-плечевая область	**3, 4**	ТК, ПА

85. При пучковой головной типичен синдром (1): 1) Бернара-Горнера, 2) Вебера, 3) Броун-Секара, 4) Валленберга-Захарченко 5) Парино	**1**	ТК, ПА
86. Боль в приступах кластерной головной боли бывает: (2) 1) Односторонняя 2) Односторонняя с возможной сменой стороны 3) Двусторонняя затылочная с распространением на шейно-плечевую область 4) Двусторонняя височная 5) Диффузная	**2, 3**	ТК
87. Купирования приступа пучковой головной боли: (3) 1) нестероидные противовоспалительные средства 2) вдыхание 100%-ного кислорода 3) аспирин 4) интраназальное введение лидокаина 5) дигидроэрготамин	**2, 4, 5**	ТК, ПА
88. Для купирования кластерной головной боли применяются (3): 1) суматриптан перорально, 2) 4% раствор лидокаина интраназально, 3) суматриптан подкожно, 4) парацетамол, 5) метамизол натрия	**1,2,3**	ТК
89. Профилактическое лечение пучковой головной боли: (4) 1) Антидепрессанты 2) Верапамил 3) Карбонат лития 4) Преднизолон 5) Топирамат	**2, 3, 4, 5**	ТК, ПА
90. Пароксизмальная гемикрания имеет (3): 1) высокую интенсивность боли, 2) тошноту, 3) одностороннюю орбитальную локализацию, 4) светобоязнь, 5) слезотечение на стороне боли	**1,3.5**	ТК
91.Длительность приступа пароксизмальной гемикрании: (1) 1) 10-30 секунд 2) 2-30 мин 3) 30-180 мин 4) 4-24 часа 5) 1-3 суток	**2**	ТК
92. Лечение приступов пароксизмальной гемикрании (1): 1) Парацетамол 2) Индометацин 3) Глицин 4) Диклофенак 5) Амитриптилин	**2**	ТК
93. Для невралгии тройничного нерва характерны (3): 1) кратковременность приступа боли, 2) продолжительность приступа боли от 30 до 60 минут, 3) боль по типу «прохождения электрического тока», 4) распирающая боль в лобно-височной области, 5) высокая интенсивность боли	**1.3,5**	ТК, ПА
94. Для идиопатической невралгии тройничного нерва характерны (2): 1) наличие триггерных зон, 2) гипестезия в области иннервации пораженной ветви тройничного нерва, 3) односторонний парез мимической мускулатуры,	**1,4**	ТК

4) болезненность при пальпации точки выхода заинтересованной ветви тройничного нерва, 5) отек века		
95. Невралгия тройничного нерва (2): 1) проявляется пароксизмами боли до нескольких минут, 2) чаще возникает в пожилом возрасте, 3) часто сопровождается парезом мимических мышц, 4) купируется пирацетамом, 5) Провоцируется приемом алкоголя	**1,2**	ТК, ПА
96. При постгерпетической невропатии тройничного нерва наиболее часто поражается (1): 1) I ветвь тройничного нерва, 2) II ветвь тройничного нерва, 3) III ветвь тройничного нерва, 4) II и III ветви тройничного нерва, 5) I и II ветви тройничного нерва	**1**	ТК
97. Тип боли при идиопатической невралгии тройничного нерва (1): 1) ноцицептивный, 2) центральный невропатический, 3) периферический невропатический, 4) психогенный, 5) смешанный	**3**	ТК
98. Боли при невралгии тройничного нерва (2): 1) локализуются в области виска или лба, 2) продолжаются секунды или минуты, 3) чередуются с обеих сторон, *4)* носят пароксизмальный характер, *5)* обычно сопровождаются рвотой	**2,4**	ТК, ПА
99. Препарат первого выбора для лечения невралгии тройничного нерва (1): 1) амитриптилин, 2) топирамат, 3) карбамазепин, 4) глицин, 5) диазепам	**3**	ТК, ПА
100. Лечение невралгии тройничного нерва (2): 1) прегабалин, 2) преднизолон, 3) карбамазепин, 4) тиамин, 5) фенобарбитал	**1,3**	ТК, ПА
101. Лечение идиопатической невралгии тройничного нерва (3): 1) микрохирургическая репозиция кровеносного сосуда, сдавливающего ветвь тройничного нерва, 2) клипирование аневризмы церебральной артерии, 3) карбамазепин, 4) прегабалин, 5) трамал	**1,3,4**	ТК, ПА
102. Невралгии языкоглоточного нерва (3): 1) наблюдается в 100 раз реже, чем невралгия тройничного нерва, 2) часто возникает после переохлаждения, 3) имеет легкую интенсивность, 4) локализуется боли в области корня языка, миндалин, небных дужек, 5) провоцируется глотанием пищи	**1.4.5**	ТК
103. Лекарственно-индуцированная головная боль вызывается избыточным приемом: (3) 1) простых и комбинированных анальгетиков	**1, 2, 4**	ТК

2) триптанов 3) сосудорасширяющих средств 4) нестероидных противовоспалительных средств 5) антигистаминных средств		
104. Лекарственно-индуцированная головная боль развивается у пациентов с: (1) 1) хронической суставной болью 2) хроническими болями в спине 3) хроническими головными болями 4) паркинсонизм 5) алкоголизмом	**3**	ТК
105. Лекарственно-индуцированная головная боль (3): 1) вторичная форма головной боли, 2) возникает только у пациентов с мигренью, 3) связана с избыточным приемом обезболивающих препаратов, 4) развивается при регулярном приеме более 10 таблеток триптана в месяц, 5) развивается при регулярном приеме более 10 таблеток антидепрессанта в месяц	**1,3.4**	ТК
106. Лекарственно-индуцированная головная боль развивается чаще всего у пациентов с: (1) 1) посттравматической головной болью 2) головной болью, связанной с артериовенозной мальфомацией 3) головной болью, связанной с психическими заболеваниями 4) мигренью 5) пучковой головной болью	**4**	ТК
107. Резкая отмена часто используемого средства для купирования головной боли приводит к: (2) 1) появлению тошноты 2) появлению светобоязни 3) усилению головной боли 4) ухудшению общего состояния пациента 5) появлению брадикардии	**3, 4**	ТК
108. В лечении лекарственно-индуцированной головной боли приоритетно: (1) 1) Назначение дополнительного средства 2) Замена средства для купирования головной боли другим препаратом этой же группы 3) Полная отмена средства для купирования головной боли и замена препаратом другого класса 4) Назначение ноотропных средств 5) Назначение антигистаминных средств	**3**	ТК
109. Лечение лекарственно-индуцированной головной боли (3): 1) Разъяснение пациенту вреда избыточного приема обезболивающих препаратов 2) Отмена обезболивающих препаратов, принимаемых в избытке 3) Назначение антидепрессантов 4) Назначение ноотропных средств 5) Назначение снотворных препаратов	**1,2,3**	ТК
110. Профилактика лекарственно-индуцированной головной боли: (3) **1)** Антидепрессанты 2) Транквилизаторы 3) Ноотропные средства 4) Антиконвульсанты 5) Сосудорасширяющие средства	**1,4,5**	ТК

Шифр и наименование компетенции:

-готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ПК-11);

Раздел дисциплины (тема): Опухоли головного и спинного мозга (Тема 8).

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

1. Для опухоли лобной доли характерно: (2) 1) нарушения поведения, 2) дисфагия, 3) недержание мочи, 4) гемианопсия, 5)дисфония.	1,3	ТК, ПА
2. Проявления внутричерепной гипертензии при опухоли головного мозга: (2) 1)аносмия, 2) мозжечковая атаксия, 3) гемипарез, 4) тошнота и рвота, 5) головные боли.	4,5	ТК, ПА
3. Для опухоли гипофиза характерно: (2) 1) акромегалия, 2) атаксия, 3)астереогноз, 4) битемпоральная гемианопсия, 5) эпилептические припадки.	1,4	ТК, ПА
4. Причины повышения внутричерепного давления при опухоли головного мозга: (3) 1) избыточная продукция ликвора, 2) окклюзия ликвороносных путей, 3) отек головного мозга, 4) снижение резорбции ликвора, 5) увеличение объема головного мозга.	2,3,5	ТК, ПА
5. **Наличие метастазов в головной мозг наиболее типично для рака: (1)** 1) поджелудочной железы, 2) желудка, 3) легкого, 4) толстой кишки, 5) почки.	3	ТК, ПА
6. Для опухоли теменной доли характерно: (2) 1) конструктивная апраксия, 2) дисфония, 3)тетрарапарез, 4)гемигипестезия, 5)задержка мочеиспускания.	1,4	ТК, ПА
7. Лечение невриномы мостомозжечкового угла: (1) 1) хирургическое удаление опухоли, 2) лучевая терапия, 3) химиотерапия, 4) комбинация химиотерапии и лучевой терапии, 5) кортикостероиды.	1	ТК
8. Для опухоли затылочной доли характерно: (1) 1) гемипарез, 2) дизартрия, 3) аносмия, 4) гемианопсия, 5) сенситивная атаксия.	4	ТК, ПА
9. Для опухоли мозжечка характерно: (3) 1) гемигипестезия, 2) гемианопсия, 3) атаксия, 4) мышечная гипотония, 5) головные боли.	3-5	ТК, ПА
10. Среди опухолей головного мозга наиболее часто встречаются: (1)	1	ТК

1) нейроэпителиальные (глиальные) опухоли, 2) опухоли мозговых оболочек, 3) опухоли гипофиза, 4) опухоли черепных нервов, 5) дизэмбриогенетические опухоли.		
11. Для менингиомы характерно: (2) 1) метастазирование в вещество головного мозга, 2) метастазирование в вещество спинного мозга, 3) метастазирование во внутренние органы, 4) медленный рост, 5) доброкачественный характер опухоли.	4,5	ТК, ПА
12. Лечение менингиомы: (1) 1) кортикостероиды, 2) лучевая терапия, 3) химиотерапия, 4) комбинация лучевой терапии и химиотерапии, 5) хирургическое удаление опухоли.	5	ТК
13. Смертность от опухолей мозга составляет от общей смертности около (1): 1) 1%, 2) 5%, 3) 10%, 4) 15%, 5) 20%.	1	ТК
14. Для головной боли при опухоли головного мозга характерно (2): 1) аура, 2) постепенное нарастание, 3) слезотечение или сухость глаза, 4) усиление ночью или утром, 5) прекращение при приеме агонистов серотониновых рецепторов.	2,4	ТК, ПА
15. Эпилептические припадки наблюдаются при опухоли головного мозга в (1): 1) 1%, 2) 5%, 3) 30%, 4) 10%, 5) 90%.	3	ТК
16. Малосимптомное течение характерно для опухоли (3): 1) передних отделов лобной доли, 2) гипофиза, 3) мозолистого тела, 4) мозжечка, 5) височной доли недоминантного полушария.	1,3,5	ТК
17. Основной метод диагностики опухоли головного мозга (1): 1) электроэнцефалография, 2) эхоэнцефалоскопия, 3) магнитно-резонансная томография головы, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) рентгенография черепа.	3	ТК, ПА
18. Корешковые боли при опухоли спинного мозга (3): 1) чаще встречаются при интрамедуллярной локализации, 2) обычно усиливаются в положении лежа и при кашле, 3) часто сопровождаются болезненностью при перкуссии остистых отростков, 4) всегда сопровождаются мышечно-тоническим синдромом, 5) часто являются первым симптомом.	2,3,5	ТК, ПА
19. Основной метод диагностики опухоли спинного мозга (1): 1) спондилография, 2) люмбальная пункция, 3) магнитно-резонансная томография позвоночника, 4) миелография,	3	ТК

5) электронейромиография.		
20. Для экстрамедуллярной опухоли грудной локализации справа характерно (3): 1) синдром Горнера слева, 2) расстройство глубокой чувствительности в правой ноге, 3) расстройство болевой чувствительности в правой ноге, 4) центральный парез правой ноги, 5) корешковые боли справа.	2,4,5	ТК
21. Для опухоли премоторной зоны характерно (1) 1) гемипарез с преобладанием в ноге 2) моторная афазия 3) адверсивные эпилептические припадки 4) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли 5) все перечисленное	2	ТК
22. Синдром Фостера Кеннеди встречается при (1): 1) опухоль основания лобных долей 2) опухоль пинеальной области 3) опухоль червя мозжечка 4) эпендимома конечной нити	1	ТК
23. Синдром Фостера Кеннеди (3) 1) гемипарез с преобладанием в руке 2) аносмия ипсилатеральная 3) центральная скотома на стороне поражения 4) отек зрительного нерва на противоположной стороне опухоли 5) все перечисленное	2,3,4	ТК
24. Какой черепной нерв чаще является местом исходного роста невриномы (1) 1) зрительный 2) тройничный 3) преддверно-улитковый 4) подъязычный 5) добавочный	3	ТК, ПА
25. Причины повышения внутричерепного давления при опухолях головного мозга: (3) 1) избыточная продукция цереброспинальной жидкости, 2) окклюзия путей оттока цереброспинальной жидкости, 3) отек головного мозга, 4) снижение резорбции цереброспинальной жидкости, 5) увеличение объема головного мозга.	2,3,5	ТК, ПА
26. Признаки повышенного внутричерепного давления (3) 1) головные боли 2) головокружение 3) шум в ушах 4) тошнота и рвота 5) отек дисков зрительных нервов	1,4,5	ТК, ПА
27. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют (1) 1) большие судорожные припадки 2) абсансы 3) зрительные галлюцинации 4) верхнеквадрантная гемианопсия	4	ТК, ПА
28. Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения (1) 1) перекреста зрительных нервов	4	ТК

2) зрительного тракта 3) первичных зрительных центров 4) путей в зрительном венце 5) шпорной борозды		
29. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны (1) 1) гомонимная гемианопсия 2) биназальная гемианопсия 3) битемпоральная гемианопсия 4) верхнеквадрантная гемианопсия	3	ТК, ПА
30. Среди опухолей турецкого седла обызвествление чаще наблюдают при (1) 1) аденоме гипофиза 2) краниофарингеоме 3) глиоме зрительного нерва	2	ТК
31. Битемпоральная гемианопсия при опухолях турецкого седла встречается при (1) 1) супраселлярном росте аденомы гипофиза 2) менингиомы краниовертебрального перехода 3) глиобластомы левой височной доли 4) всеми перечисленными факторами	1	ТК
32. Для расстройства зрения при менингеоме бугорка турецкого седла характерны (1) 1) центральная и парацентральная скотомы 2) гомонимная гемианопсия 3) битемпоральная гемианопсия 4) биназальная гемианопасия	3	ТК, ПА
33. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («обрубленная пирамида») является характерным рентгенологическим признаком (1) 1) невриномы слухового нерва 2) невриномы тройничного нерва 3) менингеомы Блюменбахова ската	2	ТК
34. К опухоли мозговых оболочек относят (1): 1) глиобластома 2) астроцитома 3) менингиома 4) эпендимома	3	ТК, ПА
35. К гормонально-активным опухолям головного мозга относятся (3) : 1. соматотропинома, 2. пролактинома, 3. кортикотропинома, 4. инсулинома	1,2,3	ТК, ПА
36. Лечение невриномы мостомозжечкового угла (1): 1) хирургическое удаление опухоли, 2) лучевая терапия, 3) химиотерапия, 4) комбинация химиотерапии и лучевой терапии, 5) кортикостероиды.	1	ТК, ПА
37. К нейроэпителиальным опухолям относятся(2): 1. астроцитома 2. олигодендроглиома	1,2	ТК, ПА

3. гемангиобластома		
38. К злокачественным опухолям головного мозга относится (1): 1. астроцитома 2. менингиома 3. глиобластома 4. эпендимома	3	ТК, ПА
39. Для головной боли при внутричерепной гипертензиия характерны (3): 1) аура, 2) постепенное нарастание, 3) усиление ночью или утром, 4) тошнота, рвота, 5) прекращение при приеме нестероидных противовоспалительных средств	2,3,4	ТК, ПА
40. Бессимптомное течение часто встречается при опухоли (2): 1) передних отделов лобной доли, 2) гипофиза, 3) мозжечка, 4) задних отделов лобной доли, 5) височной доли недоминантного полушария.	1,5	ТК
41. К нейроэпителиальным опухолям относится (1): 1. хориоидпапиллома 2. пинеоцитома 3. шваннома 4. аденома гипофиза 5. астроцитома	5	ТК, ПА
42. К опухолям, локализующимся преимущественно в пинеальной области, относится (1): 1. хориоидпапиллома 2. пинеоцитома 3. шваннома 4. олигодендроглиома	2	ТК
43. К опухолям сосудистого сплетения относится (1): 1. хориоидпапиллома 2. пинеоцитома 3. шваннома 4. аденома гипофиза 5. астроцитома	1	ТК
44. К эмбриональным опухолям относится (1): 1. астроцитома 2. менингиома 3. глиобластома 4. эпендимома 5. медуллобластома	5	ТК
45. Опухоли преимущественно селлярной локализации (1): 1. краниофарингиома 2. менингиома 4. глиобластома 5. астроцитома	1	ТК
46. К опухолям преимущественно селлярной локализации относится (1): 1. менингиома 2. глиобластома 3. аденома гипофиза 4. астроцитома	3	ТК

5. хориоидпапиллома		
47. К основным группам опухолей головного мозга относятся (3): 1) нейроэпителиальные опухоли 2) опухоли мозговых оболочек 3) метастатические опухоли 4) опухоли желудочков головного мозга 5) супратенториальные опухоли	1,2,3	ТК, ПА
48. К нейроэпителиальным опухолям относятся: (3): 1) менингиомы, 2) олигодендроглиомы 3) астроцитомы 4) остеомы, 5) эпендимомы	2,3,5	ТК, ПА
49. Наиболее частые источники метастатического поражения головного мозга (1): 1) рак легких, рак молочной железы, меланома, 2) рак прямой кишки, рак легких, рак яичников 3) меланома, рак легких, рак прямой кишки 4) рак молочной железы, рак яичников, рак матки,	1	ТК, ПА
50. К оболочечным опухолям головного мозга относятся: (2): 1) менингиомы 2) тератомы 3) шванномы 4) краниофарингеомы 5) эпендимомы	1,3	ТК, ПА
51. Наиболее часто встречающиеся опухоли оболочек головного мозга: (1): 1) менингиомы 2) медуллобластомы, 3) астроцитомы, 4) тератомы, 5) герминомы	1	ТК, ПА
52. Спинальные менингиомы относятся к (1): 1) экстрамедуллярным опухолям 2) интрамедуллярным опухолям спинного мозга 3) экстра- и интрамедуллярным опухолям	1	ТК, ПА
53. Экстрадуральные опухоли: (2): 1) поражают позвонки и перидуральную клетчатку 2) первично злокачественные 3) часто имеют метастатическую природу 4) относятся к доброкачественным опухолям	1,3	ТК
54. Признаки повышения внутричерепного давления: (3): 1) генерализованные эпилептические припадки 2) застойные диски зрительных нервов 3) головные боли, тошнота, рвота 4) угнетение сознания 5) экзофтальм	2,3,4	ТК, ПА
55. Основные клинические проявления спинальных опухолей на ранних стадиях (3): 1) болевой синдром 2) чувствительные нарушения 3) двигательные нарушения 4) паренеопластический синдром	1,2,3	ТК

56. Лечение менингиомы: (1) 1) кортикостероиды, 2) лучевая терапия, 3) химиотерапия, 4) комбинация лучевой терапии и химиотерапии, 5) хирургическое удаление опухоли.	5	ТК
57. Наиболее часто встречающиеся внутримозговые опухоли (2): 1) глиомы, 2) метастатические опухоли, 3) менингиомы, 4) шванномы,	1,2	ТК, ПА
58. Наиболее распространенные первично злокачественные опухоли головного мозга (1): 1) менингосаркомы, 2) анапластические астроцитомы, 3) глиобластомы, 4) медуллобластомы,	3	ТК, ПА
59. К доброкачественным новообразованиям относятся (3): 1) краниофарингиомы, 2) менингиомы, 3) медуллобластомы, 4) дермоидные кисты 5) липомы	2,4,5	ТК, ПА
60. Для экстрамедуллярной опухоли грудного отдела спинного мозга, расположенной справа, характерно (3): 1) корешковые боли справа, 2) расстройство болевой чувствительности в правой ноге, 3) расстройство глубокой чувствительности в правой ноге, 4) центральный парез правой ноги, 5) расстройство глубокой чувствительности в левой ноге,	1,3,4	ТК, ПА
61. Средняя продолжительность жизни при канцероматозе оболочек оставляет: (1) 1) 3 месяца, 2) 1 год, 3) 3 года, 4) 5 лет, 5) 10 лет.	1	ТК
62. К наиболее часто располагающимся супратенториальным опухолям относятся (3): 1) невриномы вестибуло-кохлеарного нерва, 2) менингиомы, 3) краниофарингиомы, 4) эпендимомы, 5) хориоидпапилломы.	2	ТК, ПА
63. К наиболее часто располагающимся субтенториально опухолям относятся (2): 1) атипические астроцитомы, 2) медуллобластомы, 3) эпендимомы, 4) невриномы вестибуло-кохлеарного нерва, 5) астроцитомы.	4	ТК, ПА
64. Особенности медуллобластом (1): 1) образование в раннем возрасте,	1	ТК, ПА

2) супратенториальное расположение, 3) преимущественное поражение больших полушарий, 4) образование из тканей арахноидальной оболочки.		
65. Характерная особенность опухолей субтенториальной локализации (1): 1) формирование внутренней гидроцефалии, 2) повышенная склонность к кистообразованию и обызвествлению, 3) аутолизис, 4) гематогенный путь метастазирования, 5) ликворогенный путь метастазирования.	1	ТК, ПА
66. Основная особенность клинического течения менингеом головного мозга (3): 1) преобладание очаговой симптоматики, 2) дебют заболевания с общемозговой симптоматики, 3) изменение формы и размера головы, 4) длительный бессимптомный период.	4	ТК, ПА
67.Интрамедуллярные первичные опухоли (1): 1)менингиома, 2) шваннома, 3) эпендимома, 4) нейробластома, 5) хордома, .	3	ТК
68. Экстрамедуллярные первичные опухоли (2): 1) менингиома, 2) шваннома, 3) эпендимома, 4) нейробластома, 5) астроцитома.	2	ТК
69. Симптоматическая консервативная терапия пациентов с опухолями головного мозга (2): 1) антибактериальная, 2) антиагрегантная, 3) дегидратационная, 4) антикоагулянтная, 5) противоэпилептическая,	3,5	ТК
70. Дифференциальная диагностика спинальных опухолей проводится с (3) 1) демиелинизирующими заболеваниями, 2) дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, 3) спинальными ишемическими инсультами, 4) болезнью Альцгеймера, 5) сирингомиелией	2,3	ТК
71. Нарушение сознания при опухолях задней черепной ямки возникают вследствие (2) 1) метастазирования в левое полушарие головного мозга 2) метастазирования в правое полушарие головного мозга 3) развития окклюзионной гидроцефалии 4) прорастания или компрессии опухолью ствола мозга 5) хронического нарушения мозгового кровообращения	3,4	ТК, ПА
72. Опухоли спинного мозга вентральной локализации вызывают (1) 1) преимущественно чувствительные расстройства 2) преимущественно двигательные расстройства	2	ТК

3) атактические расстройства 4) трофические расстройства 5) сенситивную атаксию		
73. Характерными признаками злокачественных опухолей головного мозга являются все перечисленные, кроме (1) 1) полиморфизма 2) инфильтративного роста 3) метастазирования 4) четкой ограниченности узла 5) изменений структуры клетки опухоли	4	ТК
74. Признаки опухоли височной доли (2): 1) наличие гемипареза 2) повышение тонуса в парализованных конечностях 3) наличие атаксии 4) эпилептические припадки 5) сенсорная афазия	4,5	ТК, ПА
75. Ведущий симптом опухоли постцентральной извилины (1): 1) центральный гемипарез 2) корковый парез взора 3) центральный парез мышц лица 4) гемигипестезия 5) центральный парез языка	4	ТК, ПА
76. При субтенториальных опухолях характерно развитие гидроцефалии (2): 1) открытой 2) окклюзионной 3) нормотензивной 4) внутренней	2,4	ТК
77. Центральный парез развивается при локализации внутричерепной опухоли в области (2): 1) лобно-парасагиттальной 2) передней центральной извилины 3) лобно-полюсных структур 4) мозолистого тела 5)мозжечка	1,2	ТК, ПА
78. Признаки опухоли левой лобной доли (2): 1) центральный гемипарез 2) моторная афазия 3) сенсорная афазия 4) амнестическая афазия 5) гемигипестезия	1,2	ТК, ПА
79. Признак опухоли затылочной доли (1): 1) центральныйгемипарез 2) гемигипестезия 3) гемиатаксия 4) корковый парез взора 5) гемианопсия	5	ТК, ПА
80. Признаки опухоли полушария мозжечка (2): 1) нистагм 2) моторная афазия 3) контралатеральная мышечная гипотония 4) гомолатеральная атаксия 5) сенсорная афазия	1,4	ТК, ПА

81. Признаки опухоли ствола головного мозга (2): 1) моторная афазия 2) сенсорная афазия 3) амнестическая афазия 4) нарушение сознания 5) бульбарные нарушения	4,5	ТК, ПА
82. Центральный парез развивается вследствие поражения внутримозговой опухолью (1): 1) лучистого венца 2) лобно-полюсных структур 3) мозолистого тела 4) мозжечка 5) зрительного бугра	1	ТК, ПА
83. Признаки опухоли лобной доли (3): 1) центральный гемипарез 2) гемигипестезия 3) корковый парез взора 4) нарушение поведения 5) псевдобульбарные нарушения	1,3,4	ТК, ПА
84. Психические нарушения наиболее характерны для локализации опухоли в области (2): 1) постцентральной извилины 2) лобной доли 3) передних отделов мозолистого тела 4) мозжечка 5) теменной доли	2,3	ТК, ПА
85. Снижение слуха на одно ухо в сочетании с поражением тройничного или лицевого нерва характерно для (2): 1) атипическиой астроцитомы, 2) медуллобластомы, 3) эпиндимомы, 4) невриномы преддверно-улиткового нерва, 5) астроцитомы.	4	ТК, ПА
86. В последние годы среди опухолей головного мозга увеличилось число (1): 1) аденом гипофиза, 2) лимфом, 3) эпиндимом, 4) неврином преддверно-улиткового нерва, 5) астроцитом.	2	ТК
87. Первичные опухоли головного мозга составляют от всех злокачественных новообразований (2): 1) 2%, 2) 10%, 3) 20%, 4) 30%, 5) 40%	1	ТК
88. Симптомы любой опухоли головного мозга могут быть вызваны (3): 1) усилением имеющихся сочетанных заболеваний головного мозга, 2) усилением имеющихся сочетанных соматических заболеваний, 3) инфильтративным ростом опухоли, 4) смещением и компрессией тканей головного мозга, 5) присоединением эпилептических припадков.	3.4,5	ТК
89. Первое проявление опухоли головного мозга (4): 1) головная боль,	1,2,4,5	ТК

2) моторная афазия, 3) пароксизмальное позиционное вестибулярное головокружение, 4) эпилептический припадок, 5) центральный гемипарез.		
90. Головная боль при опухоли головного мозга (2): 1) часто возникает или усиливается ночью или в утреннее время, 2) может сопровождаться тошнотой и рвотой, 3) обычно сопровождается аурой в течение 10-20 минут, 4) облегчается в горизонтальном положении, 5) обычно проходит после приема индометацина.	1,2	ТК, ПА
91. Синдром Брунса при опухоли головного мозга (2): 1) интенсивное вестибулярное головокружение, 2) резкая головная боль, 3) вынужденное положение головы, 4) преходящая моторная афазия, 5) преходящая сенсорная афазия.	2,3	ТК
92. Синдром Брунса при опухоли головного мозга вызван (1): 1) вклинением височной доли в намет мозжечка, 2) вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, 3) окклюзией IY желудочка, 4) серией парциальных эпилептических припадков, 5) серией генерализованных эпилептических припадков.	3	ТК
93. Эпилептические припадки при опухоли головного мозга (2): 1) возникают у 70% больных, 2) чаще развиваются при медленно растущих поверхностных опухолях (менингиомах), 3) длительное время могут быть единственным симптомом, 4) в большинстве случаев проявляются серией приступов, 5) никогда не возникают при заинтересованности височной доли.	2,3	ТК
94. Для метастатического поражения головного мозга характерны (2): 1) быстрое прогрессирование, 2) преимущественное поражение лобной доли, 3) частое развитие эпилептических припадков, 4) регресс неврологических нарушений при успешном лечении основной опухоли, 5) благоприятный прогноз при успешном лечении основной опухоли.	1,3	ТК, ПА
95. Мультиформная глиобластома (3): 1) одна из наиболее частых опухолей головного мозга (20%), 2) имеет благоприятный прогноз, 3) чаще развивается в стволе головного мозга, 4) часто проявляется эпилептическими припадками, 5) представляет первичную опухоль головного мозга.	1,4,5	ТК
96. Эпендимома возникает в (1): 1) лобной доли, 2) теменной доли, 3) височной доли, 4) мозжечке, 5) IY желудочке.	5	ТК
97. Лечение мультформной глиобластомы (2): 1) хирургическое удаление, 2) иммуноглобулин G, 3) нестероидные противовоспалительные средства, 4) лучевая терапия,	1,4	ТК

5) ноотропные средства.		
98. Ведение пациентов с бессимптомной небольшой менингиомой (1): 1) хирургическое удаление, 2) хирургическое удаление, химиотерапия, 3) хирургическое удаление, лучевая терапия 4) хирургическое удаление, химиотерапия, лучевая терапия 5) отсутствие лечения, повторные рентгеновские компьютерные или магнитно-резонансные томографии.	5	ТК, ПА
99. Лечение первичной лимфомы головного мозга (1): 1) хирургическое удаление, 2) химиотерапия (метотрексат), лучевая терапия 3) хирургическое удаление, лучевая терапия 4) лучевая терапия 5) отсутствие лечения, повторные рентгеновские компьютерные или магнитно-резонансные томографии.	2	ТК
100. Метастазы в спинной мозг часто возникают при (4): 1) опухоли щитовидной железы, 2) раке легкого, 3) раке молочной железы, 4) миеломной болезни, 5) лимфоме.	2,3,4,5	ТК

Раздел дисциплины (тема): Черепно-мозговая травма (Тема 9).

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

1. Причины первичного повреждения головного мозга при травме головы (2): 1) механическое действие ранящего предмета, 2) отек головного мозга, 3) ротационное движение мозга, 4) гидроцефалия.	1,3	ТК, ПА
2. Дислокационный синдром характерен для (2): 1) сотрясения головного мозга, 2) субдуральной гематомы, 3) ушиба головного мозга средней степени, 4) ушиба головного мозга легкой степени, 5) эпидуральной гематомы.	2,5	ТК, ПА
3. Эпидуральная гематома возникает вследствие кровотечения из (1): 1) задней мозговой артерии, 2) дуро-пиальных вен, 3) средней оболочечной артерии, 4) передней мозговой артерии.	3	ТК
4. Длительность потери сознания при сотрясении головного мозга (1): 1) несколько секунд или минут, 2) 1-2 часа, 3) 3-24 часа, 4) более суток.	1	ТК, ПА
5.Типичные проявления височно-тенториального вклинения при внутричерепной гематоме (3): 1) расширение зрачка на стороне расположения гематомы, 2) гемипарез на стороне, противоположной расположению гематомы,	1,2, 4	ТК, ПА

3) синдром Горнера на стороне расположения гематомы, 4) нарушение сознания, 5) дисфагия, дизартрия, дисфония.		
6. Отсутствие неврологических нарушений спустя 2-3 часа после черепно-мозговой травмы характерно для (1): 1) ушиба головного мозга средней степени, 2) ушиба головного мозга легкой степени, 3) сотрясения головного мозга, 4) ушиба головного мозга тяжелой степени, 5) внутричерепной травматической гематомы.	3	ТК, ПА
7. Субдуральная травматическая гематома обычно осложняется (1): 1) окклюзионной гидроцефалией, 2) ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии, 3) височно-тенториальным вклинением, 4) кровоизлиянием в зрительный бугор, 5) диффузным аксональным повреждением.	3	ТК, ПА
8. Позднее осложнение черепно-мозговой травмы (2): 1) ликворея, 2) внутримозговая гематома, 3) эпилептические припадки, 4) ишемический инсульт, 5) отек головного мозга.	1,3	ТК, ПА
9. Биомеханическая причина диффузного аксонального повреждения мозга: (1) 1) ротационное движение мозга, 2) компрессия головного мозга, 3) отек головного мозга, 4) механическая энергия ранящего предмета, 5) гидроцефалия.	1	ТК
10. Наиболее частая причина развития гидроцефалии в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы: (1) 1) гиперпродукция ликвора, 2) образование эпидуральной гематомы, 3) снижение резорбции ликвора, 4) окклюзия ликворных путей.	3	ТК
11. Наиболее частая локализация внутричерепной травматической гематомы: (1) 1) эпидуральная, 2) внутримозговая, 3) субдуральная, 4) внутрижелудочковая.	3	ТК
12. Причина развития гидроцефалии в остром периоде черепно-мозговой травмы: (1) 1) гиперпродукция ликвора, 2) окклюзия ликворных путей, 3) снижение резорбции ликвора, 4) ликворея.	2	ТК
13. К легкой черепно-мозговой травме относят: (2) 1) сотрясение головного мозга, 2) компрессию головного мозга, 3) ушиб головного мозга тяжелой степени, 4) ушиб головного мозга средней степени, 5) ушиб головного мозга легкой степени,	1,5	ТК, ПА
14. Показания к оперативному лечению при черепно-мозговой травме (2): 1) субдуральная гематома, 2) ушиб головного мозга легкой степени, 3) эпидуральная гематома, 4) ушиб головного мозга средней степени, 5) субарахноидальное кровоизлияние.	1,3	ТК, ПА
15. При подозрении на травматическую компрессию головного	3	ТК, ПА

мозга наиболее информативна: (1) 1) эхоэнцефалоскопия, 2) рентгенография черепа, 3) рентгеновская компьютерная томография, 4) электроэнцефалография.		
16. Смещение срединных структур головного мозга при эхоэнцефалоскопии у больных с черепно-мозговой травмы характерно для (1): 1) отека головного мозга, 2) диффузного аксонального повреждения, 3) гидроцефалии, 4) субдурального кровоизлияния, 5) субарахноидального кровоизлияния.	4	ТК
17. Для травматической эпидуральной гематомы характерно (3): 1) поражение глазодвигательного нерва, 2) кратковременная потеря сознания, 3) гемипарез, 4) синдром Горнера, 5) эпилептические припадки.	1,3,5	ТК, ПА
18. По шкале Глазго при легкой черепно-мозговой травме (1): 1) 3 балла, 2) 4-7 баллов, 3) 8-12 баллов, 4) 13-15 баллов.	4	ТК
19. Вероятность кровоизлияния при легкой черепно-мозговой травме около (1): 1) 1%, 2) 5%, 3) 10%, 4) 20%, 5) 30%.	1	ТК
20. Вероятность кровоизлияния повышается, если до травмы больной принимал (1): 1) амитриптилин, 2) варфарин, 3) калимин, 4) атенолол, 5) седуксен.	2	ТК
21. Длительный «светлый» промежуток после травмы головы характерен для (1): 1) сотрясения головного мозга, 2) субдуральной гематомы, 3) эпидуральной гематомы, 4) ушиба головного мозга, 5) внутримозговой гематомы.	2	ТК, ПА
22. В развитии посткоммоционного синдрома ведущее значение имеет (1): 1) тяжесть черепно-мозговой травмы, 2) развитие эпилептических припадков, 3) возникновение окклюзионной гидроцефалии, 4) развитие менингита, 5) психогенный фактор.	5	ТК, ПА
23. Для посткоммоционного синдрома характерно (3): 1) головокружение, 2) эпилептические припадки, 3) снижение концентрации внимания, 4) нарастающий гемипарез, 5) повышенная утомляемость.	1,3,5	ТК, ПА
24. Лечение посткоммоционного синдрома (3): 1) антибиотики, 2) психотерапия, 3) транквилизаторы,	2-4	ТК, ПА

4) антидепрессанты, 5) осмотические диуретики.		
25. Посттравматическая эпилепсия чаще проявляется (1): 1) абсансами, 2) парциальными моторными припадками, 3) психосенсорными припадками, 4) большими судорожными припадками, 5)миоклоническими припадками.	4	ТК
26. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется (1): 1) длительным коматозным состоянием 2) развитием комы после «светлого» промежутка 3) прогрессирующим гемипарезов 4) прогрессирующим тетрапарезом 5) эпилептическим статусом	1	ТК, ПА
27. К открытой черепно-мозговой травме относится травма с (1): 1) ушибом мягких тканей без повреждения апоневроза 2) повреждением апоневроза 3) переломом костей свода черепа 4) переломом костей основания черепа без ликвореи	2	ТК, ПА
28. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей головы до апоневроза относится к (1): 1) открытой черепно-мозговой травме 2) закрытой черепно-мозговой травме 3) проникающей черепно-мозговой травме 4) ушибу головного мозга легкой степени	2	ТК, ПА
29.Гемипарез при черепно-мозговой травме возможен при (4): 1) сотрясении головного мозга 2) ушибе головного мозга легкой степени тяжести 3) ушибе головного мозга средней степени тяжести 4) внутримозговой гематоме 5) эпидуральной гематоме	2,3,4,5	ТК, ПА
30. Проявления эпидуральной гематомы (2): 1) расширение зрачка на стороне гематомы 2) расширение зрачка на противоположной стороне 3) гемипарез на стороне гематомы 4) гемипарез на противоположной стороне	1,4	ТК, ПА
31. Признаки внутричерепной гематомы травматического генеза (3): 1) гомолатеральный мидриаз 2) контрлатеральный гемипарез 3) миоз контралатеральный 4) наличие «светлого промежутка»	1,2,4	ТК, ПА
32. Для хронической внутричерепной гематомы характерно (2): 1) блефароптоз 2) длительный скрытый период 3) наличие «светлого промежутка» 4) приём антикоагулянтов в анамнезе	2,4	ТК

5) хорея		
33. Если после черепно-мозговой травмы развивается ригидность шейных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятно (1): 1) сотрясение головного мозга 2) субарахноидальное кровоизлияние 3) ушиб головного мозга легкой степени 4) ушиб головного мозга средней степени 5) внутричерепная гематома.	2	ТК
34. Диагностика менингита после перенесенной черепно-мозговой травмы (1): 1) люмбальная пункция 2) вентрикулография 3) электроэнцефалография 4) краниография 5) транскраниальная доплерография	1	ТК
35. Острая субдуральная гематома на рентгеновской компьютерной томографии характеризуется зоной (1): 1) гомогенного повышения плотности 2) гомогенного понижения плотности 3) неоднородного повышения плотности 4) отека мозга	1	ТК
36. Длительный «светлый промежуток» (отсутствие симптомов) характерен для (1): 1) острой субдуральной гематомы 2) подострой субдуральной гематомы 3) хронической субдуральной гематомы 4) внутримозговой гематомы	3	ТК, ПА
37. Нарушение сознания и наличие короткого «светлого промежутка» (отсутствия симптомов) характерны для (1): 1) острой субдуральной гематомы 2) подострой субдуральной гематомы 3) хронической субдуральной гематомы 4) внутримозговой гематомы	1	ТК, ПА
38. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на противоположной стороне обусловлено (2): 1) асимметричной гидроцефалией 2) сдавлением кортико-спинального пути на стороне гематомы 3) ущемлением ствола в большом затылочном отверстии 4) поражением глазодвигательного нерва	2,4	ТК, ПА
39. Проникающей называют черепно-мозговую травму при (1): 1) ушибленной ране мягких тканей 2) повреждении апоневроза 3) переломе костей черепа 4) повреждении твердой мозговой оболочки	4	ТК, ПА
40. Симптом Баттла это (1): 1) гематома в заушной области 2) оторея 3) пульсирующий экзофтальм 4) параорбитальные гематомы	1	ТК
41. Симптом очков («глаза енота») характерен для (1): 1) перелома основания черепа	1	ТК, ПА

2) острой субдуральной гематомы 3) каротидно-кавернозного соустья 4) субарахноидального кровоизлияния 5) разрыва аневризмы задней соединительной артерии		
42. Посттравматическая ликворея при переломах основания черепа часто осложняется (1): 1) эпилепсией 2) гидроцефалией 3) менингитом 4) диффузным аксональным повреждением 5) внутричерепной гипертензией	3	ТК, ПА
43. Наличие воздуха в полости черепа - признак (1): 1) перелома костей основания черепа 2) острой субдуральной гематомы 3) ликвореи 4) перелома затылочной кости 5) перелома теменной кости	1	ТК
44. Ринорея характерна для переломов основания черепа в области (1): 1) передней черепной ямки 2) задней черепной ямки 3) пирамиды височной кости 4) средней черепной ямки 5) затылочной кости	1	ТК
45. Перелом основания черепа с ликвореей характеризуется как (1): 1) закрытая черепно-мозговая травма 2) открытая непроникающая черепно-мозговая травма 3) открытая проникающая черепно-мозговая травма	3	ТК, ПА
46. Наличие воздуха под твердой мозговой оболочкой является признаком (1): 1) закрытой черепно-мозговой травмы 2) открытой непроникающей черепно-мозговой травмы 3) открытой проникающей черепно-мозговой травмы	3	ТК
47. Цвет цереброспинальной жидкости в первые сутки травматического субарахноидального кровоизлияния (1): 1) опалесцирующий 2) желтоватый 3) кровянистый 4) ксантохромный 5) бесцветный	3	ТК, ПА
48. При переломе пирамиды височной кости чаще поражается нерв (1): 1) зрительный 2) глазодвигательный 3) лицевой 4) языкоглоточный 5) подъязычный	3	ТК, ПА
49. При ушибе головного мозга его вещество повреждается по механизму (3): 1) прямого удара 2) противоудара	1,2,3	ТК, ПА

3) вращения больших полушарий относительно ствола 4) развития гидроцефалии 5) развития внутричерепной гипертензии		
50. Субдуральные гематомы чаще всего образуются вследствие повреждения (1): 1) мостовых вен 2) средней оболочечной артерии 3) передней мозговой артерии 4) средней мозговой артерии 5) поперечного синуса	1	ТК
51. Для сотрясения головного мозга характерно (1): 1) отсутствие очаговых неврологических нарушений 2) преходящая моторная афазия 3) преходящая сенсорная афазия 4) преходящая дизартрия 5) преходящая дисфагия	1	ТК, ПА
52. Какая из травматических гематом при рентгеновской компьютерной томографии имеет форму двояковыпуклой линзы (1): 1) острая субдуральная 2) хроническая субдуральная 3) эпидуральная 4) внутримозговая 5) внутрижелудочковая	3	ТК
53. Наиболее распространенный механизм, вызывающий диффузное аксональное повреждение (1): 1) механическое повреждение полушарий 2) механическое повреждение ствола 3) вращение и скручивание полушарий 4) гидроцефалия 5) внутричерепная гипертензия	3	ТК, ПА
54. Какая из гематом при рентгеновской компьютерной томографии имеет форму серпа над несколькими долями (1): 1) субдуральная 2) эпидуральная 3) внутримозговая 4) субарахноидальная	1	ТК
55. Прогноз внутримозгового кровоизлияния хуже при его локализации в (1): 1) лобной доле 2) теменной доле 3) структурах задней черепной ямки 4) височной доле 5) затылочной доле	3	ТК
56. Посттравматическая нормотензивная гидроцефалия (синдром Хакима-Адамса) (1): 1) головная боль, снижение памяти, нарушение ориентации в месте 2) головная боль, снижение зрения, мозжечковая атаксия 3) нарушение походки, недержание мочи, деменция 4) головокружение, астазия-абазия, сенситивная атаксия.	3	ТК
57**. Основной методом диагностики в острый период черепно-мозговой травмы: (1)**	4	ТК, ПА

1) краниография 2) нейросонография 3) электроэнцефалография 4) рентгеновская компьютерная томография 5) транскраниальная магнитная стимуляция		
58.Противопоказания к проведению люмбольной пункции при черепно-мозговой травме: (3) 1) признаки дислокационного синдрома 2)внутричерепные гематомы 3) возраст пациента 18лет и младше 4) субарахноидальное кровоизлияние 5) расстройства функций ствола головного мозга	1,2,5	ТК, ПА
59. Симптомы полного травматического поражения на уровне верхних шейных сегментов: (4) 1) периферический парез в руках, 2) центральный парез в ногах, 3) невозможность самостоятельного дыхания 4) нарушение функции тазовых органов 5) проводниковый тип нарушения чувствительности	2,3,4,5	ТК, ПА
60. Симптомы полного травматического поражения на уровне нижних шейных сегментов: (2). 1) периферический парез мышц шеи, 2) центральный тетрапарез, 3) невозможность самостоятельного дыхания 4) нарушение функции тазовых органов 5) проводниковый тип нарушения чувствительности	4,5	ТК, ПА
60. Симптомы полного травматического поражения на уровне грудных сегментов: (4). 1) периферический парез рук, 2) нижний спастический парапарез, 3) ослабление дыхания 4) нарушение функции тазовых органов 5) проводниковый тип нарушения чувствительности	2,3,4,5	ТК, ПА
62. Наличие переломов костей черепа повышает вероятность развития: (4) 1) эпидуральной гематомы 2) субарахноидального кровоизлияния 3) ушиба головного мозга 4) гидроцефалии 5) внутримозговой гематомы	1,2,3,5	ТК, ПА
63. Быстрое восстановление сознания после черепной травмы характерно для (1) 1) эпидуральной гематомы 2) сотрясения головного мозга 3) ушиба головного мозга 4) внутричерепной гипертензии 5) внутричерепной гематомы	2	ТК, ПА
64. Шкала комы Глазго включает в себя следующие критерии: (1) 1) открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция 2) словесный ответ, ориентировка в месте, времени и собственной личности 3) двигательная реакция, чувствительные нарушения, патологические рефлексы 4) открывание глаз, чувствительные нарушения, моторно-зрачковые нарушения, патологические рефлексы 5) двигательная реакция, чувствительные нарушения, расстройства координации	1	ТК
65. Основной метод диагностики эпидуральной гематомы: (1)	2	ТК, ПА

1) нейросонография 2) рентгеновская компьютерная томография 3) краниография 4) электроэнцефалография 5) неврологический осмотр в динамике		
66. Минимальная возможная оценка по шкале комы Глазго: (1) 1) 0 баллов 2) 1 балл 3) 2 балла 4) 3 балла	4	ТК
67. **Максимальная оценка по шкале комы Глазго: (1)** 1) 10 баллов 2) 15 баллов 3) 20 баллов 4) 25 баллов 5) 30 баллов	2	ТК
68. Показания к оперативному лечению при черепно-мозговой травме (2): 1) ушиб головного мозга легкой степени, 2) ушиб головного мозга средней степени, 3) субдуральная гематома, 4) эпидуральная гематома, 5) субарахноидальное кровоизлияние.	3,4	ТК, ПА
69. Возникновение дислокационного синдрома характерно для (2): 1) сотрясения головного мозга, 2) ушиба головного мозга легкой степени, 3) ушиба головного мозга средней степени, 4) субдуральной гематомы, 5) эпидуральной гематомы.	4,5	ТК, ПА
70. Дислокационный синдром при черепно-мозговой травме обусловлен: (3) 1) нарушением целостности мозговых оболочек 2) разгерметизацией черепной коробки 3) смещением полушарий мозга или мозжечка с вторичным нарушением функций ствола 4)массивным ушибом головного мозга 5) острой окклюзионной гидроцефалией	3,4,5	ТК
71. Позднее осложнение черепно-мозговой травмы (2): 1) ликворея, 2) внутримозговая гематома, 3) эпилептические припадки, 4) ишемический инсульт, 5) отек головного мозга.	1,3	ТК, ПА
72. Признаки травматического субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) менингеальный синдром 2) гемипарез 3) гемигипестезия 4) гемиатаксия 5) нарушение сознания	1,5	ТК, ПА
73. Оценка по шкале ком Глазго при оглушении (1): 1) 3 балла, 2) 4-7 баллов, 3) 8-9 баллов, 4) 10-14 баллов, 5) 15 баллов.	4	ТК
74. Оценка по шкале ком Глазго при сопоре (1): 1) 3 балла,	3	ТК

2) 4-7 баллов, 3) 8-9 баллов, 4) 10-14 баллов, 5) 15 баллов.		
75. Оценка по шкале ком Глазго при поверхностной или глубокой коме (1): 1) 3 балла, 2) 4-7 баллов, 3) 8-9 баллов, 4) 10-14 баллов, 5) 15 баллов.	2	ТК
76. В лечении посттравматической эпилепсии используются (2): 1) амитриптилин 2) карбамазепин 3) вальпроевая кислота 4) этосуксимид 5) пирацетам	2,3	ТК
77. Длительность потери сознания при сотрясении головного мозга (1): 1) несколько секунд или минут, 2) 1-2 часа, 3) 3-6 часов, 4) 6-24 часа, 5) более суток.	1	ТК, ПА
78. Эпидуральная гематома возникает вследствие кровотечения из (1): 1) средней мозговой артерии, 2) дуро-пиальных вен, 3) задней мозговой артерии, 4) средней оболочечной артерии 5) позвоночных артерий	4	ТК
79. Наиболее частая локализация внутричерепной травматической гематомы: (1) 1) эпидуральная, 2) субдуральная, 3) внутримозговая, 4) внутрижелудочковая. 5) в мозжечке.	2	ТК
80. Для посткоммоционного синдрома характерно (3): 1) головная боль, 2) повышенная утомляемость, 3) снижение концентрации внимания, 4) нарастающий гемипарез, 5) эпилептические припадки.	1,2,3	ТК, ПА
81. Классификация позвоночно-спинномозговой травмы: (4) 1) сотрясение 2) ушиб спинного мозга 3) гематомиелия 4) сирингомиелия 5) разможение спинного мозга с частичным или полным перерывом	1,2,3,5	ТК
82. Интенсивная терапия при черепно-мозговой травме: (3) 1) профилактика вторичных повреждений головного мозга 2) поддержание водно-электролитного баланса 3) профилактика отека головного мозга 4) профилактика ишемического инсульта 5) профилактика кровоизлияния в мозг	1,2,3	ТК
83. Развитие спинального шока при позвоночно-спинномозговой травме вызвано: (2) 1) усилением кортикоспинальных влияний 2) усилением ретикулоспинальных влияний 3) чрезмерным раздражением структур спинного мозга	3,4	ТК

4) нарушением межнейрональных связей 5) феноменом габитуации		
84. Эпидуральные гематомы располагаются между (1): 1) костью и твердой мозговой оболочкой 2) под твердой мозговой оболочкой 3) между паутинной и мягкой оболочкой 4) кожей и костью	1	ТК, ПА
85. Признаки ушиба спинного мозга (3): 1) параплегия или тетраплегия 2) мозжечковая атаксия 3) нарушение функции тазовых органов 4) проводниковый тип нарушения чувствительности 5) ригидность шейных мышц	1,3,4	ТК
86. Повреждение головного мозга при травме возможно вследствие (2): 1) гипоксии мозга из-за возникающих при травме соматических осложнений 2) гипертонической энцефалопатии 3) инфаркта вследствие спазма церебральных артерий 4) диффузного аксонального повреждения 5) тромбоза церебральных вен	1,4	ТК, ПА
87. При острой субдуральной гематоме, если не проводится хирургическое лечение, наиболее вероятно (1): 1) сохранение симптомов, возникших сразу после травмы 2) нарастание, затем полный регресс неврологических нарушений 3) нарастание, затем минимальный регресс неврологических нарушений 4) нарастание, затем умеренный регресс неврологических нарушений 5) нарастание симптомов и смерть больного	5	ТК, ПА
88. Риск развития субдуральной гематомы при травме головы повышен у пожилых людей, принимающих (1): 1) антикоагулянты 2) антигипертензивные средства 3) статины 4) антидепрессанты 5) анксиолитики	1	ТК, ПА
89. Длительное бессимптомное течение возможно при (1): 1) ушибе головного мозга 2) эпидуральной гематоме 3) хронической субдуральной гематоме 4) внутримозговой гематоме 5) посттравматической нормотензивной гидроцефалии	3	ТК, ПА
90. Вероятность внутричерепной гематомы при легкой черепной травме (1): 1) 1% 2) 10% 3) 15% 4) 20% 5) 25%	1	ТК
91. При переломе решетчатой кости повреждается нерв (1): 1) обонятельный 2) зрительный 3) глазодвигательный 4) отводящий 5) блоковый	1	ТК, ПА
92. Рентгеновскую компьютерную томографию (1): 1) необходимо проводить при всех черепно-мозговых травмах 2) не обязательно проводить при легкой черепно-мозговой травме 3) не обязательно проводить при 3 баллах по шкале комы Глазго	2	ТК, ПА

4) не обязательно проводить при 4 баллах по шкале комы Глазго 5) не обязательно проводить при 5 баллах по шкале комы Глазго		
93. При тяжелой черепно-мозговой травме погибают (1): 1) 10% 2) 30% 3) 50% 4) 70% 5) 90	3	ТК
94. Хроническое вегетативное состояние после травмы (2): 1) нормальные жизненно важные функции 2) сохраненный цикл «сон-бодрствование» 3) способность самостоятельно передвигаться 4) умеренная афазия 5) умеренная аграфия	1,2	ТК, ПА
95. Эпилептические припадки после ушиба мозга возникают у (1): 1) 1-2% 2) 3-4% 3) 5-6% 4) 7-9% 5) 10% и более	5	ТК
96. Посткоммоционный синдром чаще возникает после (2): 1) сотрясения головного мозга 2) легкого ушиба головного мозга 3) тяжелого ушиба головного мозга 4) эпидуральной гематомы 5) хронической субдуральной гематомы	1,2	ТК, ПА
97. Признаки посткоммоционного синдрома (2): 1) гемипарез 2) атаксия 3) головная боль 4) диплопия 5) повышенная утомляемость	3,5	ТК, ПА
98. Причина посткоммоционного синдрома (1): 1) поражение больших полушарий головного мозга 2) поражение подкорковых образований головного мозга 3) поражение ствола головного мозга 4) поражение мозжечка 5) эмоциональный стресс	5	ТК, ПА
99. Лечение посткоммоционного синдрома (3): 1) психотерапия 2) постепенное увеличение физических и умственных нагрузок 3) ноотропные средства 4) сосудорасширяющие средства 5) антидепрессанты	1,2,5	ТК, ПА
100. Частые причины позвоночно-спинномозговой травмы (3): 1) подъем тяжестей 2) падение с высоты 3) автомобильная травма 4) ныряние 5) интенсивные физические нагрузки	2,3,4	ТК

Шифр и наименование компетенции:
-готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни (ПК-16);

Раздел дисциплины (тема): Нервно-мышечные заболевания (Тема 10).

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

1 . Методы диагностики миастении (2):	1,3	ТК, ПА

1) прозериновая проба, 2) вызванные соматосенсорные потенциалы, 3) электронейромиография, 4) компьютерная томография головы. 5) магнитно-резонансная томография головы.		
2. Синдром Ламберта-Итона чаще всего обусловлен (1): 1) системной красной волчанкой, 2) бронхогенным раком легкого, 3) миастенией, 4) полиомиозитом, 5) тимэктомией.	2	ТК
3. Наследственная сенсомоторная невропатия проявляется (2): 1) центральным парезом мышц лица, 2) периферическими дистальными парезами в конечностях, 3) выраженной мозжечковой атаксией, 4) полиневропатическим типом нарушений чувствительности, 5) нарушением функции тазовых органов.	2,4	ТК, ПА
4. Лечение полимиозита (3): 1) преднизолон, 2) азатиоприн, 3) плазмаферез, 4) калимин, 5) тиамин.	1,2,3	ТК, ПА
5. Дополнительные методы при диагностике полимиозита (2): 1) электромиография, 2) компьютерная томография головного мозга, 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4) вызванные соматосенсорные потенциалы, 5) биопсия мышц.	1,5	ТК
6. Миастенический криз может развиться при приеме (1): 1) прозерина, 2) транквилизаторов, 3) психостимуляторов, 4) калимина, 5) тиамина.	2	ТК, ПА
7. Синдром Ламберта-Итона характеризуется (1): 1) слабостью проксимальных отделов конечностей, 2) периферическим парезом мимических мышц, 3) несистемным головокружением, 4) мозжечковой атаксией, 5) нарушением функции тазовых органов.	1	ТК
8. Холинергический криз может развиться вследствие (2): 1) злокачественного течения миастении, 2) передозировки транквилизаторов больным миастенией, 3) передозировки антидепрессантов больным миастенией, 4) передозировки прозерина больным миастенией. 5) передозировки калимина больным миастенией.	4,5	ТК, ПА
9. Лечение синдрома Ламберта-Итона (3): 1) плазмаферез, 2) преднизолон, 3) азатиоприн, 4) флуоксетин, 5) атенолол.	1,2,3	ТК
10. Спинальные амитрофии обусловлены поражением (1): 1) нервно-мышечного синапса, 2) боковых канатиков спинного мозга, 3) передних рогов спинного мозга, 4) задних канатиков спинного мозга, 5) задних корешков спинного мозга	3	ТК, ПА
11. Миастения вызвана поражением (1): 1) периферических нервов 2) передних рогов спинного мозга,	5	ТК, ПА

3) передних корешков спинного мозга, 4) задних рогов спинного мозга, 5) постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса.		
12. Миопатия Дюшена вызвана (1): 1) нарушением синтеза дистрофина, 2) выработкой антител против постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса, 3) демиелинизацией периферических нервов, 4) аксональным поражением периферических нервов, 5) дегенерацией передних рогов спинного мозга.	1	ТК, ПА
13. Миастения представляет заболевание (1): 1) дизиммунное, 2) дисметаболическое, 3) дегенеративное, 4) демиелинизирующее, 5) наследственное.	1	ТК, ПА
14. Миастенический криз проявляется (2): 1) слабостью дыхательных мышц, 2) слабостью мышц конечностей, 3) мозжечковой атаксией, 4) миозом, 5) нарушением функции тазовых органов.	1,2	ТК, ПА
15. Миопатия Дюшена (1): 1) наследуется по аутосомно-доминантному типу, 2) наследуется по аутосомно-рецессивному типу, 3) наследуется по Х-сцепленному рецессивному типу, 4) дизиммунное заболевание, 5) дегенеративное заболевание.	3	ТК, ПА
16. Спинальные амиотрофии (3): 1) наследственные заболевания, 2) имеют прогрессирующее течение, 3) часто возникают в детском возрасте, 4) требуют постоянного приема кортикостероидов в качестве лечения, 5) требуют постоянного приема цитостатиков в качестве лечения.	1,2,3	ТК, ПА
17. Для миопатии Дюшена характерно (2): 1) слабость мышц тазового пояса, 2) тазовые расстройства, 3) слабость сердечной мышцы, 4) дизартрия, дисфония и дисфагия, 5) расстройства глубокой чувствительности в ногах.	1,3	ТК, ПА
18. Лечение миастенического криза (1): 1) винпоцетин, 2) карбамазепин, 3) пирацетам, 4) прозерин, 5) флуоксетин.	4	ТК, ПА
19. Клинические формы миастении (2): 1) глазная, 2) мозжечковая, 3) псевдобульбарная, 4) спинальная, 5) генерализованная.	1,5	ТК
20. Признаки холинергического криза (3): 1) гиперсекреция слюны, 2) мидриаз, 3) брадикардия, 4) дыхательная недостаточность, 5) тазовые расстройства.	1,3,4	ТК, ПА
21. При боковом амиотрофическом склерозе первично поражаются: (2)	1,4	ТК, ПА

1) мотонейроны спинного мозга, 2) скелетные мышцы, 3) нервно-мышечный синапс, 4) центральные мотонейроны, 5) боковые рога спинного мозга.		
22. Симптомы бокового амиотрофического склероза: (3) 1) оживление сухожильных рефлексов, 2) атрофии мышц конечностей, 3) проводниковый тип расстройств чувствительности, 4) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности, 5) фасцикуляции.	1,2,5	ТК, ПА
23. Для длительного лечения миастении используют (1): 1) витамин В1, 2) витамин В6, 3) витамин В12, 4) калимин, 5) пирацетам.	4	ТК, ПА
24. Вилочковую железу удаляют при (1): 1) боковом амиотрофическом склерозе, 2) миастении, 3) миопатии Дюшена, 4) полиомиозите, 5) синдроме Ламберта-Итона..	2	ТК, ПА
25. Средняя продолжительность жизни больных боковым амиотрофическим склерозом (1): 1) 3 года, 2) 6 лет, 3) 10 лет, 4) 15 лет, 5) 20 лет.	1	ТК
26. Проявления наследственной моторно-сенсорной невропатии (2): 1) центральный тетрапарез, 2) периферический дистальный тетрапарез, 3) полиневропатический тип нарушений чувствительности**,** 4) проводниковый тип расстройства чувствительности, 5) нарушения функции тазовых органов.	2,3	ТК, ПА
27.Для полимиозита характерно (2): 1) периферический тетрапарез, 2) нижний центральный парапарез, 3) миалгии, 4) проводниковый тип нарушений чувствительности, 5) нарушение функций тазовых органов.	1,3	ТК, ПА
28. Для диагностики полимиозита используются (3): 1) соматосенсорные вызванные потенциалы, **2)** количественное вегетативное тестирование 3) игольчатая электромиография, 4) магнитно-резонансная томография скелетных мышц,	3,4,5	ТК

5) исследование уровня креатинфосфокиназы в плазме крови.		
29.Для лечения полимиозита применяются (2): 1) кортикостероиды, 2) плазмаферез, 3) антихолинэстеразные препараты, 4) антиконвульсанты, **5)** миорелаксанты.	1,2	ТК, ПА
30.Миастения gravis является заболеванием (1): 1) воспалительным, 2) дегенеративным, 3) днмиелинизирующим, 4) дизиммунным, **5)** метаболическим.	4	ТК, ПА
31.При миастении gravis первично поражаются (1): 1) передние рога спинного мозга, 2) рецепторы пресинаптической мембраны нервно-мышечного синапса, 3) периферические нервы, 4) скелетные мышцы, 5) рецепторы постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса.	5	ТК, ПА
32.Методы диагностики миастении (2): 1) транскраниальная магнитная стимуляция, 2) прозериновая проба, 3) декремент-тест, 4) соматосенсорные вызванные потенциалы, **5)** магнитно-резонансная томография головы.	2,3	ТК
33.Клинические формы миастении (3): 1) бульбарная, 2) глазная 3) псевдобульбарная, 4) мозжечковая, 5) генерализованная.	1,2,5	ТК
34.Для миастенического криза характерны (2): **1)** Проводниковый тип нарушений чувствительности, 2) Слабость дыхательной мускулатуры, 3) Периферические парезы конечностей, 4) Центральные парезы конечностей, **5)** Вестибулярная атаксия.	2,3	ТК, ПА
35.Для холинергического криза характерны (3):	1,3,4	ТК, ПА

1) гиперсаливация, 2) пирамидный синдром, 3) усиление перестальтики кишечника, 4) брадикардия, **5)** псевдобульбарный синдром.		
36.Для лечения миастенического криза используют (1): 1) пирацетам, 2) прозерин, 3) церебролизин, 4) тиамин, **5)** карбамазепин.	2	ТК, ПА
37.Для длительного лечения миастении используют (1): **1)** тизанидин, **2)** калимин, **3)** пиридоксин, **4)** флуоксетин, **5)** пирацетам.	2	ТК, ПА
38.Симптомы бокового амиотрофического склероза (3): 1) полиневропатический тип расстройства чувствительности, 2) нарушения тазовых функций, 3) фасцикуляции, 4) атрофии мышц конечностей, **5)** оживление сухожильных рефлексов.	3,4.5	ТК, ПА
39.При боковом амиотрофическом склерозе поражаются (2): 1) задние рога спинного мозга, 2) передние рога спинного мозга, 3) периферические нервы, 4) корково-мышечные (пирамидные) проводящие пути, **5)** скелетные мышцы.	2,4	ТК, ПА
40.Диагностика бокового амиотрофического склероза (2): 1) Магнитно-резонансная томография головы, 2) Транскраниальная магнитная стимуляция, 3) Электромиография, 4) Соматосенсорные вызванные потенциалы, 5) КТ средостения.	2,3	ТК
41.Миопатия Дюшенна (1): 1) наследуется по Х-сцепленному рецессивному типу, 2) наследуется по аутосомно-доминантному типу,	1	ТК, ПА

3) наследуется по аутосомно-рецессивному типу, 4) дизиммунное заболевание, 5) дегенеративное заболевание.		
42.Для миопатии Дюшенна характерны (2): 1) слабость мышц плечевого и тазового пояса, 2) дисфагия, дисфония, дизартрия, 3) тазовые нарушения, 4) полиневропатический тип расстройств чувствительности, **5)** кардиомиопатия.	1,5	ТК, ПА
43.Миопатия Дюшенна вызвана (1): 1) демиелинизацией периферических нервов, 2) выработкой антител против постсинаптических рецепторов нервно-мышечного синапса, **3)** нарушением синтеза белка дистрофина, 4) аксональным поражением периферических нервов, 5) дегенерацией передних рогов спинного мозга.	3	ТК, ПА
44.Для лице-плече-лопаточной миодистрофии характерны (2): 1) Глазодвигательные нарушения, 2) Симметричная слабость мимической мускулатуры, 3) Слабость мышц плечевого и тазового пояса, 4) Проводниковый тип расстройства чувствительности, **5)** Нарушения тазовых функций.	2,3	ТК
45.Спинальные амиотрофии (4): 1) наследственные заболевания, 2) имеют прогрессирующее течение, 3) часто возникают в детском возрасте, 4) не сопровождаются чувствительными нарушениями, 5) требуют постоянного приема цитостатиков в качестве лечения.	1,2,3.4	ТК, ПА
46.Для диагностики спинальных амиотрофий используются (2): 1) рентгенография позвоночника, 2) компьютерная томография средостения, 3) электромиография, 4) ДНК-диагностика, **5)** соматосенсорные вызванные потенциалы.	3,4	ТК
47.Для дистрофической миотонии характерно (3): 1) фасцикуляции, 2) атрофия мимических мышц, 3) императивные позывы на мочеиспускание,	2,4,5	ТК

4) атрофия дистальных групп мышц конечностей **5)** эндокринные нарушения.		
48.Диагностика дистрофической миотонии (2): 1) рентгенография позвоночника, 2) транскраниальная магнитная стимуляция, 3) компьютерная томография головы 4) игольчатая электромиография, **5)** ДНК-диагностика.	4,5	ТК
49.Для врожденной миотонииТомпсена характерно (4): 1) тонические спазмы мышц в начале активного движения, 2) «атлетическое» телосложение, 3) механическая возбудимость скелетных мышц. 4) фасцикуляции **5)** слабость скелетных мышц.	1,2.3.5	ТК
50.Для синдрома Ламберта-Итона характерны (2): 1) слабость проксимальных групп мышц конечностей, 2) центральный парез мимческих мышц, 3) слабость разгибателей шеи, 4) псевдогипертрофия икроножных мышц, 5) тазовые нарушения.	1,3	ТК
51.Синдром Ламберта-Итона чаще обусловлен (1): 1) раком желудка, 2) бронхогенным раком легкого, 3) системной склеродермией, 4) полиомиозитом, 5) системной красной волчанкой.	2	ТК
52. Диагностика прогрессирующих мидистрофий (4): 1) магнитно-резонансная томография скелетных мышц, 2) электромиография, 3) исследование биоптата скелетной мышцы, 4) транкраниальная магнитная стимуляция головного мозга, 5) ДНК-диагностика.	1,2.3,5	ТК
53. Лечение холинергического криза (2): 1) прозерин, 2) тиамин, 3) церебролизин, 4) атропин,	4,5	ТК, ПА

5) плазмаферез.		
54. Диагностика наследственной моторно-сенсорной полиневропатии (2): 1) исследование соматосенсорных вызванных потенциалов, 2) транскраниальная магнитная стимуляция, 3) электромиография, 4) магнитно-резонансная томография скелетных мышц, **5)** ДНК-диагностика.	3,5	ТК
55. Для бульбоспинальной амиотрофии Кеннеди характерны (3): 1) эндокринные нарушения, 2) псевдобульбарный синдром 3) фасцикуляции, 4) периодическое недержание мочи, **5)** слабость мышц плечевого и тазового пояса.	1,3,5	ТК
56. Для спинальной амиотрофии Вердинга-Гоффмана характерны (3): 1) Слабое шевеление плода 2) Быстро прогрессирующее течение 3) Оживление сухожильных рефлексов 4) Диффузная мышечная гипотония **5)** Проводниковый тип расстройств чувствительности	1,2,4	ТК
57. К воспалительным миопатиям относятся (2): 1) Дерматомиозит 2) Полимиозит 3) Дистиреоидная миопатия 4) Поясно-конечностная миопатия **5)** Алкогольная миопатия	1,2	ТК
58. Для бокового амиотрофического склероза характерны (2): 1) Фасцикуляции 2) Чувствительные нарушения 3) Глазодвигательные нарушения 4) Нарушения тазовых функций **5)** Поражение верхнего и нижнего мотонейрона	1,5	ТК, ПА
59. Для диагностики прогрессирующих миодистрофий используются (3): 1) Игольчатая миография 2) Исследование цереброспинальной жидкости 3) Морфологическое и ммуногистохимическое исследование 4) ДНК-диагностика **5)** Прозериновая проба	1,3,4	ТК
60. Лечение воспалительных миопатий (3): 1) Антибиотики 2) Антихолинэстеразные препараты 3) Глюкокортикостероиды 4) Плазмаферез **5)** Человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения	3,4,5	ТК
61. Диагностика наследственной моторно-сенсорной полиневропатии (2):	4,5	ТК

1) МРТ поясничного отдела позвоночника 2) Прозериновая проба 3) Антихолинэстеразные препараты 4) Стимуляционная электромиография **5)** ДНК-диагностика		
62. Для наследственной моторно-сенсорной полиневропатии1 типа характерны (3): 1) Периферический дистальный тетрапарез 2) Нейрогенный мочевой пузырь 3) Полиневропатический тип расстройства чувствительности 4) Когнитивные нарушения **5)** Демиелинизирующий характер поражения нервов конечностей	1,3,5	ТК, ПА
63. Причины лекарственной миопатии (2): 1) Статины 2) Препараты вальпроевой кислоты 3) Глюкокортикостероиды 4) Плазмаферез **5)** Антихолинэстеразные препараты	1,3	ТК, ПА
64. Для наследственной сенсорно-вегетативной полиневропатии характерны (2): 1) Сенситивная атаксия 2) Мозжечковая атаксия 3) Нарушение поверхностной чувствительности по полиневропатическому типу 4) Трофические язвы стоп **5)** Оживление сухожильных рефлексов	3,4	ТК
65. Для наследственной моторно-сенсорной полиневропатии характерны (1): 1) Центральный тетрапарез 2) Нейрогенный мочевой пузырь 3) Полиневропатический тип расстройства чувствительности 4) Когнитивные нарушения **5)** Проводниковые расстройства чувствительности	3	ТК, ПА
66. Для поясно-конечностной миодистрофии характерно (2): 1) Периферический дистальный тетрапарез 2) Слабость мышц плечевого и тазового пояса 3) Проводниковый тип расстройства чувствительности 4) Когнитивыне нарушения **5)** Прогрессирующее течение	2,5	ТК
67. Диагностика поясно-конечностной миодистрофии (3): 1) Оценка уровня КФК 2) Прозериновая проба 3) Игольчатая электромиография 4) Декремент-тест **5)** Иммуногистохимическое исследование биоптата скелетной мышцы	1,3,5	ТК
68. Обследования пациентов с миастений (3): 1) Транскраниальная магнитная стимуляция 2) Вызванные потенциалы 3) Декремент-тест 4) Прозериновая проба **5)** КТ средостения	3,4,5	ТК
69. При воспалительных миопатиях отмечаются (2): 1) Повышение уровня креатинфосфокиназы в плазме крови	1,5	ТК

2) Наличие антител к ацетилхолиновым рецепторам 3) Снижение скорости распространения возбуждения по нервам конечностей 4) Положительная прозериновая проба **5)** Воспалительные инфильтраты в биоптате скелетной мышцы		
70. У пациентов с миодистрофией Дюшенна отмечаются (3): 1) Кардиомиопатия 2) Катаракта 3) Псевдогипертрофия икроножных мышц 4) Гинекомастия **5)** Контрактуры ахилловых сухожилий	1,3,5	ТК, ПА
71. Для острой алкогольной миопатии характерны (3): 1) Миалгии 2) Нижний центральный парапарез 3) Нижний проксимальный парапарез 4) Миоглобинурия **5)** Сенситивная атаксия	1,3,4	ТК
72. Пациент предъявляет жалобы на двоение предметов, опускание век, которые нарастают вечером, при чтении. При обследовании: опущение верхних век, движения глазных яблок ограничены, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало регресс неврологических нарушений. **Неврологические синдромы (3):** 1) Птоз 2) Глазодвигательные нарушения 3) Гемианопсия 4) Синдром патологической утомляемости **5)** Миопатический синдром	1,2.4	ТК
73. Пациент предъявляет жалобы на двоение предметов, опускание век, которые нарастают вечером, при чтении. При обследовании: опущение верхних век, движения глазных яблок ограничены, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало регресс неврологических нарушений. **Локализация поражения (1):** 1) Глазодвигательные нервы 2) Экстраокулярная мускулатуры 3) Нервно-мышечный синапс 4) Кортико-нуклеарные пути **5)** Зрительные тракты	3	ТК

73. Пациент жалуется на двоение предметов, опускание век, которые нарастают во второй половине дня, при чтении. При обследовании: опущение верхних век, движения глазных яблок ограничены, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало регресс неврологических нарушений. **Дополнительные методы обследования (2):** 1) МРТ головы 2) КТ средостения 3) Вызванные потенциалы 4) Декремент-тест **5)** Люмбальная пункция	2,4	ТК
74. Пациент жалуется на двоение предметов, опускание век, которые нарастают во второй половине дня, при чтении. При обследовании: опущение верхних век, движения глазных яблок ограничены, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало регресс неврологических нарушений. **Лечение пациента (3):** 1) Антихолинэстеразные препараты 2) Антиконвульсанты 3) Кортикостероиды 4) Антибактериальная терапия **5)** Плазмаферез	1,3,5	ТК
75. У мальчика 6 лет в течение последних двух лет изменилась походка, стал часто падать, не может подняться по лестнице. При обследовании: слабость в проксимальных отделах рук и ног до 3 баллов с гипотрофией, отсутствуют рефлексы; при вставании с пола использует дополнительные приемы; "утиная " походка. **Неврологические синдромы (2):** 1) Периферический тетрапарез 2) Центральный тетрапарез **3)** Миопатический 4) Миотонический **5)** Миастенический	1,3	ТК

76.У мальчика 6 лет в течение последних двух лет изменилась походка, стал часто падать, не может подняться по лестнице. При обследовании: слабость в проксимальных отделах рук и ног до 3 баллов с гипотрофией, отсутствуют рефлексы; при вставании с пола использует дополнительные приемы; “утиная ” походка. **Локализация поражения (1):** 1) Мотонейроны передних рогов спинного мозга 2) Корково-мышечные (пирамидные) пути 3) Перичерические нервы 4) Нервно-мышечные синапсы 5) Скелетные мышцы	5	ТК
77. У мальчика 6 лет в течение последних двух лет изменилась походка, стал часто падать, не может подняться по лестнице. При обследовании: слабость в проксимальных отделах рук и ног до 3 баллов с гипотрофией, отсутствуют рефлексы; при вставании с пола использует дополнительные приемы; “утиная ” походка. **Дополнительные методы обследования (3):** 1) Определение уровня КФК в плазме крови 2) Исследование цереброспинальной жидкости 3) Игольчатая ЭМГ 4) МРТ головы **5)** Эхокардиография	1,3,5	ТК
78. У пациентки боли в мышцах, затруднения при подъеме по лестнице, расчесывании волос. Эти жалобы появились после ОРВИ. При обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3-х баллов, рефлексы снижены, мышцы болезненны при пальпации, других неврологических нарушений нет. Дополнительные приемы при вставании. **Неврологические синдромы (3):** 1) Периферический тетрапарез 2) Центральный тетрапарез 3) Миалгический 4) Миопатический 5) Миастенический	1,3,4	ТК
79. У пациентки боли в мышцах, затруднения при подъеме по лестнице, расчесывании волос. Эти жалобы появились после ОРВИ. При обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3-х баллов, рефлексы снижены, мышцы болезненны при пальпации, других неврологических нарушений нет. Дополнительные приемы при вставании. **Локализация поражения (1):** 1) Передние рога спинного мозга 2) Нервно-мышечный синапс 3) Скелетные мышцы		ТК

4) Боковые канатики спинного мозга 5) Двигательные волокна периферических нервов	3	ТК
80. У пациентки боли в мышцах, затруднения при подъеме по лестнице, расчесывании волос. Эти жалобы появились после ОРВИ. При обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3-х баллов, рефлексы снижены, мышцы болезненны при пальпации, других неврологических нарушений нет. Дополнительные приемы при вставании. **Дополнительные методы обследования (3):** 1) Определение уровня креатинфосфокиназы в плазме крови 2) Игольчатая электромиография 3) Декремент-тест 4) Прозериновая проба 5) Морфологическое исследование биоптата скелетной мышцы	1,2,5	ТК
81. У пациентки боли в мышцах, затруднения при подъеме по лестнице, расчесывании волос. Эти жалобы появились после ОРВИ. При обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3-х баллов, рефлексы снижены, мышцы болезненны при пальпации, других неврологических нарушений нет. Дополнительные приемы при вставании. **Предполагаемый клинический диагноз (1):** 1) Прогрессирующая миодистрофия 2) Полимиозит 3) Миастения 4) Спинальная амиотрофия 5) Мультифокальная моторная невропатия		ТК
82. У пациентки боли в мышцах, затруднения при подъеме по лестнице, расчесывании волос. Эти жалобы появились после ОРВИ. При обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3-х баллов, рефлексы снижены, мышцы болезненны при пальпации, других неврологических нарушений нет. Дополнительные приемы при вставании. **К патогенетической терапии относятся (2):** 1) Кортикостероиды 2) Антихолинэстеразные препараты 3) Антиоксиданты 4) Иммунодепрессанты **5)** Антионвульсанты	2	ТК
	1,4	ТК
83. Годовалая девочка не держит голову, не	4	ТК

переворачивается на живот, при осмотре– «поза лягушки», мышечная слабость во всех мышцах, гипотония, отсутствие сухожильных рефлексов. Из анамнеза: сразу после рождения у девочки отмечена мышечная слабость. При игольчатой ЭМГ – нейрональный уровень поражения. **Предполагаемый диагноз (1):** 1) Прогрессирующая миодистрофия 2) Врожденная миопатия 3) Миастения 4) Спинальная амиотрофия Вердинга-Гоффмана **5)** Полиомиелит		
84. У пациента 24 лет «похудание» и слабость мышц лица, кистей и стоп, затруднения при глотании, облысение, импотенция. При обследовании: алопеция в области лба, слабость мимических мышц, гипотрофии мышц конечностей с преобладанием в кистях, слабость мышц до 3-х баллов в дистальных отделах конечностей, утрата всех сухожильных рефлексов, при перкуссии мышц языка и возвышения большого пальца отмечается «мышечный валик». **Неврологические синдромы (1):** 1) Миопатический 2) Миастенический 3) Миотонический 4) Полиневропатический 5) Атактический	3	ТК
85. У пациента 24 лет «похудание» и слабость мышц лица, кистей и стоп, затруднения при глотании, облысение, импотенция. При обследовании: алопеция в области лба, слабость мимических мышц, гипотрофии мышц конечностей с преобладанием в кистях, слабость мышц до 3-х баллов в дистальных отделах конечностей, утрата всех сухожильных рефлексов, при перкуссии мышц языка и возвышения большого пальца отмечается «мышечный валик». **Дополнительные методы обследования (2):** 1) Игольчатая электромиография 2) ДНК-диагностика 3) Магнитно-резонансная томография головы 4) Декремент-тест 5) Денситометрия	1,2	ТК
86. У пациента 24 лет «похудание» и слабость мышц лица, кистей и стоп, затруднения при глотании, облысение, импотенция. При обследовании: алопеция в области лба, слабость мимических мышц, гипотрофии мышц конечностей с преобладанием в кистях, слабость мышц до 3-х баллов в дистальных отделах конечностей, утрата всех сухожильных рефлексов, при перкуссии мышц языка и возвышения большого пальца отмечается «мышечный валик». **Предполагаемый клинический диагноз (1):** 1) Прогрессирующая миодистрофия 2) Спинальная амиотрофия 3) Дистрофическая миотония 4) Миастения 5) Полиомиелит	3	ТК
87. У пациента 24 лет «похудание» и слабость мышц лица, кистей и стоп, затруднения при глотании, облысение, импотенция. При обследовании: алопеция в области лба, слабость мимических мышц, гипотрофии мышц	1,2.4	ТК

конечностей с преобладанием в кистях, слабость мышц до 3-х баллов в дистальных отделах конечностей, утрата всех сухожильных рефлексов, при перкуссии мышц языка и возвышения большого пальца отмечается «мышечный валик». **Характерные экстраневральные проявления (3):** 1) Катаракта 2) Гипогонадизм 3) Глаукома 4) Нарушение внутрисердечной проводимости **5)** Цирроз печени		ТК
88. Пациент 65 лет, болен в течение 6 месяцев, заболевание быстро прогрессирует. При осмотре: атрофия мышц языка, дизартрия, гипотрофия мышц конечностей, ножественные фасцикуляции, сила снижена, сухожильные рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского.Неврологические синдромы (2): 1) Бульбарный 2) Псевдобульбарный 3) Миопатический 4) Полиневропатический 5) Смешанного тетрапареза **89. Пациент 65 лет, болен в течение 6 месяцев, заболевание быстро прогрессирует. При осмотре: атрофия мышц языка, дизартрия, гипотрофия мышц конечностей, ножественные фасцикуляции, сила снижена, сухожильные рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского.** **Какие структуры поражены (3):** 1) Ядра каудальной группы черепных нервов 2) Кортиконуклеарные пути с 2 сторон 3) Передние рога спинного мозга 4) Корково-мышечные (пирамидные) пути 5) Задние канатики спинного мозга **90. Пациент 65 лет, болен в течение 6 месяцев, заболевание быстро прогрессирует. При осмотре: атрофия мышц языка, дизартрия, гипотрофия мышц конечностей, ножественные фасцикуляции, сила снижена, сухожильные рефлексы оживлены, двусторонний симптом БабинскогоДополнительные методы обследования (2):** 1) Игольчатая электромиография 2) Прозериновая проба 3) Магнитно-резонансная тмография поясничного отдела позвоночника 4) Вызванные потенциалы 5) Транскраниальная магнитная стимуляция **91. Пациент 65 лет, болен в течение 6 месяцев, заболевание быстро прогрессирует. При осмотре: атрофия мышц языка, дизартрия, гипотрофия мышц конечностей, ножественные фасцикуляции, сила снижена, сухожильные рефлексы оживлены, двусторонний симптом БабинскогоПредполагаемый диагноз (1):** 1) Прогрессирующая миодистрофия 2) Боковой амиотрофический склероз 3) Спинальная амиотрофия Кеннеди 4) Миастения **5)** Дистрофическая миотония	1,5 1,3,4	ТК ТК

	1,5	ТК
	2	ТК
92. Синдром Ламберта-Итона чаще всего наблюдается у пациентов с (1): 1) Ревматоидным артритом 2) Системной красной волчанкой 3) Бронхогенным раком легкого 4) Дерматомиозитом **5)** Полиомиелитом	3	ТК
93. Для прогрессирующей миодистрофии Ландузи-Дежерина характерно (2): 1) Периферический парез мимической мускулатуры 2) Центральный парез мимической мускулатуры 3) Мозжечковая атаксия 4) Бульбарный синдром **5)** Периферический тетрапарез	1,5	ТК
94. Для спинальных амиотрофий характено (1): 1) Периферические парезы 2) Центральные парезы 3) Тазовые нарушения 4) Полиневропатический тип расстройства чувствительности **5)** Невропатическая боль	1	ТК, ПА
95. Для прогрессирующих миодистрофий характерно (1): 1) Псевдобульбарный синдром 2) Бульбарный синдром 3) Периферический парез скелетных мышц 4) Сенситивная атаксия **5)** Чувствительные нарушения	3	ТК, ПА
96. Для миотонии Томсена не характерны (2):	1,2	ТК

1) «Атлетическое» телосложение 2) Затруднение расслабления мышц после активного сокращения 3) Фасцикуляции 4) Центральный парез **5)** Мозжечковая атаксия		
97.Для наследственной моторно-сенсорной невропатии 1 типа характерно (2): 1) В начале заболевания страдают проксимальные отделы конечностей 2) Выраженная периферическая вегетативная недостаточность 3) В начале заболевания страдают дистальные отделы ног 4) В начале заболевания страдают дистальные отделы рук **5)** Изменения при электронейромиографии	.3.5	ТК, ПА
98. К инструментальным методам диагностики бокового амиотрофического склероза относятся (2): 1) Игольчатая электромиография 2) Электроэнцефалография 3) Транскраниальная магнитная стимуляция 4) Зрительные вызванные потенциалы **5)** Общий анализ цереброспинальной жидкости	1.3	ТК
99. Для бокового амиотрофического склероза характерны (2): 1) Фасцикуляции 2) Нарушения чувствительности 3) Поражение корково-мышечного (пирамидного) пути 4) Тазовые нарушения **5)** Мозжечковая атаксия	1,3	ТК, ПА
100. Гипотрофия мышц голеней, стоп и кистей рук, «высокий свод» стоп, мышечная слабость, сухожильные рефлексы и все виды чувствительности снижены дистально. Аналогичные нарушения отмечаются у отца и дяди пациента.Неврологические синдромы (2): 1) Периферический тетрапарез 2) Центральный тетрапарез 3) Полиневропатический тип нарушения чувствительности 4) Сегментарно-корешковый тип нарушения чувствительности 5) Проводниковый тип нарушения чувствительности		
101.Гипотрофия мышц голеней, стоп и кистей рук, «высокий свод» стоп, мышечная слабость, сухожильные рефлексы и все виды чувствительности снижены дистально. Аналогичные нарушения отмечаются у отца и дяди пациента **Локализация поражения (1):** 6) Передние рога спинного мозга 7) Боковые канатики спинного мозга 8) Задние канатики спинного мозга 9) Периферические нервы конечностей 10) Скелетные мышцы	1,3	ТК
102.Гипотрофия мышц голеней, стоп и кистей рук, «высокий свод» стоп, мышечная слабость, сухожильные рефлексы и все виды чувствительности снижены дистально. Аналогичные нарушения отмечаются у отца и дяди пациента. **Дополнительные методы обследования включают (2):** 11) Стимуляционная электромиорафия 12) Магнитно=-резонансная томография поясничного отдела позвоночника 13) Транскраниальная магнитная стимуляция		ТК

14) Декремент-тест 15) ДНК-диагностика	4 1,5	ТК
103.Маскообразное лицо, затруднено зажмуривание глаз, наморщивание лба, надувание щек, губы «тапира»: слабость мышц плечевого, тазового пояса, а также разгибателей голеней и стоп; «крыловидные» лопатки.. **Неврологические синдромы (2):** 1) Центральный парез мимической мускулатуры 2) Периферический парез мимической мускулатуры 3) Бульбарный синдром 4) Периферический тетрапарез 5) Центральный тетрапарез		
104.Маскообразное лицо, затруднено зажмуривание глаз, наморщивание лба, надувание щек, губы «тапира»: слабость мышц плечевого, тазового пояса, а также разгибателей голеней и стоп; «крыловидные» лопатки.. **Локализация поражения (1):** 1) Мотонейроны передних рогов спинного мозга 2) Поперечник спинного мозга на шейном уровне 3) Боковые канатики спинного мозга на шейном уровне 4) Периферические нервы конечностей 5) Скелетная мускулатура	2,4	ТК ТК
105. Маскообразное лицо, затруднено зажмуривание глаз, наморщивание лба, надувание щек, губы «тапира»: слабость мышц плечевого, тазового пояса, а также разгибателей голеней и стоп; «крыловидные» лопатки.. **Дополнительные методы исследования (3):** 1) Оценка уровня креатинфосфокиназы в плазме крови 2) Прозериновая проба 3) Магнитно-резонансная шейного отдела позвоночника 4) Игольчатая электромиография **5)** Иммуногистохимическое исследование биоптата мышечной ткани	5 1,4.5	ТК

106.«Крыловидные» лопатки, «утиная» походка» с раскачиванием туловища в стороны, дополнительные приемы (приемы Говерса) при вставании характерны для пациента с диагнозом (1): 1) Наследственная моторно-сенсорная полиневролпатия 2) Наследственная мозжечковая атаксия 3) Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга 4) Прогрессирующая миодистрофия **5)** Миастения.	4	ТК
107. Обследование пациентов с предполагаемым диагнозом – миастения включает (3): 1) Соматосенсорные вызванные потенциалы 2) Декремент-тест 3) Прозериновую пробу 4) Антитела к ацетилхолиновым рецепторам **5)** Транскраниальную магнитную стимуляцию	2,3,4	ТК
108. К патогенетическим методам лечения миастения относятся (2): 1) Антихолинэстеразные препараты пролонгированного действия 2) Препараты вальпроевой кислоты 3) Глюкокортикостероиды 4) Антибиотики широкого спектра действия **5)** Препараты α-липоевой кислоты.	1,3	ТК, ППА
109. При миодистрофии Дюшенна нарушен синтез белка (1): 1) Дисферлина 2) Дистрофина 3) Актина 4) Миозина **5)** Титина	2	ТК, ПА

Шифр и наименование компетенции

-готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан (ПК-22).

Раздел дисциплины (тема): Панические атаки и другие тревожные расстройства (Тема 11).

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

1. Наиболее частая причина вегетативной дистонии (1): 1) сосудистые заболевания головного мозга, 2) болезнь Паркинсона, 3) рассеянный склероз, 4) боковой амиотрофический склероз, 5) невротические расстройства.	**5**	ТК
2. Характерные проявления вегетативной дистонии (3): 1) центральный парез конечности, 2) проводниковый тип расстройства чувствительности, 3) сердцебиения, 4) ощущение нехватки воздуха, 5) учащенное и обильное мочеиспускание.	**3,4,5**	ТК
3. При вегетативной дистонии в случае гиперактивности симпатической нервной системы используют (1): 1) блокаторы кальциевых каналов короткого действия,	**3**	ТК

2) блокаторы кальциевых каналов длительного действия, 3) бета-адреноблокаторы, 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, 5) ингибиторы рецепторов ангиотензина.		
4. Факторы развития невротических расстройств (3): 1) психологические травмы, 2) психотравмирующие ситуации в детстве, 3) артериальная гипертензия, 4) наследственно-конституциональная предрасположенность, 5) мужской пол.	**1,2,4**	ТК, ПА
5. Проявления тревожного невроза (2): 1) абсанс, 2) панические атаки, 3) вегетативная дистония, 4) интенционный тремор, 5) «порхающий» тремор (астериксис).	**2,3**	ТК, ПА,
6. Панические атаки (3): 1) характерны для невротических расстройств, 2) нередко возникают в ночное время, 3) обычно продолжаются на протяжении двух или трех суток, 4) часто приводят к страху открытых пространств (агорафобия), 5) часто осложняются развитием эпилептического припадка.	**1,2,4**	ТК, ПА
7. Для панических атак характерно (4): 1) боли в сердце и сердцебиения, 2) затруднение дыхания, 3) ощущение приближающегося несчастья или смерти, 4) тонико-клонические судороги в конечностях, 5) ощущение волн жара или холода.	**1,2,3,5**	ТК, ПА
8. Для фобического невроза характерно (3): 1) страх какого-либо заболевания, 2) страх замкнутых или открытых пространств, 3) панические атаки, 4) корсаковский синдром, 5) хореический гиперкинез.	**1,2,3**	ТК, ПА
9. Для невротических расстройств характерно (3): 1) снижение концентрации внимания, 2) истинный астереогноз, 3) амнестическая афазия, 4) повышенная утомляемость, 5) нарушение сна.	**1,4,5**	ТК, ПА
10. При тревожном неврозе часто выявляются (2): 1) оживление сухожильных рефлексов, 2) симптом Бабинского, 3) постуральный тремор пальцев кистей, 4) мышечная ригидность, 5) отсутствие брюшных рефлексов.	**1,3**	ТК
11. Неврозоподобные расстройства характерны для (3): 1) заболеваний щитовидной железы, 2) заболеваний надпочечников, 3) приема бета-адреноблокаторов, 4) приема блокаторов кальциевых каналов, 5) приема психостимуляторов.	**1,2,5**	ТК, ПА
12. Лечение невротических расстройств (3): 1) психотерапия, 2) транквилизаторы, 3) антидепрессанты, 4) центральные холинолитики, 5) препараты лития.	**1,2,3**	ТК, ПА
13. Купирование панической атаки (2): 1) сернокислая магнезия, 2) альпрозалам, 3) пирацетам,	**2,4**	ТК, ПА

4) клоназепам, 5) калимин.		
14. Истерический невроз обычно возникает (1): 1) у мужчин в молодом возрасте, 2) у мужчин в среднем возрасте, 3) у мужчин в пожилом возрасте, 4) у женщин в молодом возрасте, 5) у женщин в среднем возрасте.	**4**	ТК
15. Течение истерического невроза (1): 1) острое без последующих рецидивов, 2) хроническое с периодическими обострениями, 3) неуклонно-прогрессирующее без обострений, 4) неуклонно-прогрессирующее с редкими обострениями, 5) неуклонно-прогрессирующее с частыми обострениями.	**2**	ТК
16. Для истерического паралича характерно (1): 1) нормальные сухожильные рефлексы, 2) отсутствие брюшных рефлексов, 3) симптом Бабинского, 4) повышение тонуса мышц по типу ригидности, 5) повышение тонуса мышц по типу спастичности.	**1**	ТК, ПА
17. Чувствительные нарушения при истерии обычно напоминают (1): 1) мононевропатический тип расстройств чувствительности, 2) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности, 3) гемигипестезию, 4) альтернирующую гемигипестезию, 5) корковый церебральный тип расстройства чувствительности.	**3**	ТК, ПА
18. Для истерического припадка характерно (2): 1) отсутствие корнеального рефлекса 2) недержание мочи, 3) разгибание головы и туловища с формированием дуги, 4) зажмуривание глаз, 5) прикус языка.	**3,4**	ТК, ПА
19. Проявления истерического невроза (2): 1) обычно нарастают в пожилом возрасте, 2) могут напоминать симптомы органического заболевания нервной сиситемы 3) могут напоминать симпитомы соматического заболевания 4) сопровождаются характерными изменениями на электроэнцефалограмме, 5) сопровождаются характерными изменениями на электромиограмме	**2,3**	ТК, ПА
20. Лечение истерического невроза (4): 1) электрошоковая терапия, 2) психотерапия, 3) транквилизаторы, 4) антидепрессанты, 5) лечебная гимнастика	**2,3,4,5**	ТК, ПА
21. Проявления вегетативной дистонии: (4) 1) сердцебиения 2) ощущения нехватки воздуха 3) учащенного и обильного мочеиспускания 4) чувства страха 5) пареза конечности	**1,2.3,4**	ТК

22. Лечение вегетативной дистонии: (3) 1) бета-блокаторы 2) транквилизаторы 3) психотерапия 4) блокаторы кальциевых каналов короткого действия 5) блокаторы кальциевых каналов длительного действия	**1-3**	ТК
23. Факторы развития невротических расстройств: **(3)** 1) психологические травмы 2) психотравмирующие ситуации в детстве 3) генетическая предрасположенность 4) мужской пол 5) артериальная гипертензия	**1,2,3**	ТК, ПА
24. Проявления тревожного расстройства (4): 1) панические атаки 2) гипергидроз ладоней и стоп 3) тахикардия 4) ощущение нехватки воздуха 5) интенционный тремор	**1,2,3,4**	ТК, ПА
25. Панические атаки: (3) 1) характеризуются сильным чувством страха 2) характеризуются страхом потери контроля над собой 3) могут проявляться клаустрофобией или агорофобией 4) могут привести к эпилептическому припадку 5) повышают риск развития инсульта	**1-3**	ТК, ПА
26. Проявления панических атак (4): 1) ощущение страха 2) боли в сердце	**1,2,3,4**	ТК, ПА

3) чувство нехватки воздуха 4) ощущение волн жара или холода 5) эпилептический припадок		
27. При панической атаке может отмечаться (3) 1) страх смерти 2) страх потери контроля 3) страх перед открытыми пространствами 4) потеря памяти 5) брадикинезия	**1-3**	ТК, ПА
28. Типичные проявления невроза: (4) 1) снижение концентрации внимания 2) повышенная утомляемость 3) страх заболеть каким-либо заболеванием 4) чувство нехватки воздуха 5) афазия	**1,2,3,4**	ТК, ПА
29. В неврологическом статусе пациентов с невротическим расстройством может быть: (2) 1) рефлекс Бабинского 2) паркинсонизм 3) оживление сухожильных рефлексов 4) интенционный тремор 5) гипергидроз ладоней и стоп	**3,5**	ТК
30. Усиление физиологического тремора характерно для (2): 1) гипертиреоза 2) гипотиреоза 3) невроза 4) шизофрении	**1,3**	ТК, ПА

5) эпилепсии		
31. Лечение невротических расстройств: (3) 1) антидепрессанты 2) транквилизаторы 3) психотерапия 4) психостимуляторы 5) ингибиторы центральной ацетилхолинэстеразы	**1.2,3**	ТК, ПА
32. Приступ панической атаки: (1) 1) должен быть купирован медикаментозно 2) всегда разрешается самостоятельно 3) прогноз зависит от силы панической атаки 4) требует госпитализации пациента 5) может перерасти в эпилептический припадок	**2**	ТК
33. Типичные признаки истерической личности: (3) 1) демонстративное поведение 2) склонность к получению похвалы и признания 3) женский пол 4) поведение, основанное на осознанном получении выгоды 5) тревожность	**1-3**	ТК
34. Истерический невроз может развиваться в результате: (2) 1) генетической предрасположенности 2) психологической травмы 3) приобретенного соматического заболевания 4) приобретенного неврологического заболевания 5) злоупотребления алкоголем	**1,2**	ТК
35. Для истерического невроза характерны (4):	**1,2.3,4**	ТК

1) демонстративное поведение 2) приступы потери сознания 3) парезы 4) слепота 5) панические атаки		
36. Проявления истерического паралича (2): 1) рефлекс Бабинского 2) снижение силы в конечности 3) спастичность 4) повышение сухожильных рефлексов 5) существенное колебание степени пареза в течение дня	**2,5**	ТК, ПА
37. Неврологические проявления истерии: (3) 1) снижение силы в конечностях 2) речевые нарушения 3) шаткая походка 4) деменция 5) недержание мочи	**1.2,3**	ТК, ПА
38. Для истерического припадка характерны (3): 1) судороги 2) прикусывание языка 3) вигибание тела по типу «дуги» 4) наличие эпилептической активности на электронцефалограмме 5) значительная длительность	**1,3,5**	ТК, ПА
39. Генерализованное тревожное расстройство: (3) 1) чаще развивается у женщин 2) возникает в ответ на реальные жизненные обстоятельства	**1,3,4**	ТК

3) постоянное, не зависит от качества жизни 4) чаще всего сопровождается депрессией 5) проявляется частыми паническими атаками		
40. Реактивный невроз: (4) 1) возникает как реакция на актуальную психотравмирующую ситуацию 2) проходит самостоятельно с разрешением актуальной психотравмирующей ситуации или сам по себе с течением времени 3) требует обязательного лечения в больнице 4) требует консультации психотерапевта и психологической поддержки 5) может проявляться как тревогой, так и депрессией	**1,2,4,5**	ТК
41. Пациентку 25 лет беспокоят сердцебиения, нарушение сна, повышенная тревожность на фоне психотравмирующей ситуации в семье. При кардиологическом и неврологическом обследованиях не выявлено изменений. Как расценить жалобы пациентки (1): 1) неустановленное заболевание сердца 2) неустановленное неврологическое заболевание 3) неустановленное системное заболевание с поражением сердца и неврвной системы 4) проявление невротического расстройства **5)** симуляция	**4**	ТК
42. Пациентку 25 лет беспокоят сердцебиения, нарушение сна, повышенная тревожность на фоне психотравмирующей ситуации в семье. При кардиологическом и неврологическом обследованиях не выявлено изменений Предполагаемое заболевание (1): 1) хроническая ишемическая болезнь мозга 2) дисциркуляторная энцефалопатия 3) гипотиреоз 4) тревожное расстройство (невроз) 5) синдром хронической усталости	**4**	ТК
43. Пациентку 25 лет беспокоят сердцебиения, нарушение сна, повышенная тревожность на фоне психотравмирующей ситуации в семье. При кардиологическом и неврологическом обследованиях не выявлено изменений. Лечение (3): 1) транквилизаторы	**1,2,4**	ТК

2) антидепрессанты 3) противоэпилептические препараты 4) психотерапия 5) нейролептики		
44. Женщина 45 лет предъявляет жалобы на периодическое ощущение нехватки воздуха, учащенное мочеиспускание в течение нескольких лет. Не выявлено изменений при соматическом и неврологическом обследованиях.Как расценить жалобы пациентки (1): 6) неустановленное заболевание легких 7) неустановленное почечное заболевание 8) неустановленное системное заболевание с поражением легких и почек 9) проявление невротического расстройства 10) симуляция	**4**	ТК
45. Женщина 45 лет предъявляет жалобы на периодическое ощущение нехватки воздуха, учащенное мочеиспускание в течение нескольких лет. Не выявлено изменений при соматическом и неврологическом обследованиях. Предполагаемое заболевание (1): 1) хроническая ишемическая болезнь мозга 2) хроническая обструктивная болезнь легких 3) хроническое почечное заболевание 4) тревожное расстройство (невроз) 5) синдром хронической усталости	**4**	ТК
46. Женщина 45 лет предъявляет жалобы на периодическое ощущение нехватки воздуха, учащенное мочеиспускание в течение нескольких лет. Не выявлено изменений при соматическом и неврологическом обследованиях.Обследования? (1) 1) повторная консультация пульмонолога 2) повторная консультация уролога 3) повторная консультация невролога 4) консилиум с участием пульмонолога, уролога и невролога 5) консультация психиатра или психотерапевта	**5**	ТК
47. Женщину 65 лет после смерти мужа беспокоят снижение настроения и нарушение сна. При обследовании не выявлено неврологических нарушений. Как расценить жалобы	**1,2**	ТК, ПА

пациентки (2): 1) инсомния 2) депрессия 3) повышенная тревожность 4) апатия 5) анорексия		
48. Женщину 65 лет после смерти мужа беспокоят снижение настроения и нарушение сна. При обследовании не выявлено неврологических нарушений. Обследование (1): 1) магнитно-резонансная томография головы 2) рентгеновская компьютерная томография головы 3) электроэнцефалография 4) дуплексное скарирование сосудов шеи 5) консультация психиатра, психотерапевта	**5**	ТК
49. Женщину 65 лет после смерти мужа беспокоят снижение настроения и нарушение сна. При обследовании не выявлено неврологических нарушений. Лечение (2): 1) антидепрессанты 2) центральные холинолитики 3) нейролептики 4) психотерапия 5) ноотропные средства	**1,4**	ТК
50. Мужчину 27 лет беспокоят головокружения в течение 2 лет. При неврологическом и отоневрологическом обследованиях нет нарушений. Причина головокружения (1): 1) доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение 2) вестибулярный нейронит 3) болезнь Меньера 4) вестибулярная мигрень 5) психогенное головокружение	**5**	ТК
51. Мужчину 27 лет беспокоят головокружения в течение 2 лет. При неврологическом и отоневрологическом обследованиях нет нарушений. Предполагаемое заболевание (1): 1) тревожное расстройство 2) шейный остеохондроз 3) рассеянный склероз 4) опухоль головного мозга 5) лабиринтит	**1**	ТК
52. Мужчину 27 лет беспокоят головокружения в течение 2 лет. При неврологическом и отоневрологическом обследованиях нет нарушений. Консультации (1): 1) повторная консультация невролога 2) повторная консультация отоневролога 3) консультация оториноларинголога	**5**	ТК

4) консилиум с участием невролога, оториноларинголога, отоневролога 5) консультация психиатра, психотерапевта		
53. **Мужчина 75 лет предъявляет жалобы на снижение памяти, внимания, настроения и плохой сон в течение 2 лет назад после смерти жены. При неврологическом обследовании нет нарушений.Какое заболевание наиболее вероятно (1):** 1) болезнь Альцгеймера 2) депрессия 3) паркинсонизм 4) рассеянный склероз 5) лобно-височная дегенерация	**2**	ТК
54. **Мужчина 75 лет предъявляет жалобы на снижение памяти, внимания, настроения и плохой сон в течение 2 лет назад после смерти жены. При неврологическом обследовании нет нарушений. Обследования (3):** 1) магнитно-резонансная томография головы 2) оценка по шкалам тревоги и депрессии 3) нейропсихологическое исследование 4) электроэнцефалография 5) полисомнография	**1,2,3**	ТК
55. **Мужчина 75 лет предъявляет жалобы на снижение памяти, внимания, настроения и плохой сон в течение 2 лет назад после смерти жены. При неврологическом и нейропсихологическом обследованиях, магнитно-резонансной томографии нет нарушений. Лечение (3):** 1) антидепрессанты 2) ноотропные средства 3) транквилизаторы 4) психотерапия 5) рекомендации по гигиене сна	**1,4,5**	ТК
56. Невротические расстройства представляют заболевание: (1) 1) цереброваскулярное 2) дизиммунное 3) дегенеративное 4) психогенное 5) наследственное	**4**	ТК, ПА
57. Факторы риска развития невротических расстройств (3) 1) особенности личности 2) психотравмирующие ситуации 3) тяжелый физический труд 4) наследственная предрасположенность 5) курение	**1,2,4**	ТК, ПА

58. Проявления тревожного расстройства (3) 1) повышенная тревожность 2) повышенная раздражительность 3) катаплексия 4) инсомния 5) ночной энурез	**1,2,4**	ТК, ПА
59. Типичная продолжительность панической атаки (1) 1) 1-2 минутуы 2) 15-30 минут 3) 3-6 часов 4) 6-12 часов 5) 1-2 суток	**2**	ТК, ПА
60. Типичные проявления панической атаки (4): 1) сердцебиение 2) слабость 3) дурнота 4) рвота 5) ощущение жара или холода	**1,2,3,5**	ТК, ПА
61. Гипервентиляция в период панической атаки вызывает (3) 1) абсанс 2) миоклонический эпилептический припадок 3) несистемное головокружение 4) онемение пальцев рук 5) кратковременную потерю сознания	**3,4,5**	ТК, ПА
62. Панические атаки часто сопровождаются (1) 1) эпилепсией 2) акатизией 3) агорафобией 4) неукротимой рвотой 5) клептоманией	**3**	ТК, ПА
63. Пациентка 18 лет предъявляет жалобы на отсутствие движений в левых конечностях после ссоры с матерью. При неврологическом обследовании нет нарушений. Наиболее вероятное заболевание (1): 1) геморрагический инсульт 2) ишемический инсульт 3) миастения 4) рассеянный склероз 5) конверсионное расстройство (истерический невроз)	**5**	ТК
64. Пациентка 18 лет предъявляет жалобы на отсутствие движений в левых конечностях после ссоры с матерью.	**5**	ТК

При неврологическом обследовании нет нарушений. Основное обследование (1): 1) магнитно-резонансная томография головы 2) ренгеновскамя компьютерная томография головы 3) люмбальная пункция 4) электронейромиография 5) консультация психиатра		
65. Пациентка 18 лет предъявляет жалобы на отсутствие движений в левых конечностях после ссоры с матерью. При неврологическом обследовании и магнитно-резонансной томографии не выявлено нарушений. Лечение (2): 1) психотерапия 2) сосудорасширяющие средства 3) лечебная физкультура, кинезиотерапия 4) транквилизаторы 5) ноотропные средства	**1,3**	ТК
66. Жалобы на снижение памяти и концентрацию внимания при невротическом расстройстве вызваны (2) 1) проявлением основного заболевания 2) сочетанным цереброваскулярным заболеванием 3) сочетанным нейродегенеративным заболеванием 4) приемом транквилизаторов 5) приемом ноотропных средств	**1,4**	ТК
67. Лечение снижения памяти и концентрации внимания при невротическом расстройстве (2) 1) антидепрессанты 2) ноотропные средства 3) сосудорасширяющие средства 4) ингибиторы центральной ацетилхолинэстеразы 5) психотерапия	**1,5**	ТК
68. При неврологическом обследовании пациентов с невротическими расстройствами часто выявляются (2) 1) патологические кистевые симптомы 2) патологические стопные симптомы 3) отсутствие брюшных рефлексов 4) оживление сухожильных рефлексов 5) усиление физиологического тремора	**4,5**	ТК, ПА
69. При магнитно-резонасной томографии у пациентов пожилого возраста, страдающих депрессией, часто обнаруживается (1) 1) арахноидальная киста 2) артериовенозная мальформация 3) «немые» инфаркты 4) увеличение субарахноидального пространства	**4**	ТК

5) кальфикация базальных ганглиев		
70. Проявления, сходные с тревожным неврозом, возникают при приеме (1) 1) транквилизаторов 2) антигипертензивных средств 3) статинов 4) психостимуляторов 5) антикоагулянтов	**4**	ТК
71. **Диагноз невротического расстройства основывается на (3):** 1) наличии тревожных расстройств 2) исключении соматического заболевания 3) исключении неврологического заболевания 4) исключении психогенного заболевания 5) наличии диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга на электроэнцефалограмме	**1,2,3**	ТК, ПА
72. **Приступ панической атаки купируется приемом (2):** 1) пирацетама 2) винпоцетина 3) диазепама 4) алпразолама 5) прозерина	**3,4**	ТК, ПА
73. Лечение панических атак (1): 1) пирацетам 2) цитиколин 3) винпоцетин 4) пароксетин 5) церебролизин	**4**	ТК, ПА
74. Типичные неврологические проявления конверсионного расстройства (истерического нервоза) (4): 1) паралич конечностей, 2) утрата зрения, 3) нарушение речи, 4) шаткая походка, 5) энурез.	**1,2,3,4**	ТК, ПА

75. **При истерическом припадке характерны (2):** 1) последовательная смена тонических и клонических судорог, 2) прикус языка, 3) недержание мочи, 4) хаотические движения в конечностях, 5) «истерическая дуга»	**4, 5**	ТК, ПА
76. **Псевдодеменция – когнитивные нарушения (1)** 1) при дисметаболических расстройствах, 2) в старческом возрасте, 3) при депрессии, 4) при опухоли головного мозга, 5) после эпилептического припадка.	**3**	ТК, ПА
77. Появление у пациента дурашливости, нелепых поступков, импульсивности в сочетании с нецеленаправленностью поведения наиболее вероятно вследствие (1): 1) истерии 2) тревожного расстройства 3) вегетативной дистонии 4) генерализованного панического расстройства 5) органического заболевания головного мозга	**5**	ТК
78. Симптомы как органического поражения головного мозга, так и депрессии (2): 1) психомоторная заторможенность 2) нарушения памяти 3) парезы 4) атаксия 5) ночной энурез	**1,2**	ТК
79. Тревожные расстройства (3): 1) соматоформное расстройство 2) инсомния 3) тревожный невроз 4) обсессивно-компульсивный невроз 5) панические атаки	**3.4,5**	ТК
80. Синоним истерического невроза (2) 1) конверсионное расстройство	**1,5**	ТК

2) генерализованное тревожное расстройство 3) панические атаки 4) обсессивно-компульсивный невроз 5) соматоформное расстройство		
81. Для оценки степени тревожности используют шкалу (1): 1) Бэка 2) Спилбергера 3) Гамильтона 4) Освестри 5) Роланда-Морриса	**2**	ТК
82. Для оценки степени депрессии используют шкалу (2): 1) Бэка 2) Спилбергера 3) Гамильтона 4) Освестри 5) Роланда-Морриса	**1,3**	ТК
83. Недооценка тяжести неврологического дефекта чаще возникает при поражении (1): 1) доминантного полушария 2) субдоминантного полушария 3) среднего мозга 4) продолговатого мозга 5) мозжечка	**2**	ТК
84. Во время истерического припадка на электроэнцефалограмме регистрируется (1) 1) нормальная биоэлектрическая активность мозга 2) острые волны 3) комплекс «пике-медленная волна» 4) спайки 5) дельта-волны	**1**	ТК
85. Чаще всего апатия развивается при поражении: (1) 1) орбитофронтальной коры	**2**	ТК

2) префронтальной коры 3) срединных структур головного мозга 4) затылочной доли 5) мозжечка		
86. При панической атаке: (3) 1) тревога сопровождается страхом смерти 2) длительность симптомов составляет несколько часов 3) часто отмечаются галлюцинации 4) характерно учащенное дыхание и сердцебиение 5) возможно ощущение нехватки воздуха	**1,4,5**	ТК, ПА
87. При неврозе навязчивых состояний отмечаются: (3) 1) навязчивые мысли 2) навязчивые идеи 3) тревога 4) панические атаки 5) постуральные нарушения	**1,2,3**	ТК, ПА
88. Навязчивые мысли при неврозе навязчивых состояний: (3) 1) стереотипны 2) вызывают тревогу у пациента 3) сопровождаются учащенным мочеиспусканием 4) сопровождаются галлюцинациями 5) сопровождаются бредом	**1,2,3**	ТК, ПА
89. Посттравматическое стрессовое расстройство развивается: (3) 1) у участников военных действий 2) у пациентов с длительно существующей депрессией 3) у людей, перенесших сексуальное насилие 4) как следствие физического начилия или пыток 5) при прогрессировании генерализованного тревожного расстройства	**1,3,4**	ТК
90. Клинические проявления посттравматического стрессового расстройства: (3) 1) каталексия	**2, 3,5**	ТК

2) переживание в памяти события, вызвавшего травму 3) утрата памяти о некоторых моментах события, вызвавшего траву 4) навязчивые мысли и действия 5) постоянное ожидание новых травм		
91. Лечение посттравматического стрессового расстройства: (3) 1) антидепрессанты 2) вазоактивные средства 3) транквилизаторы 4) витамины группы В 5) психотерапия	**1,3,5**	ТК
92. Лечение генерализованного тревожного расстройства: (3) 1) антидепрессанты 2) ноотропы 3) вазотропные препараты 4) транквилизаторов 5) психотерапии	**1,4,5**	ТК, ПА
93. Проявления генерализованного тревожного расстройства: (3) 1) ипохондрия 2) постоянная тревожность 3) галлюцинации 4) бред 5) инсомния	**1,2,5**	ТК, ПА
94. Неврологические проявления истерии: (3) 1) снижение силы в конечностях 2) нарушение памяти 3) недержание мочи 4) нарушение речи 5) недержание кала	**1,2,4**	ТК, ПА
95. Истерические нарушения речи: (2) 1) сходны с проявлениями моторной афазии	**2,3**	ТК, ПА

2) могут проявляться шепотной речью 3) обычно не сопроовждаются утратой письма 4) сопровождаются оживлением глоточных рефлексов 5) сопровождаются симптомами орального автоматизма		
96. Истерическая личность: (3) 1) демонстрирует преувеличенные, театральные эмоции 2) отличается избыточной пунктуальностью 3) некомфортно чувствует себя, когда находится не в центре внимания 4) склонна к ритуалам и навязчивым действиям 5) высоко внушаема	**1,3,5**	ТК
97. Эпизоды страха могут быть результатом: (3) 1) феохромоцитомы 2) гипотиреоза 3) гипергликемии 4) резкого падения уровня сахара в крови 5) наркотического опьянения	**1,4,5**	ТК
98. Для невроза характерно (3): 1) наличие психотравмирующей ситуации 2) необратимость симптомов 3) отсутствие очаговой неврологической симптоматики 4) колебание выраженности симптомов в течение времени 5) выраженные когнитивные нарушеня (деменция)	**1,3,4**	ТК
99. Клинические проявления тревожного невроза (3): 1) повышенная физическая и умственная утомляемость 2) раздражительность 3) демонстративность 4) инсомния 5) навязчивые действия	**1,2,4**	ТК, ПА
100. Лечение тревожного невроза (3): 1) рациональная организация труда и отдыха	**1,2,5**	ТК, ПА

2) психотерапия 3) нейролептики 4) вазоактивные средства 5) транквилизаторы		

Раздел дисциплины (тема): Инфекционные заболевания нервной системы (Тема 12)

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

1. Наиболее частый возбудитель энцефалита в Москве (1): 1) вирус полиомиелита, 2) вирус герпеса, 3) пневмококк, 4) стрептококк, 5) стафилококк.	2	ТК, ПА
2. Для энцефалита характерно (4): 1) центральный парез конечностей, 2) повышение температуры тела, 3) головная боль, 4) сыпь на лице и верхних конечностях, 5) эпилептические припадки.	1-3,5	ТК, ПА
3. Эндемичные регионы клещевого энцефалита (2): 1) Юго-Восточная Азия, 2) Сибирь, 3) Дальний Восток, 4) Центральная Америка, 5) Австралия.	2,3	ТК, ПА
4.Цереброспинальная жидкость при энцефалите (1): 1) повышение количества клеток более 1000 в мкл, 2) лифоцитарный плеоцитоз, 3) повышение содержания глюкозы, 4) снижение содержания белка, 5) образование фибриновой пленки.	2	ТК, ПА
5. Лечение энцефалита неясной этиологии (1): 1) пирацетам, 2) ацикловир, 3) пенициллин, 4) дексазон, 5) человеческий иммуноглобулин.	2	ТК
6. Число случаев энцефалита в год на миллион населения (вне эндемических районов и эпидемий) (1): 1) 1-2, 2) 10-20, 3) 100-200, 4) 1000-2000, 5) 5000-10000.	1	ТК
7. Этиология гнойного менингита (3): 1) бледная спирохета, 2) пневмококк, 3) гемофильная палочка, 4) стрептококк, 5) микобактерия туберкулеза	2-4	ТК

8. Этиология серозного менингита (3): 1) энтеровирус, 2) менингококк, 3) вирус иммунодефицита человека, 4) вирус хориоменингита, 5) стафилококк.	1,3,4	ТК
9. Для гнойного менингита характерны (3): 1) ригидность шейных мышц, 2) симптом Кернига, 3) эпилептические припадки, 4) головная боль, 5) афазия	1,2,4	ТК, ПА
10. Для серозного менингита характерны (2): 1) головная боль, 2) гемипарез, 3) нарушение сознания до комы, 4) ригидность шейных мышц, 5) геморрагическая сыпь на коже лица и туловища.	1,4	ТК, ПА
11. Основной дополнительный метод диагностики менингита (1): 1) МРТ головы, 2) КТ головы, 3) электроэнцефалография, 4) люмбальная пункция, 5) исследование вызванных потенциалов.	4	ТК, ПА
12. Для туберкулезного менингита характерно (3): 1) подострое течение, 2) сенсорная афазия, 3) поражение глазодвигательных нервов, 4) головная боль, 5) мозжечковая атаксия.	1,3,4	ТК, ПА
13. Цереброспинальная жидкость при гнойном менингите (2): 1) увеличение количества клеток до 1000 и более в мкл, 2) лимфоцитарный плеоцитоз, 3) снижение содержания белка, 4) снижение содержания глюкозы, 5) образование фибриновой пленки	1,4	ТК, ПА
14. Цереброспинальная жидкость при серозном менингите (2): 1) увеличение количества клеток до 100 и более в мкл, 2) нейтрофильный плеоцитоз, 3) нормальное содержание глюкозы, 4) снижение содержания белка, 5) бесцветный и прозрачный характер жидкости.	1,3	ТК, ПА
15. Основное лечение гнойного менингита (1): 1) антибиотики, 2) кортикостероиды, 3) плазмаферез, 4) человеческий иммуноглобулин, 5) повторные люмбальные пункции.	1	ТК, ПА
16. Полиомиелит (2): 1) вызывается вирусом Коксаки, 2) возникает преимущественно у детей в возрасте до 10 лет, 3) проявляется развитием моторной афазии, 4) проявляется возникновением мозжечковой атаксии, 5) проявляется развитием периферических парезов конечностей	2,5	ТК, ПА
17. Локализация поражения при опоясывающем лишае (2): 1) передние рога спинного мозга, 2) боковые рога спинного мозга, 3) спинномозговые ганглии, 4) гиппокамп, 5) Гассеров узел.	3,5	ТК, ПА
18. Для опоясывающего лишая характерны (2): 1) нарушение функции тазовых органов,	2,3	ТК

2) сегментарный тип расстройства чувствительности, 3) боли, 4) осложнение в виде гнойного менингита, 5) осложнение в виде энцефалита.		
19. Лечение постгерпетической невралгии (2): 1) антибиотики, 2) противоэпилептические средства (карбамазепин), 3) ноотропные средства (пирацетам), 4) антидепрессанты (амитриптилин), 5) наркотические анальгетики.	**2,4**	ТК
20. Развитие полирадикулоневрита характерно как осложнение (1): 1) кори, 2) дифтерии, 3) ветряной оспы, 4) краснухи, 5) туберкулеза легких.	**2**	ТК
21. Клинические формы нейросифилиса (3): 1) спинная сухотка, 2) менингит, 3) синдром бокового амиотрофического склероза, 4) прогрессирующий паралич, 5) невралгия тройничного нерва.	**1,2,4**	ТК
22. Менинговаскулярный нейросифилис (3): 1) наиболее частая форма нейросифилиса в настоящее время, 2) проявляется церебральным инсультом, 3) проявляется спинальным инсультом, 4) проявляется синдромом бокового амиотрофического склероза, 5) сопровождается нейтрофильным плеоцитозом в цереброспинальной жидкости.	**1-3**	ТК
23. Поражения нервной системы при синдроме приобретенного иммунодефицита (4): 1) менингит, 2) энцефалит, 3) миелопатия, 4) поражение лицевого нерва, 5) миопатия.	**1-4**	ТК, ПА
24. СПИД-деменция (4): 1) возникает почти у половины больных (в развернутой стадии болезни), 2) проявляется нарушением памяти и других когнитивных функций, 3) проявляется атаксией и центральными парезами конечностей, 4) проявляется эпилептическими припадками, 5) регрессирует при адекватной терапии основного заболевания.	**1-4**	ТК, ПА
25. Спинальный эпидуральный абсцесс (эпидурит) (4): 1) часто вызывается гематогенным путем, 2) обычно развивается в шейном отделе позвоночника, 3) проявляется болью в спине и повышением температуры, 4) диагностируется при магнитно-резонансной томографии позвоночника, 5) требует хирургического лечения.	**1,3-5**	ТК
26. Наиболее частый возбудитель энцефалита (1): 1) белок прион, 2) вирус, 3) бактерия, 4) паразитарная инфекция, 5) грибы.	**2**	ТК, ПА
27. Возбудители первичного энцефалита (3): 1) вирус герпеса, 2) вирус кори, 3) вирус ветряной оспы, 4) цитомегаловирус,	**1,4,5**	ТК

5) вирус комариного энцефалита.		
28. Возбудители вторичного энцефалита (2): 1) вирус клещевого энцефалита, 2) вирус краснухи, 3) вирус эпидемического паротита, 4) цитомегаловирус, 5) вирус бешенства.	**2,3**	ТК
29. Летальность при энцефалите (в остром периоде) (1): 1) 10%, 2) 20%, 3) 30%, 4) 40%, 5) 50%.	**1**	ТК
30. Последствия перенесенного энцефалита (4): 1) нормотензивная гидроцефалия, 2) симптоматическая эпилепсия, 3) центральные парезы конечностей, 4) деменция, 5) афазия.	**2,3,4,5**	ТК, ПА
31. При электроэнцефалографии у больных герпетическим энцефалитом часто выявляются (2): 1) комплексы «пик-медленная волна», 2) плоская кривая, 3) высокоамплитудные острые волны, 4) медленные волны 2-3 Гц, 5) синхронизированный альфа-ритм.	**3,4**	ТК
32. При герпетическом энцефалите поражение наиболее выражено в (1): 1) лобной доле, 2) теменной доле, 3) височной доле, 4) затылочной доле, 5) мозжечке.	**3**	ТК, ПА
33. При клещевом энцефалите парезы часто наблюдаются в мышцах (2): 1) мимических, 2) шеи, 3) проксимальных отделов рук, 4) тазового пояса, 5) разгибателях стоп.	**2,3**	ТК, ПА
34. Кожевниковская эпилепсия возникает после перенесенного энцефалита (1): 1) герпетического, 2) клещевого, 3) комаринового, 4) эндемического, 5) цитомегаловирусного.	**2**	ТК, ПА
34. Кожевниковская эпилепсия (2): 1) обычные абсансы, 2) акинетические абсансы, 3) миоклонические абсансы, 4) миоклонический гиперкинез в определенных мышцах, 5) генерализованные эпилептические припадки.	**4,5**	ТК, ПА
35. Вторичные (параинфекционные) энцефалиты (3): 1) возникают на фоне инфекции (грипп, корь, краснуха и др.), 2) через 1-2 месяца после вакцинации, 3) проявляются легким менингеальным синдромом, 4) проявляются эпилептическими припадками, 5) не сопровождаются изменениями в цереброспинальной жидкости.	**1,3,4**	ТК
36. Частые возбудители гнойного менингита (3): 1) спирохета, 2) пневмококк,	**2.3,4**	ТК, ПА

3) менингококк, 4) гемофильная палочка, 5) протей.		
37. Частый возбудитель серозного менингита (1): 1) стафилококк, 2) стрептококк, 3) энтеровирус, 4) вирус герпеса, 5) вирус Эпштейна-Барр.	**3**	ТК, ПА
38. Частые осложнения гнойного менингита (3): 1) поражение лицевого нерва, 2) поражение подъязычного нерва, 3) внутричерепная гипертензия, 4) церебральный венозный тромбоз, 5) нейросенсорная тугоухость.	**3,4,5**	ТК
39. Геморрагическая сыпь (чаще в виде звездочек) характерна для менингита (1): 1) пневмококкового, 2) менингококкового, 3) стрептококкового, 4) стафилококкового, 5) протейного.	**2**	ТК, ПА
40. Вызванный гемофильной палочкой менингит чаще наблюдается в возрасте (1): 1) детском, 2) молодом, 3) среднем, 4) пожилом, 5) старческом.	**1**	ТК
41. Пневмококковый менингит часто возникает как осложнение (3): 1) синсусита, 2) отита, 3) инфекционных заболеваний дыхательных путей, 4) нефрита, 5) цистита.	**1,2,3**	ТК
42. При полиомиелите парезы и параличи преобладают в (1): 1) мимических мышцах, 2) языке, 3) плечевом поясе, 4) туловище, 5) нижних конечностях.	**5**	ТК, ПА
43. Частые возбудители поперечного миелита (2): 1) вирус герпеса, 2) цитомегаловирус, 3) вирус Эпштейна-Барр, 4) спирохета, 5) микобактерия туберкулеза.	**2,3**	ТК
44. Для поперечного миелита характерны (3): 1) синдром Горнера, 2) нижний центральный парапарез, 3) нарушение функции тазовых органов, 4) мозжечковая атаксия, 5) проводниковый тип нарушения чувствительности.	**2,3,5**	ТК
45. Болезнь Лайма (боррелиоз) вызывается (1): 1) воздушно-капельным путем, 2) алиментарным путем, 3) укусом комара, 4) укусом иксодового клеща, 5) употреблением коровьего молока.	**4**	ТК, ПА
46. Неврологические осложнения болезни Лайма (нейроборрелиоз) (3):	**1,3,4**	ТК, ПА

1) головная боль, 2) неврит зрительного нерва, 3) неврит лицевого нерва, 4) невриты периферических нервов, 5) миоклонические эпилептические припадки.		
47. Лечение нейроборреллиоза (2): 1) преднизолон, 2) дексаметазон, 3) ацикловир, 4) пенициллин, 5) цефтриаксон.	**4,5**	ТК, ПА
48. Наиболее часто встречающиеся формы нейросифилиса в настоящее время (2): 1) сифилитическая гумма, 2) неврит зрительных нервов, 3) спинная сухотка, 4) менингит, 5) менинговаскулярный сифилис.	**4,5**	ТК
49. Проявления спинной сухотки (3): 1) миоклонус, 2) сенситивная атаксия, 3) утрата коленных и ахилловых рефлексов, 4) симптом Бабинского, 5) пронзающие боли в спине и конечностях.	**2,3,5**	ТК
50. Прогрессирующий паралич (сифилитический) представляет (1): 1) хроническое цереброваскулярное заболевание, 2) дизиммунное заболевание, 3) нейродегенеративный процесс, 4) демиелинизирующее заболевание, 5) хронический менингоэнцефалит.	**5**	ТК
51. Проявления прогрессирующего паралича (сифилитического) (3): 1) нарушение ходьбы, 2) мозжечковая атаксия, 3) прогрессирующий парез мимических мышц, 4) деменция, 5) нарушения функции тазовых органов.	**1,4,5**	ТК
52. Лечение нейросифилиса (2): 1) пенициллин, 2) цефтриаксон, 3) преднизолон, 4) пирацетам, 5) цитиколин.	**1,2**	ТК
53. Неврологические нарушения представляют первые клинические проявления синдрома приобретенного иммунодефицита в (1): 1) 10%, 2) 30%, 3) 50%, 4) 70%, 5) 90%.	**1**	ТК
54. При синдроме приобретенного иммунодефицита вследствие оппортунистической инфекции чаще всего развивается энцефалит (1): 1) герпетический, 2) цитомегаловирусный, 3) протейный, 4) токсоплазмозный, 5) энтеровирусный.	**4**	ТК, ПА
55. При синдроме приобретенного иммунодефицита из поражений периферической нервной системы чаще всего развивается (1):	**2**	ТК

1) моторная полиневропатия, 2) сенсорная полиневропатия, 3) невропатия срединного нерва, 4) невропатия локтевого нерва, 5) невропатия малоберцового нерва.		
56. Болезнь Крейтцфельдта-Якоба вызывается (1): 1) вирусом, 2) бактерией, 3) прионным белком, 4) паразитом, 5) грибами.	**3**	ТК, ПА
57. Формы болезни Крейтцфельдта-Якоба (3): 1) новые, 2) старые, 3) спорадические, 4) ятрогенные, 5) дизиммунные.	**1,3,4**	ТК
58. Развитие части случаев болезни Крейтцфельдта-Якоба связывается с употреблением мяса (1): 1) свиней, 2) коров, 3) гусей, 4) уток, 5) кроликов.	**2**	ТК
58. Проявления болезни Крейтцфельдта-Якоба (4): 1) когнитивные нарушения, 2) миоклонический гиперкинез, 3) вестибулярная атаксия, 4) глазодвигательные нарушения, 5) головные боли.	**1,2,4,5**	ТК, ПА
59. При болезни Крейтцфельдта-Якоба на электроэнцефалограмме часто обнаруживаются (2): 1) синхронизированный альфа-ритм, 2) синхронизированный бета-ритм, 3) комплексы «пик-медленная волна», 4) трехфазные острые волны 1-2 Гц, 5) вспышки высокоамплитудных волн на фоне плоской кривой.	**4,5**	ТК
60. Наиболее частые возбудители абсцесса головного мозга (2): 1) менингококк, 2) стрептококк, 3) стафилококк, 4) гемофильная палочка, 5) кишечная палочка.	**4,5**	ТК
61. Первый и наиболее частый симптом абсцесса головного мозга (1): 1) головная боль, 2) головокружение, 3) обморок, 4) генерализованный эпилептический припадок, 5) миоклонус.	**1**	ТК
62. Основной метод диагностики абсцесса головного мозга (1): 1) люмбальная пункция, 2) окципитальная пункция, 3) рентгеновская компьютерная томография головы, 4) электроэнцефалография, 5) позитронно-эмиссионная томография головного мозга.	**3**	ТК, ПА
63. Абсцесс головного мозга по своим проявлениям часто напоминает (1): 1) кровоизлияние в мозг, 2) инфаркт головного мозга, 3) дисциркуляторную энцефалопатию, 4) опухоль головного мозга,	**4**	ТК

5) рассеянный склероз.		
64. Лечение абсцесса головного мозга (2): 1) антибиотики, 2) ноотропные средства, 3) сосудорасширяющие средства, 4) преднизолон, 5) хирургическое удаление.	**1,5**	ТК
65. Эпидуральный абсцесс – скопление гноя (1): 1) в субарахноидальном пространстве, 2) между паутинной и мягкой мозговой оболочками, 3) в синусах головного мозга, 4) между паутинной и твердой мозговой оболочками, 5) между твердой мозговой оболочкой и костями черепа.	**5**	ТК, ПА
66. Субдуральная эмпиема – скопление гноя (1): 1) в субарахноидальном пространстве, 2) между паутинной и мягкой мозговой оболочками, 3) в синусах головного мозга, 4) между паутинной и твердой мозговой оболочками, 5) между твердой мозговой оболочкой и костями черепа.	**4**	ТК, ПА
67. Основной метод диагностики эпидурального абсцесса (1): 1) люмбальная пункция, 2) окципитальная пункция, 3) рентгеновская компьютерная томография головы, 4) электроэнцефалография, 5) позитронно-эмиссионная томография головного мозга.	**3**	ТК
68. Лечение субдуральной эмпиемы (2): 1) антибиотики, 2) ноотропные средства, 3) сосудорасширяющие средства, 4) преднизолон, 5) хирургическое удаление.	**1,5**	ТК
69. Спинальный эпидуральный абсцесс – скопление гноя (1): 1) в спинном мозге, 2) в субарахноидальном спинальном пространстве, 3) в центральном канале спинного мозга, 4) между оболочками спинного мозга, 5) в эпидуральной клетчатке.	**5**	ТК, ПА
70. Спинальный эпидуральный абсцесс чаще всего локализуется на уровне (1): 1) верхнем шейном, 2) нижнем шейном, 3) шейно-грудном, 4) верхнем грудном, 5) среднем грудном и поясничном.	**5**	ТК
71. Проявления спинального эпидурального абсцесса (4): 1) лихорадка, 2) боли в месте абсцесса, 3) локальное напряжение мышц, 4) центральный тетрапарез, 5) нарушения функции тазовых органов.	**1,2,3,5**	ТК
72. Диагностика эпидурального спинального абсцесса (3): 1) люмбальная пункция, 2) магнитно-резонансная томография, 3) рентгеновская компьютерная томография, 4) контрастная рентгеновская миелография, 5) соматосенсорные вызванные потенциалы.	**2,3,4**	ТК
73. Лечение эпидурального спинального абсцесса (2): 1) антибиотики, 2) ноотропные средства, 3) сосудорасширяющие средства, 4) преднизолон, 5) хирургическое дренирование гнойного очага.	**1,5**	ТК

74. Опоясывающий герпес вызван реактивацией латентного (1): 1) цитомегаловируса, 2) вируса краснухи, 3) вируса варицелла-зостер, 4) энтеровируса, 5) арбовируса.	**3**	ТК, ПА
75. Опоясывающий герпес нередко возникает на фоне (2): 1) иммунодефицитных состояний, 2) приема кортикостероидов, 3) приема антидепрессантов, 4) приема транквилизаторов, 5) приема сосудорасширяющих средств.	**1,2**	ТК, ПА
76. Опоясывающий герпес чаще локализуется на уровне сегментов (1): 1) верхних шейных, 2) нижних шейных, 3) грудных, 4) поясничных, 5) крестцовых.	**3**	ТК, ПА
77. Наиболее частое осложнение опоясывающего герпеса (1): 1) периферический парез конечностей, 2) поражение черепных нервов, 3) церебральный васкулит, 4) постгерпетическая невралгия, 5) энцефалит.	**4**	ТК, ПА
78. Бешенство возникает вследствие (2): 1) укуса бешенного животного, 2) ослюнения бешенного животного, 3) употребления молока бешеной коровы, 4) употребления молока бешеной козы, 5) употребления молока бешеной лошади.	**1,2**	ТК, ПА
79. Вирус бешенство локализуется (1): 1) в периферической нервной системе, 2) в оболочках спинного и головного мозга, 3) в спинном мозге, 4) в головном мозге, 5) во всех отделах нервной системы.	**5**	ТК, ПА
80. Проявления бешенства (4): 1) нарушение сна, 2) пароксизмы гидрофобии, 3) нарушение глотания и речи, 4) абсансы, 5) психомоторное возбуждение.	**1,2,3,5**	ТК, ПА
81. При бешенстве смерть возникает (1): 1) в 20%, 2) в 40%, 3) в 60%, 4) в 80%, 5) почти во всех случаях.	**5**	ТК, ПА
82. При укусе собаки для профилактики бешенства применяют (1): 1) вакцинацию по схеме, 2) антибиотики, 3) ацикловир, 4) препараты ртути, 5) препараты серебра.	**1**	ТК, ПА
83. Столбняк возникает вследствие инфицирования (1): 1) воздушно-капельным путем, 2) алиментарным путем, 3) при укусе животного, 4) во время травмы и повреждения кожи или слизистых оболочек, 5) при употреблении домашних консервов.	**4**	ТК, ПА
84. Первые симптомы столбняка (3):	**1,2,3**	ТК, ПА

1) напряжение жевательных мышц, 2) напряжение мышц шеи, 3) «сардоническая улыбка», 4) недержание мочи, 5) мозжечковая атаксия.		
85. Смерть при столбняке возникает вследствие (1): 1) развития кровоизлияния в мозг, 2) развития инфаркта мозга, 3) отека мозга, 4) паралича дыхания, 5) остановки сердца.	**4**	ТК, ПА
86. Болезнь Лайма (боррелиоз) встречается преимущественно в (2): 1) Северной Америке, 2) Южной Америке, 3) Африке, 4) Европе, 5) Юго-восточной Азии.	**1,4**	ТК
87. При травме кожи и слизистых для профилактики столбняка применяют (1): 1) вакцинацию по схеме, 2) антибиотики, 3) ацикловир, 4) препараты ртути, 5) препараты серебра.	**1**	ТК, ПА
88. Для нейтрализации токсина при столбняке применяют (2): 1) человеческий противостолбнячный иммуноглобулин, 2) лошадиный противостолбнячный антитоксин, 3) крысиный противостолбнячный антитоксин, 4) пенициллин, 5) цефтриаксон.	**1,2**	ТК, ПА
89. Серозный (вирусный) менингит чаще встречается в возрасте (1): 1) детском, 2) молодом, 3) зрелом, 4) пожилом, 5) старческом.	**1**	ТК
90. Паразитарные заболевания, при которых наиболее часто поражается нервная система (2): 1) трематодоз, 2) цистицеркоз, 3) нематодоз, 4) шистосомоз, 5) гирудиноз.	**2,4**	ТК, ПА
91. Цистицеркоз головного мозга (3): 1) сопровождается образованием внутрижелудочковых кист, 2) сопровождается образованием кист мозжечка, 3) часто осложняется кровоизлиянием в мозг, 4) часто осложняется инфарктом мозга, 5) проявляется эпилептическими припадками.	**1,2,5**	ТК, ПА
92. Диагностика цистицеркоза головного мозга (3): 1) рентгеновская компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы, 3) электроэнцефалография, 4) транскраниальная доплерография, 5) серологические тесты на цистицеркоз.	**1,2,5**	ТК
93. Классические формы нейросифилиса (спинная сухотка, прогрессирующий паралич и др.) в настоящее время встречаются редко в связи с (1): 1) снижением заболеваемости сифилисом в последние 50 лет, 2) частым сочетанием сифилиса с гонореей,	**5**	ТК

3) частым сочетанием сифилиса с ВИЧ, 4) частым сочетанием сифилиса с туберкулезом, 5) частым использованием антибиотиков при сифилисе.		
94. Диагностика латентного (бессимптомного) нейросифилиса (1): 1) серологические трепонемные тесты, 2) рентгеновская компьютерная томография головы, 3) магнитно-резонансная томография головы, 4) соматосенсорные вызванные потенциалы, 5) люмбальная пункция.	**5**	ТК
95. Особенности сифилитического менингита (2): 1) отсутствие лихорадки во многих случаях, 2) отсутствие ригидности шейных мышц, 3) отсутствие симптома Кернига, 4) частое поражение черепных нервов, 5) осложнение субарахноидальным кровоизлиянием во многих случаях.	**1,4**	ТК
96. Причина развития инсульта при менинговаскулярном нейросифилисе (1): 1) атеросклероз крупных церебральных артерий, 2) липогиалиноз мелких церебральных артерий, 3) фибирноидный некроз мелких церебральных артерий, 4) церебральный эндартериит, 5) образование микроаневризм.	**4**	ТК
97. Классические формы нейросифилиса обычно дебютируют после инфицирования через (1): 1) 1 месяц, 2) 3 месяца, 3) 6 месяцев, 4) 1 год, 5) 5 лет и более.	**5**	ТК
98. При спинной сухотке преимущественно поражаются (2): 1) задние рога, 2) задние корешки, 3) передние рога, 4) задние канатики, 5) передние канатики.	**2,4**	ТК
99. Сифилитическая гумма по клиническим проявлениям напоминает (1): 1) кровоизлияние в мозг, 2) инфаркт мозга, 3) субарахноидальное кровоизлияние, 4) опухоль головного мозга, 5) рассеянный склероз.	**4**	ТК
100. Лечение клещевого энцефалита (2): 1) гомологичный гамма-глобулин, 2) сывороточный иммуноглобулин, 3) ацикловир, 4) антибиотики, 5) преднизолон.	**1,2**	ТК, ПА

Раздел дисциплины (тема): Токсические и метаболические поражения нервной системы (Тема 13).

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения
1. Признаки отравления опиатами: (2) 1. миоз 2. мидриаз	1;4	ТК, ПА

3. тахикардия 4. брадикардия 5. гипертермия		
2. Передозировка кокаина может вызвать: (2) 1. акинетический криз 2. эпилептические припадки 3. нарушение сердечного ритма 4. артериальную гипотонию 5. парез отводящего нерва	2;3	ТК, ПА
3. Побочные эффекты применения антипсихотических средств (нейролептиков): (3) 1. эпилептические припадки 2. оромандибулярная дистония 3. полиневропатия 4. акатизия 5. лекарственный паркинсонизм	2;4;5	ТК, ПА
4. Полиневропатия может возникнуть при использовании: (2) 1. винкристина 2. нестероидных противовоспалительных средств 3. изониазида 4. аминогликозидов 5. препаратов леводопы	1;3	ТК
5. Для аноксической энцефалопатии не характерно: (1) 1. миоклонус 2. хореоатетоз 3. паркинсонизм 3. тики 4. дистония	3	ТК
6. **Для печеночной энцефалопатии характерны: (3)** 1. порхающий тремор "астериксис" 2. колебания уровня сознания 3. мышечная гипотония 4. менингеальный синдром 5. нарушения координации	1;2;5	ТК, ПА
7.Лечение печеночной энцефалопатии: (2) 1. безбелковая диета 2. пирацетам 3. лактулоза 4. церебролизин 5. нейролептики	1;3	ТК, ПА
8. При миеломной болезни часто: (2) 1. поражаются поясничные сегменты спинного мозга 2. поражаются шейные сегменты спинного мозга 3. наблюдается невропатия черепных нервов 4. развивается полиневропатия с преобладанием в руках 5. развивается полиневропатия с преобладанием в ногах	1;5	ТК, ПА
9. Паранеопластические синдромы: (3) 1. часто развиваются до клинических симптомов злокачественного новообразования 2. развиваются на поздней стадии онкологического процесса 3. связаны с аутоиммунными нарушениями 4. обычно возникают остро 5. обычно развиваются постепенно	1;3;5	ТК, ПА
10. Миастенический синдром Ламберта-Итона: (2) 1. сочетается с раком легкого 2. сочетается с раком желудка 3. проявляется слабостью с преобладанием в дистальных отделах конечностей 4. проявляется слабостью с преобладанием в проксимальных отделах	1;4	ТК

конечностей 5. часто проявляется слабостью глазных мышц		
11. При раке легкого может наблюдаться синдром: (2) 1. Ламберта-Итона 2. Мийяр-Гублера 3. Панкоста 4. Вебера 5. Кернига	1;3	ТК
12. Осложнения от приема нейролептиков: (2) 1. паркинсонизм 2. мозжечковая атаксия 3. акатизия 4. полиневропатия 5. нижний парапарез	1;3	ТК, ПА
13. Причины злокачественного нейролептического синдрома: (3) 1. прием галоперидола 2. резкая отмена препаратов леводопы 3. прием аминазина 4. прием циклодола 5. прием амантадина	1;2;3	ТК, ПА
14. Основные клинические проявления злокачественного нейролептического синдрома: (3) 1. мышечная гипотония 2. мышечная ригидность 3. гипертермия 4. гипотермия 5. дисфункция вегетативной нервной системы	2;3;5	ТК, ПА
15. Риск развития внутримозгового кровоизлияния повышается при использовании: (1) 1. опиатов 2. кокаина 3. бензодиазепинов 4. барбитуратов 5. препаратов леводопы	2	ТК, ПА
16. Передозировка кокаина может вызвать: (3) 1. эпилептические припадки 2. артериальную гипотонию 3. мидриаз 4. миоз 5. артериальную гипертензию	1;3;5	ТК, ПА
17. При отравлении кокаином может развиться: (3) 1. брадикардия 2. тахикардия 3. внутричерепное кровоизлияние 4. нарушение сердечного ритма 5. сходящееся косоглазие	2;3;4	ТК, ПА
18. При интоксикации опиатами необходимы: (2) 1. промывание желудка 2. в/в введение налоксона 3. в/в введение иммуноглобулина 4. в/в введение кортикостероидов 5. в/в введение ПК-Мерца	1;2	ТК, ПА
19. Острая алкогольная энцефалопатия Вернике-Корсакова связана в основном с дефицитом: (1) 1. витамина В1 2. витамина В6 3. витамина В12 4. витамина С 5. магния	1	ТК, ПА
20.Неврологические осложнения инфекционного эндокардита: (4) 1. Ишемический инсульт	1;2;3;4	ТК, ПА

2. Геморрагический инсульт 3. Менингит 4. Абсцесс головного мозга 5. Невралгия тройничного нерва		
21. При сахарном диабете чаще возникает невропатия: (2) 1. Отводящего нерва 2. Тройничного нерва 3. Глазодвигательного нерва 4. Блуждающего нерва 5. Языкоглоточного нерва	1;3	ТК, ПА
22. Из периферических нервов при сахарном диабете чаще всего страдает: (1) 1. Малоберцовый нерв 2. Локтевой нерв 3. Срединный нерв 4. Седалищный нерв 5. Тройничный нерв	3	ТК
23. Для ослабления невропатической боли при диабетической полиневропатии эффективны: (3) 1. Антиконвульсанты 2. Нестероидные противовоспалительные средства 3. Антидепрессанты 4. Препараты α-липоевой кислоты 5. Кортикостероидную терапию	1;3;4	ТК, ПА
24. При гипогликемии: (3) 1. Неврологические нарушения обычно развиваются при снижении уровня глюкозы в крови до 4 ммоль/л 2. Неврологические нарушения обычно развиваются при снижении уровня глюкозы в крови до 2 ммоль/л 3. Возникает тремор 4. Возникает интенсивная головная боль 5. Возникает сонливость	2;3;5	ТК, ПА
25. Для гипертиреоза характерны: (2) 1. Тремор покоя 2. Постуральный тремор 3. Раздражительность 4. Парез отводящего нерва 5. Конфабуляции	2;3	ТК, ПА
26. Для гипертиреоза не характерны: (3) 1. Тремор покоя 2. Постуральный тремор 3. Невралгия тройничного нерва 4. Тазовые расстройства 5. Раздражительность	1;3;4	ТК
27. При тиреотоксической офтальмопатии наблюдаются: (3) 1. Экзофтальм 2. Энофтальм 3. Боль в глазах 4. Хемоз 5. Выпадение полей зрения	1;3;4	ТК, ПА
28. Для тиреотоксической офтальмопатии не характерны: (3) 1. экзофтальм 2. энофтальм 3. выпадение полей зрения 4. «трубчатое зрение» 5. хемоз	2;3;4	ТК
29. Миопатический синдром при гипертиреозе проявляется: (2) 1. вовлечением мышц плечевого и тазового пояса 2. вовлечением дистальных отделов конечностей 3. утратой сухожильных рефлексов	1;4	ТК

4. вовлечением бульбарной мускулатуры 5. значительным снижением скорости проведения по двигательным волокнам периферических нервов		
30. Для тиреотоксического гипокалиемического паралича характерны: (3) 1. Постепенное развитие мышечной слабости 2. Острое развитие мышечной слабости 3. Длительность от нескольких часов до суток 4. Длительность несколько минут 5. Провокация физическими перегрузками	2;3;5	ТК
31. Приступы тиреотоксического гипокалиемического паралича: (3) 1. могут длиться от нескольких часов до суток 2. при достижении эутиреоидного состояния не проходят 3. ослабевают на фоне приема пропранолола 4. купируются пероральным приемом калия 5. купируются в/в введением магнезии	1;3;4	ТК
32. Врожденный гипотиреоз проявляется: (3) 1. Олигофренией 2. Экстрапирамидными расстройствами 3. Слепотой 4. Глухотой 5. Сенситивной атаксией	1;2;4	ТК
33. У больных гипотиреозом часто наблюдаются: (2) 1. Повышенная сонливость 2. Постуральный тремор 3. Синдром сонных апноэ 4. Битемпоральная гемианопсия 5. Биназальная гемианопсия	1;3	ТК, ПА
34. Для больных гипотиреозом характерны: (2) 1. оживление сухожильных рефлексов 2. снижение сухожильных рефлексов 3. атрофия языка 4. крампи 5. поражение отводящего нерва	2;4	ТК, ПА
35. Для больных гипотиреозом не характерны: (2) 1. Боли в мышцах 2. Крампи 3. Симптом Бабинского 4. Макроглоссия 5. Моторная афазия	3;5	ТК
36. При гиперпаратиреозе часто наблюдается: (1) 1. Выраженная мышечная слабость 2. Крампи 3. Мозжечковая атаксия 4. Глазодвигательные расстройства 5. Тазовые расстройства	1	ТК
37. Симптомы повышения нервно-мышечной передачи при гипопаратиреозе: (2) 1. Хвостека 2. Россолимо 3. Вебера 4. Труссо 5. Кернига	1;4	ТК, ПА
38.Симптом Хвостека - это: (1) 1. вытягивание губ трубочкой при постукивании молоточком по	2	ТК, ПА

верхней губе 2. сокращение мыщц лица при перкуссии в области выхода лицевого нерва 3. болевая гримаса при легком постукивании молоточком по скуловой кости 4. сокращение подбородочной мышцы при штриховом раздражении ладони 5. неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз		
39. Симптом Труссо характерен для: (2) 1. гиперпаратиреоза 2. гипопаратиреоз 3. гипервентиляционного синдрома 4. гипогликемии 5. гипергликемии	2;3	ТК, ПА
40. В пожилом и старческом возрасте во всех неясных случаях энцефалопатии и невропатии необходимо исследовать содержание в крови: (1) 1. Витамина В1 2. Витамина В6 3. Витамина В12 4. Витамина С 5. Витамина D	3	ТК
41. При полицитемии развиваются: (2) 1. полиневропатия 2. краниальная мононевропатия 3. ишемический инсульт 4. геморрагический инсульт 5. вестибулярное головокружение	3;4	ТК
42. Поражения нервной системы при отравлении свинцом: (2) 1. полиневропатия 2. эпилептические припадки 3. снижение слуха 4. снижение зрения 5. тики	1;2	ТК, ПА
43. Неврологические осложнения при использовании аминогликозидов: (3) 1. Головокружение 2. Снижение слуха 3. Снижение зрения 4. Миастенический синдром 5. Дизартрия	1;2;4	ТК, ПА
44. Развитие полиневропатии возможно при использовании: (2) 1. изониазида 2. винкристина 3. амитриптилина 4. бромокриптина 5. нейролептиков	1;2	ТК
45. Использование трициклических антидепрессантов у пожилых людей может осложниться: (4) 1. ортостатической гипотензией 2. атриовентрикулярной блокадой 3. задержкой мочи 4. нарушением зрения 5. снижением слуха	1;2;3;4	ТК
46. Для дефицита витамина В12 характерна атаксия: (1)	2	ТК, ПА

1. мозжечковая 2. сенситивная 3. вестибулярная 4. лобная 5. психогенная		
47. Астериксис («порхающий» тремор рук) встречается при: (1) 1. дисциркуляторной энцефалопатии 2. печеночной энцефалопатии 3. дегенерации мозжечка 4. поражении пучков Голля 5. поражении пучков Бурдаха	2	ТК, ПА
48. Лечение больных с уремической энцефалопатией: (2) 1. пирацетам 2. церебролизин 3. гемодиализ 4. трансплантация почки 5. препараты Гингко Билоба	3;4	ТК, ПА
49. К побочным эффектам применения антипсихотических средств (нейролептиков) не относятся: (2) 1. эпилептические припадки 2. оромандибулярная дистония 3. полиневропатия 4. акатизия 5. лекарственный паркинсонизм	1;3	ТК
50. Развитие полиневропатии не характерно для использования: (3) 1. винкристина 2. нестероидных противовоспалительных средств 3. изониазида 4. аминогликозидов 5. препаратов леводопы	2;4;5	ТК
51. При аноксической энцефалопатии могут наблюдаться: (4) 1. миоклонус 2. хореоатетоз 3. паркинсонизм 4. тики 5. дистония	1;2;3;5	ТК
52. В лечении печеночной энцефалопатии не эффективны: (3) 1. безбелковая диета 2. пирацетам 3. лактулоза 4. церебролизин 5. нейролептики	2;4;5	ТК
53. Для тиреотоксической офтальмопатии не характерны: (3) 1. Экзофтальм 2. Синдром Горнера 3. Боль в глазах 4. Симптом Хвостека 5. Выпадение полей зрения	2;4;5	ТК
54. Для врожденного гипотиреоза не характерны: (2) 1. Глухота 2. Слепота 3. Сенситивная атаксия 4. Олигофрения 5. Экстрапирамидные расстройства	2;3	ТК
55. Для отравления свинцом не характерны: (4) 1. Ортостатическая гипотензия	1;3;4;5	ТК

2. Эпилептические припадки 3. Снижение слуха 4. Снижение зрения 5. Галлюцинации		
56. При использовании аминогликозидов НЕ характерны: (3) 1. головокружение 2. снижение слуха 3. снижение зрения 4. дисфагия 5. дизартрия	3;4;5	ТК, ПА
57. При использовании трициклических антидепрессантов у пожилых не характерны: (2) 1. ортостатическая гипотензия 2. атриовентрикулярная блокада 3. ночной энурез 4. нарушение зрения 5. снижение слуха	3;5	ТК
58. При лечении больных с уремической энцефалопатией НЕ эффективны: (4) 1. пирацетам 2. винпоцетин 3. гемодиализ 4. кортексин 5. мексидол	1;2;4;5	ТК, ПА
59. В12-дефицитная анемия может сопровождаться развитием: (3) 1. миелопатии 2. паркинсонизма 3. мозжечковой атаксии 4. полиневропатии 5. когнитивных нарушений	1;4;5	ТК, ПА
60. У больных с почечной недостаточностью, находящихся на диализе могут наблюдаться: (2) 1. полиневропатия 2. синдром «беспокойных ног» 3. гемианопсия 4. бульбарный синдром 5. псевдобульбарный синдром	1;2	ТК, ПА
61. При уремической полиневропатии: (2) 1. часто наблюдается «синдром перемежающейся хромоты» 2. часто наблюдается «синдром беспокойных ног» 3. симптоматика улучшается на фоне диализа 4. пересадка почки не оказывает влияние на прогрессирование симптомов 5. часто наблюдается вестибулярное головокружение	2;3	ТК, ПА
62. Для уремической полиневропатии характерны: (3) 1. синдром «беспокойных ног» 2. оживление сухожильных рефлексов 3. улучшение на фоне гемодиализа 4. крампи 5. быстрое развитие симптоматики	1,3,4	ТК
63. При сахарном диабете чаще всего возникает: (1) 1. центральный нижний парапарез 2. периферический нижний парапарез 3. невропатия срединного нерва 4. невропатия малоберцового нерва	3	ТК

5. невропатия большеберцового нерва		
64. Для ослабления боли при диабетической полиневропатии эффективны: (1) 1. простые анальгетики 2. нестероидные противовоспалительные средства 3. антиконвульсанты 4. цианокобаламин 5. препараты Гинкго Билоба	3	ТК, ПА
65. Побочные эффекты при приеме нейролептиков: (3) 1. могут возникнуть непосредственно после приема препарата 2. могут возникнуть после прекращения приема препарата 3. чаще отмечаются при приеме атипичных нейролептиков 4. усиливаются под действием антихолинергических препаратов 5. ослабевают под действием антихолинергических препаратов	1;2;5	ТК, ПА
66. Для острой энцефалопатии Вернике характерны: (3) 1. расстройство памяти 2. глазодвигательные расстройства 3. сонливость 4. хореический гиперкинез 5. моторная афазия	1;2;3	ТК, ПА
67. Лечение энцефалопатии Вернике: (1) 1. тиамин 2. рибофлавин 3. витамин С 4. пирацетам 5. акатинола мемантин	1	ТК, ПА
68. Для синдрома Корсакова характерны: (3) 1. нарушение памяти на отдаленные события 2. нарушение памяти на текущие события 3. конфабуляции 4. псевдореминесценции 5. эхолалия	2;3;4	ТК, ПА
69. Алкогольные эпилептические припадки: (2) 1. развиваются во время алкогольного опьянения 2. возникают в абстинентный период 3. сопровождаются в межприступный период эпилептической активностью на ЭЭГ 4. часто осложняются эпилептическим статусом 5. не требуют назначения противоэпилептических средств с целью их профилактики	2;5	ТК, ПА
70. Лечение алкогольных когнитивных нарушений: (2) 1. отказ от употребления алкоголя 2. прием витамина В1 3. церебролизин 4. пирацетам 5. винпоцетин	1;2	ТК, ПА
71. При острой интоксикации опиатами используют: (1) 1. в/в введению глюкозы 2. налоксон 3. глюкокортикостероиды 4. реланиум 5. калимин	2	ТК, ПА
72. Острая алкогольная миопатия: (2) 1. частое осложнение алкоголизма	2;3	ТК

2. сопровождается интенсивными болями 3. требует применения гемодиализа 4. требует пульс-терапии преднизолоном 5. возникает при употреблении суррогатного алкоголя		
73. Наиболее частый начальный симптом гигантоклеточного артериита: (1) 1. системное головокружение 2. головная боль 3. несистемное головокружение 4. потеря слуха 5. невропатия лицевого нерва	2	ТК, ПА
74. Наиболее частое осложнение височного артериита: (1) 1. поражение зрительного нерва 2. поражение слухового нерва 3. поражение тройничного нерва 4. поражение лицевого нерва 5. геморрагический инсульт	1	ТК
75. Врожденный гипотиреоз может проявляться: (2) 1. олигофренией 2. экстрапирамидными нарушениями 3. сенсорной полиневропатией 4. моторной полиневропатией 5. двухсторонним поражением лицевых нервов	1;2	ТК
76. Астериксис («порхающий» тремор рук) характерен для: (1) 1. болезни Паркинсона 2. эссенциального тремора 3. печеночной энцефалопатии 4. мозжечковой атаксии 5. отравления бензодиазепинами	3	ТК, ПА
77. Алкогольные эпилептические припадки: (2) 1. обычно фокальные 2. возникают в течение первых трех суток после прекращения приема алкоголя 3. проявляются комплексами пик-медленная волна на ЭЭГ 4. в трети случаев осложняются белой горячкой 5. чаще возникают при «пивном» алкоголизме	2;4	ТК, ПА
78. Терапия хронической боли при алкогольной полиневропатии: (2) 1. антидепрессанты 2. нестероидные противовоспалительные средства 3. антиконвульсанты 4. ноотропные препараты 5. мочегонные препараты	1;3	ТК , ПА
79. Сенситивная атаксия может наблюдаться при: (2) 1. дефиците витамина С 2. дефиците витамина В12 3. алкогольной полиневропатии 4. миопатии Дюшена 5. при периферической вегетативной недостаточности	2;3	ТК, ПА
80. Развитие синдрома Корсакова часто вызвано: (2) 1. злоупотреблением алкоголем 2. дефицитом витамина А 3. дефицитом витамина В1 4. дефицитом фолиевой кислоты 5. дефицитом витамина В12	1;3	ТК, ПА
81. Конфабуляции - это: (1)	2	ТК, ПА

1. бессмысленное повторение одного слова 2. замещение пробелов памяти вымышленными событиями 3. заикание 4. зрительные галлюцинации 5. слуховые галлюцинации		
82. Алкогольная полиневропатия: (2) 1. преимущественно выражена в руках 2. преимущественно выражена в ногах 3. часто сопровождается вегетативными нарушениями 4. наблюдается только у мужчин 5. развивается только при употреблении суррогатного алкоголя	2;3	ТК, ПА
83. Для миастенического синдрома Ламберта-Итона характерно: (1) 1. мышечная слабость преимущественно в проксимальных отделах 2. мышечная слабость преимущественно в дистальных отделах 3. раннее вовлечение глазных мышц 4. ранее вовлечение бульбарной мускулатуры 5. сочетание с полиневропатией нижних конечностей	1	ТК
84. Дефицит витамина В1 (тиамина) может вызывать: (4) 1. невропатию 2. энцефалопатию Вернике-Корсакова 3. мозжечковую атаксию 4. алиментарную амблиопию 5. сенситивную атаксию	1;2;3;4	ТК, ПА
85. Поражения центральной нервной системы при системной красной волчанке наиболее часто проявляются: (3) 1. когнитивными расстройствами 2. инсультом 3. психотическими нарушениями 4. прогрессируюшей афазией 5. гемибализмом	1;2;3	ТК
86. Ведущее значение в патогенезе поражения нервной системы при алкоголизме имеет дефицит витамина (1): 1) В1, 2) В6, 3) В12, 4) С, 5) Е.	1	ТК, ПА
87. Для алкогольной полиневропатии характерны (3): 1) боли и парестезии в ногах, 2) симптом «беспокойных ног», 3) утрата ахилловых рефлексов, 4) появление симптома Бабинского, 5) вегетативно-трофические нарушения в ногах.	1,3,5	ТК, ПА
88. Лечение алкогольной полиневропатии (2): 1) пирацетам (ноотропил), 2) тиамин, 3) богатое витаминами питание, 4) цитиколин 5) винпоцетин (кавинтон).	2,3	ТК, ПА
89. Для мозжечковой алкогольной дегенерации характерны (3): 1) скандированная речь, 2) корсаковский синдром, 3) интенционный тремор в конечностях, 4) мышечная гипотония в конечностях, 5) сенситивная атаксия.	1,3,4	ТК
90-. Для энцефалопатии Гайе-Вернике характерны (3): 1) продромальный период с болями в животе, рвотами и поносами,	1,2,5	ТК

2) глазодвигательные расстройства, 3) сенсорная афазия, 4) амнестическая афазия, 5) психотические расстройства (галлюцинации).		
91. Корсаковский синдром при алкоголизме (2): 1) часто возникает после перенесенной энцефалопатии Гайе-Вернике, 2) проявляется нарушением памяти на текущие события, 3) возникает преимущественно у женщин, 4) требует неотложной госпитализации в психиатрическую больницу, 5) обычно регрессирует полностью при адекватном лечении.	1,2	ТК, ПА
92. Эпилептические припадки вследствие алкоголизма (2): 1) обычно возникают через неделю после прекращения приема алкоголя, 2) проявляются большими судорожными припадками, 3) почти в трети случаев могут осложниться развитием белой горячки, 4) сопровождаются появлением острых волн на ЭЭГ вне припадка, 5) для профилактики требуют регулярного (не менее 3 лет) приема противоэпилептических средств	2,3	ТК, ПА
93. Наиболее частое поражение нервной системы при сахарном диабете (1): 1) дистальная сенсорная полиневропатия, 2) невропатия отводящего нерва, 3) невропатия глазодвигательного нерва, 4) невропатия малоберцового нерва, 5) проксимальная амиотрофия.	1	ТК
94. Для дистальной сенсорной полиневропатии при сахарном диабете характерны (2): 1) боли и парестезии в ногах, 2) парезы с преобладанием в проксимальных отделах конечностей, 3) оживление сухожильных рефлексов, 4) утрата чувствительности по типу «носков», 5) истинный астереогноз.	1,4	ТК, ПА
95. Поражение глазодвигательного нерва при сахарном диабете (2): 1) возникает как осложнение инсулинотерапии, 2) обычно двустороннее, 3) связывается с ишемией нерва, 4) обычно не приводит к утрате реакций зрачков на свет, 5) регрессирует при терапии инсулином.	3,4	ТК, ПА
96. Поражение отводящего нерва при сахарном диабете (2): 1) возникает только при втором типе сахарного диабета, 2) обычно одностороннее, 3) часто сочетается с проксимальной амиотрофией, 4) сопровождается повышением содержания белка в ликворе, 5) нередко регрессирует без лечения.	2,5	ТК, ПА
97. Лечение диабетической полиневропатии (1): 1) аскорбиновая кислота, 2) альфа-липоевая кислота, 3) ацетилсалициловая кислота, 4) витамин В12, 5) никотиновая кислота.	2	ТК, ПА
98. Причины гипоксической энцефалопатии (3): 1) остановка сердца, 2) удушение, 3) отравление ртутью, 4) отравление окисью углерода, 5) отравление свинцом.	1,2,4	ТК, ПА
99. Печеночная энцефалопатия часто осложняет течение (1): 1) гепатита А, 2) гепатита В, 3) гепатита С, 4) цирроза печени, 5) гепатоцеребральной дистрофии.	4	ТК, ПА

100. Для печеночной энцефалопатии характерны (3): 1) феномен «включения-выключения» сознания, 2) корсаковский синдром, 3) «порхающий» тремор (астериксис), 4) снижение памяти и других когнитивных функций, 5) анизокория.	1,3,4	ТК, ПА
101. Для уремической энцефалопатии характерны (4): 1) снижение памяти и других когнитивных функций, 2) эпилептические припадки, 3) дизартрия, 4) паркинсонизм, 5) зрительные галлюцинации.	1,2,3,5	ТК, ПА
102. Лечение уремической энцефалопатии (2): 1) пирацетам, 2) винпоцетин, 3) гемодиализ, 4) церебролизин, 5) пересадка почки.	3,5	ТК, ПА
103. Причины церебральных осложнений при сахарном диабете (3): 1) аутоиммунные нарушения, 2) высокая гипергликемия, 3) кетоацидоз, 4) токсическое действие высоких доз инсулина, 5) гипогликемия (как осложнение лечения).	2,3,5	ТК, ПА
104. Нарушение сознания у больных сахарным диабетом обычно возникает при уровне глюкозы в крови (1): 1) менее 2 ммоль/л, 2) 2-6 ммоль/л, 3) 6-8 ммоль/л, 4) 8-10 ммоль/л, 5) 10-12 ммоль/л.	1	ТК, ПА
105. Для хронического отравления ртутью характерно (1): 1) синдром Гийена-Барре, 2) паркинсонизм, 3) прогрессирующая мышечная дистрофия, 4) сенсорная полиневропатия, 5) миастеноподобный синдром Ламберта-Итона.	4	ТК, ПА
106. Высокий риск кардиоцеребральной эмболии имеется при (4): 1) инфекционном эндокардите, 2) искусственном клапане сердца, 3) миксоме левого предсердия, 4) пролапсе митрального клапана, 5) тромбе левого предсердия.	1,2,3,5	ТК, ПА
107. Инфаркт миокарда осложняется развитием инсульта в (1): 1) 1-2%, 2) 3-10%, 3) 11-20% 4) 21-30%, 5) 31-40%.	1	ТК
108. Наиболее эффективная профилактика церебральной эмболии при мерцательной аритмии (1): 1) ацетилсалициловая кислота, 2) тиклопидин, 3) дипиридамол, 4) варфарин, 5) пирацетам.	4	ТК, ПА
109. При артериальной гипертензии изменения в артериях, приводящие к развитию внутримозгового кровоизлияния, наиболее выражены в (2): 1) корковых ветвях средней мозговой артерии, 2) корковых ветвях передней мозговой артерии, 3) корковых ветвях задней мозговой артерии,	4,5	ТК, ПА

4) проникающих артериях базальных ганглиев, 5) проникающих артериях моста и мозжечка.		
110. Гипотензивная терапия связана с высоким риском осложнений в первые сутки развития (2): 1) кровоизлияния в большое полушарие головного мозга, 2) кровоизлияния в варолиев мост, 3) острой гипертонической энцефалопатии, 4) ишемического инсульта, 5) аневризматического субарахноидального кровоизлияния.	4,5	ТК, ПА
111. Патогенез абсцесса и менингита при инфекционном эндокардите (1): 1) сепсис, 2) осложнение антибиотикотерапии, 3) сочетанное инфекционное поражение головного мозга, 4) кардиоцеребральная эмболия инфекционных масс, 5) последствие общей интоксикации.	4	ТК
112. Профилактика церебральных осложнений при инфекционном эндокардите (1): 1) антибиотикотерапия, 2) преднизолон, 3) азатиоприн, 4) человеческий иммуноглобулин, 5) ацикловир.	1	ТК, ПА
113. Новые пероральные антикоагулянты для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий (3): 1) клопидогрел, 2) агренокс, 3) дабигатран, 4) апиксабан, 5) ривароксабан.	3,4,5	ТК
114. Наиболее частая причина кардиоцеребральной эмболии (1): 1) пролапс митрального клапана, 2) механический клапан сердца, 3) фибрилляция предсердий, 4) дилатационная кардиомиопатия, 5) миксома левого предсердия.	3	ТК, ПА
115. Наиболее частое травматическое осложнение со стороны периферической нервной системы при операции на сердце со срединной стернотомией (1): 1) невропатия срединного нерва, 2) невропатия локтевого нерва, 3) невропатия лучевого нерва, 4) плечевая плексопатия, 5) поясничная плексопатия.	4	ТК, ПА
116. Проявления энцефалопатии при остром панкреатите (3): 1) катаплексия, 2) эпилептические припадки, 3) психомоторное возбуждение, 4) генерализованная форма мышечной дистонии, 5) нарушение сознания.	2,3,5	ТК, ПА
117. Неврологические периферические осложнения гемодиализа (2): 1) невропатия срединного нерва, 2) невропатия лучевого нерва, 3) невропатия локтевого нерва, 4) плечевая плексопатия, 5) невропатия большеберцового нерва.	1,3	ТК
118. Признаки синдрома нарушенного диализного равновесия при гемодиализе (3): 1) головная боль, 2) вестибулярное головокружение, 3) катаплексия, 4) крампи, 5) делирий.	1,4,5	ТК

119. Диализная энцефалопатия (3): 1) возникает при длительном (более года) гемодиализе, 2) часто дебютирует расстройствами речи, 3) может осложниться развитием паркинсонизма, 4) часто приводит к генерализованной мышечной дистонии, 5) часто приводит к слабоумию (деменции).	1,2,5	ТК
120. В патогенезе диализной энцефалопатии ведущая роль отводится токсическому действию (3): 1) железа, 2) алюминия, 3) кальция, 4) марганца, 5) свинца.	2	ТК
121. Признаки гипотиреоидной миопатии (3): 1) крампи в ногах, 2) проксимальная слабость конечностей, 3) миоклонус, 4) отечность конечностей, 5) болезненность и уплотнение мышц.	2,4,5	ТК
122. Проявления энцефалопатии при мегалобластной (B_{12}-дефицитной) анемии (4): 1) прогрессирующий центральный тетрапарез, 2) афазия, 3) депрессия, 4) деменция, 5) психомоторное возбуждение.	2,3,4,5	ТК,ПА
123. Серповидно-клеточная анемия как причина ишемического инсульта чаще отмечается в возрасте (1): 1) детском, 2) зрелом, 3) молодом, 4) пожилом, 5) старческом.	1	ТК,ПА
124. Менингеальная лейкемия (3): 1) наиболее частое неврологическое осложнение при лейкозе, 2) проявляется менингеальным синдромом, 3) проявляется центральным тетрапарезом, 4) проявляется мозжечковой атаксией, 5) устанавливается на основании выявления лейкемоидных клеток в цереброспинальной жидкости.	1,2,5	ТК,ПА
125. При миеломной болезни наиболее часто поражаются отделы позвоночника (2): 1) верхний шейный, 2) нижний шейный, 3) верхний грудной, 4) нижний грудной, 5) поясничный.	4,5	ТК,ПА
126. Неврологические осложнения эритремии (2): 1) деменция с тельцами Леви, 2) инфаркт мозга, 3) кровоизлияние в мозг, 4) фуникулярный миелоз, 5) дистрофическая миотония.	2,3	ТК,ПА
127. Неврологические осложнения гемофилии (3): 1) кровоизлияние в мозг, 2) спинальный инфаркт, 3) фуникулярный миелоз, 4) компрессионная невропатия бедренного нерва, 5) субарахноидальное кровоизлияние.	1,4,5	ТК,ПА
128. Неврологические осложнения тромбоцитопении (3): 1) кровоизлияние в мозг, 2) субарахноидальное кровоизлияние,	1,2,3	ТК,ПА

3) субдуральное кровоизлияние, 4) фуникулярный миелоз, 5) полиневропатия.		
129. Неврологические осложнения узелкового периартериита (2): 1) острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, 2) острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, 3) множественная мононевропатия, 4) плечевая плексопатия, 5) дистальная полиневропатия.	3,5	ТК
130. Неврологические осложнения артериита Такаясу (1): 1) острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, 2) инфаркт головного мозга, 3) множественная мононевропатия, 4) плечевая плексопатия, 5) дистальная полиневропатия.	2	ТК,ПА
131. Неврологическое осложнение гигантоклеточного (височного) артериита (1): 1) тетрапарез, 2) атаксия, 3) афазия, 4) глухота, 5) слепота.	5	ТК,ПА
132. Лечение гигантоклеточного (височного) артериита (1): 1) антибиотики, 2) ацикловир, 3) преднизолон, 4) антигистаминные средства, 5) цианокобаламин.	3	ТК,ПА
133. Неврологические осложнения при ревматоидном полиартрите (3): 1) острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия, 2) инфаркт головного мозга, 3) туннельные мононевропатии, 4) вертеброгенная шейная миелопатия, 5) дистальная полиневропатия.	3,4,5	ТК,ПА
134. Неврологические осложнения при системеной красной волчанке встречаются в (1): 1) 5%, 2) 10%, 3) 15%, 4) 20%, 5) 50%.	5	ТК
135. Поражения периферической нервной системы при системной красной волчанке (2): 1) острая и подострая полиневропатия, 2) плечевая плексопатия, 3) поясничная плексопатия, 4) невралгическая амиотрофия, 5) туннельные мононевропатии.	1,5	ТК
136. Лечение неврологических нарушений при системной красной волчанке (1): 1) тиамин, 2) пиридостигмин, 3) преднизолон, 4) цитиколин, 5) винпоцетин.	3	ТК,ПА
137. Паранеопластические синдромы вызваны (1): 1) церебральными сосудистыми нарушениями, 2) периферическими сосудистыми нарушениями, 3) метастазированием, 4) обострением сопутствующих заболеваний, 5) аутоиммунными нарушениями.	5	ТК,ПА
138. Для паранеопластических синдромов характерно (2):	2,5	ТК,ПА

1) острое развитие, 2) преобладание поражения какого-либо одного отдела нервной системы, 3) развитие только после появления симптомов опухоли, 4) значительный нейтрофильный плеоцитоз в цереброспинальной жидкости, 5) паранеопластические антитела в цереброспинальной жидкости.		
139. Подострая сенсорная невропатия как паранеопластический синдром (3): 1) вызвана поражением задних корешков спинного мозга, 2) проявляется болью и парестезиями в конечностях, 3) проявляется сенситивной атаксией, 4) часто вызывается раком легкого, 5) обычно полностью регрессирует при проведении иммуносупрессивной терапии.	2,3,4	ТК, ПА
140. Лимбический (медиальный височный) энцефалит как паранеопластический синдром проявляется (3): 1) слепотой, 2) глазодвигательными нарушениями, 3) глухотой, 4) эпилептическими припадками, 5) нарушениями памяти и других когнитивных функций.	2,4,5	ТК

Раздел дисциплины (тема): Нарушения сна и бодрствования (Тема 14).

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

1. Стадии бодрствования (2): 1) активное бодрствование, 2) умеренное бодрствование, 3) пассивное расслабленное бодрствование, 4) дремота, 5) ночные пробуждения.	1,3	ТК, ПА
2. Стадии сна (1): 1) без быстрых движений глаз (медленноволновой), 2) с быстрыми движениями глаз (быстроволновой), 3) бета-сон, 4) альфа-сон, 5) тета-сон.	1,2	ТК, ПА
3. Функции сна (3): 1) синхронизация деятельности различных систем и органов, 2) регуляция метаболических процессов, 3) переработка полученной в бодрствовании информации, 4) оптимизация отдельных компонентов психического состояния, 5) ауторегуляция кровоснабжения головного мозга.	2,3,4	ТК, ПА
4. В фазе сна без быстрых движений глазных яблок (2): 1) повышена активность симпатической нервной системы, 2) снижается артериальное давление, 3) уменьшается частота сердечных сокращений, 4) увеличивается частота дыхания, 5) возникают сновидения.	2,3	ТК
5. В фазе сна с быстрыми движениями глазных яблок (3): 1) повышена активность парасимпатической нервной системы, 2) повышается артериальное давление, 3) увеличивается частота сердечных сокращений, 4) уменьшается частота дыхания, 5) возникают сновидения.	2,3,5	ТК
6. Внутренний водитель циркадного ритма: (1) 1) лобные доли, 2) височные доли, 3) зрительный бугор, 4) гипоталамус, 5) мозжечок.	4	ТК,ПА

7. Мелатонин максимально выделяется: (1) 1) утром, 2) в полдень, 3) днем, 4) ранним вечером, 5) ночью.	5	ТК,ПА
8. Для оценки качества сна рекомендуются: (2) 1) магнитно-резонансная томография головного мозга, 2) рентгеновская компьютерная томография головного мозга, 3) специальные опросники, 4) ведение пациентом дневника (с оценкой сна и бодрствования) 5) электроэнцефалография после депривации сна.	3,4	ТК, ПА
9. Основной метод объективного исследования сна: (1) 1) обычная электроэнцефалография, 2) компьютерная электроэнцефалография, 3) исследование вызванных потенциалов во время сна, 4) позитронно-эмиссионная томография во время сна, 5) полисомнография.	5	ТК,ПА
10. При полисомнографии регистрируются: (4) 1) электроэнцефалограмма, 2) реоэнцефалограмма, 3) электроокулограмма, 4) электрокардиограмма, 5) электропневмограмма.	1,3,4,5	ТК, ПА
11. Видеозапись спящего человека при полисомнографии проводится для уточнения (3): 1) эпилептических припадков, 2) ночного энуреза, 3) снохождений, 4) пароксизмальной мышечной дистонии, 5) тиков.	1,3,4	ТК
12. При анализе полисомнографии анализируются (3): 1) функция внешнего дыхания, 2) энурез, 3) двигательная активность пациента, 4) число пробуждений, 5) общая длительность сна.	3,4,5	ТК
13. В первую стадию сна без быстрых движений глазных яблок при электроэнцефалографии регистрируются (2): 1) обычный альфа-ритм, 2) гиперсинхронный альфа-ритм, 3) бета-ритм, 4) тета-волны, 5) комплексы «пик-медленная волна».	3,4	ТК
14. Во вторую стадию сна без быстрых движений глазных яблок при электроэнцефалографии регистрируются (3): 1) альфа-ритм, 2) сонные веретена, 3) бета-ритм, 4) тета-волны, 5) комплексы «пик-медленная волна».	2,3,4	ТК
15. В третью стадию сна без быстрых движений глазных яблок при электроэнцефалографии регистрируются (1): 1) альфа-ритм, 2) сонные веретена, 3) дельта-волны, 4) пики (спайки), 5) комплексы «пик-медленная волна».	3	ТК
16. Средняя длительность одного цикла сна составляет в норме (3): 1) 30 минут-1,5 часа, 2) 1,5-2 часа, 3) 2-4 часа,	2	ТК,ПА

4) 4-6 часов, 5) 6-8 часов..		
17. В течение одного ночного сна в норме (3): 1) регистрируется 10-12 циклов, 2) в первой половине в наибольшей степени представлена третья стадия медленноволнового сна, 3) во второй половине в наибольшей степени представлен быстроволновой сон, 4) сновидения возникают в стадию быстроволнового сна, 5) каждый цикл начинается с быстроволнового сна.	2,3,4	ТК
18. Средняя нормальная длительность сна у взрослого человека (1): 1) 5-6 часов, 2) 7- 8 часов, 3) 9 часов, 4) 10 часов, 5) 11 часов,	2	ТК,ПА
19. Средняя нормальная длительность засыпания (1): 1) 10 минут, 2) 30 минут, 3) 50 минут, 4) 1 час, 5) 1,5 часа	1	ТК, ПА
20. Клинические формы нарушений сна и бодрствования (5): 1) инсомния, 2) гипосомния, 3) гиперсомния, 4) парасмонии, 5) нарушения дыхания, связанные со сном.	1,3,4,5	ТК,ПА
21. Признаки инсомнии (3): 1) отсутствие сновидений, 2) затруднение засыпания, 3) прерывистый сон, 4) ночной энурез, 5) ранние пробуждения.	2,3,5	ТК,ПА
22. Частота инсомнии наиболее высокая в возрасте (1): 1) детском, 2) юношеском, 3) молодом, 4) зрелом, 5) старческом.	5	ТК,ПА
23. Хроническая инсомния (3): 1) улучшает когнитивные функции, 2) снижает работоспособность, 3) повышает риск сердечно-ссоудистых заболеваний, 4) способствует развитию артериальной гипотонии, 5) утяжеляет эмоциональные расстройства.	2,3,5	ТК,ПА
24. В дневное время при инсомнии (2): 1) снижено артериальное давление, 2) уменьшена частота сердечных сокращений, 3) увеличен диурез, 4) снижена концентрация внимания, 5) повышена сонливость.	4,5	ТК,ПА
25. Экзогенные причины инсомнии (3) 1) дневной сон, 2) злоупотребление алкоголем, 3) стрессовая ситуация, 4) регулярные занятия спортом, 5) прогулки перед сном.	1,2,3	ТК,ПА
26. Причины инсомнии (3): 1) регулярные занятия спортом, 2) синдром сонных апноэ,	2,3,5	ТК, ПА

3) синдром беспокойных ног, 4) артериальная гипотония, 5) посменный режим работы.		
27. Самая частая причина инсомнии (1): 1) синдром сонных апноэ, 2) ночной энурез, 3) синдром беспокойных ног, 4) стрессовая ситуация, 5) водные процедуры перед сном.	4	ТК, ПА
28. Лекарственная инсомния может быть связана с приемом (4): 1) кортикостероидов, 2) седативных средств, 3) бета-адреноблокаторов, 4) антидепрессантов со стимулирующим действием, 5) тиазидных диуретиков.	1,3,4,5	ТК,ПА
29. Основные направления лечения пациентов с инсомнией (3): 1) регулярный дневной сон, 2) гигиена сна, 3) лечение сопутствующих заболеваний, 4) когниитвно-поведенческая психотерапия, 5) классический психоанализ.	2,3,4	ТК,ПА
30. Гигиена сна (3): 1) регулярный дневной сон, 2) регулярные физические упражнения, 3) активная умственная деятельность перед сном, 4) отказ от употребления кофе перед сном, 5) длительность сна в течение 7-8 часов.	2,4,5	ТК, ПА
31. Поведенческая терапия в структуре гигиены сна (2): 1) ложиться в постель только при желании спать, 2) спать в дневное время, если был плохой ночной сон, 3) контролировать время ночью по часам, 4) использовать постель только для сна и секса, 5) стараться заснуть при включенном телевизоре.	1,4	ТК, ПА
32. Бензодиазепиновые транквилизаторы для лечения инсомнии (3): 1) амитриптилин, 2) диазепам, 3) феназепам 4) лоразепам, 5) фенибут.	2,3,4	ТК, ПА
33. Небензодиазепиновые транквилизаторы для лечения инсомнии (3): 1) золпидем, 2) диазепам, 3) феназепам 4) зопиклон, 5) залеплон.	1,4,5	ТК, ПА
34. Длительность постоянного приема безодиазепиновых транквилизаторов при инсомнии не должна превышать (1): 1) 3-4 недель, 2) 1,5 месяца, 3) 2 месяца, 4) 3 месяца, 5) 4 месяца.	1	ТК,ПА
35. Растительные средства для лечения инсомнии - препараты (2): 1) Гинкго билоба, 2) корня валерианы, 3) травы пустырника, 4) зверобоя, 5) ландыша.	2,3	ТК, ПА
36. Препараты мелатонина назначаются при инсомнии чаще пациентам возраста (1):	5	ТК, ПА

1) детского, 2) юношеского, 3) молодого, 4) зрелого, 5) старческого.		
37. Причины вторичной гиперсомнии (4): 1) энцефалит, 2) черепно-мозговая травма, 3) нарколепсия, 4) гипотиреоз, 5) прием нейролептиков.	1,2,4,5	ТК,ПА
38. Причины первичной гиперсомнии (1): 1) синдром сонных апноэ, 2) синдром беспокойных ног, 3) нарколепсия, 4) гипотиреоз, 5) прием транквилизаторов.	3	ТК,ПА
39. Нарколепсия чаще дебютирует в возрасте (1): 1) до 45 лет, 2) 45-60 лет, 3) 60-70 лет, 4) 70-80 лет, 5) 80 лет и старше.	1	ТК,ПА
40. Симптомы нарколепсии (4): 1) непреодолимые дневные засыпания, 2) галлюцинации при засыпании, 3) галлюцинации при пробуждении, 4) галлюцинации при стрессовых состояниях, 5) каталепсия пробуждения.	1,2,3,5	ТК,ПА
41. Гипнагогические галлюцинации возникают (1): 1) при пробуждении, 2) в период медленного сна, 3) в период быстрого сна, 4) при засыпании, 5) при прослушивании громкой музыки.	4	ТК
42. Гипнопомпические галлюцинации возникают (1): 1) при пробуждении, 2) в период медленного сна, 3) в период быстрого сна, 4) при засыпании, 5) при действии яркого света.	1	ТК
43. Для нарколепсии характерен ночной сон (1): 1) нормальный, 2) длительный, 3) короткий, 4) с частыми пробуждениями, устрашающими сновидениями, 5) с ночным энурезом.	4	ТК, ПА
44. Каталепсия - это (1): 1) периодическая спастичность 2) периодическая ригидность, 3) чередование спастичности и ригидности, 4) приступы обездвиженности с мышечной гипотонией, 5) горметонические судороги.	4	ТК, ПА
45. Длительность дневных засыпаний при нарколепсии составляет (1): 1) несколько минут, 2) 30 минут – 1 час, 3) 1-1,5 часа, 4) 1,5-2 часа, 5) 2-2,5 часа	1	ТК, ПА
46. Дневные засыпания при нарколепсии чаще возникают (4): 1) рано утром,	2,3,4,5	ТК, ПА

2) во второй половине дня, 3) после обеда, 4) в транспорте, 5) при просмотре кинофильма.		
47. Приступ катаплексии обычно продолжается (1): 1) секунды-минуты , 2) 5-10 минут, 3) 10-15 минут, 4) 15-20 минут, 5) 20-25 минут.	1	ТК, ПА
48. Приступы катаплексии часто провоцируются (3): 1) поездкой в транспорте, 2) работой за компьютером, 3) смехом, 4) гневом, 5) страхом.	3,4,5	ТК,ПА
49. Сонный паралич обычно продолжается (1): 1) секунды-минуты , 2) 5-10 минут, 3) 10-15 минут, 4) 15-20 минут, 5) 20-25 минут.	1	ТК, ПА
50. Основной и наиболее постоянный симптом нарколепсии (1): 1) «сонный» паралич, 2) катаплексия, 3) галлюцинации при засыпании, 4) галлюцинации при пробуждении, 5) дневная сонливость.	5	ТК, ПА
51. Патогенез нарколепсии связывается с нейромедиатором (1): 1) дофамином, 2) серотонином, 3) норадреналином, 4) гипокретином, 5) ацетилхолином.	4	ТК
52. Профилактика катаплексических приступов при нарколепсии (1): 1) трициклические антидепрессанты, 2) бензодиазепиновые транквилизаторы, 3) небензодиазепиновые транквилизаторы, 4) карбамазепин, 5) прегабалин.	1	ТК
53. Лечение нарколепсии (3): 1) гигиена ночного сна, 2) произвольные засыпания в дневное время, 3) активная умственная деятельность в вечернее время, 4) отказ от курения, 5) отказ от злоупотребления алкоголем.	1,2,5	ТК,ПА
54. Пациентам с нарколепсией противопоказана работа (2): 1) офисная, 2) за компьютером, 3) водителем транспорта, 4) на высоте, 5) юристом.	3,4	ТК,ПА
55. Типы сонных апноэ (2): 1) с активацией симпатической нервной системы, 2) с активацией парасимпатической нервной системы, 3) центральные, 4) периферические, 5) с катаплексей.	3,4	ТК,ПА
56. Сонные апноэ диагностируются при (2): 1) нарушении ритма дыхания, 2) тахипноэ,	3,5	ТК,ПА

3) повторных остановках дыхания более 10 секунд, 4) появлении эпилептической активности во время остановки дыхания, 5) снижении оксигенации (гипопноэ) более чем на 4%.		
57. Обструктивные апноэ (3): 1) возникают в стадию быстрого сна, 2) вызваны нарушением центральной регуляции дыхания, 3) вызваны закрытием верхних дыхательных путей, 4) могут возникать при продолжении сокращения диафрагмы и дыхательных мышц, 5) могут сочетаться с центральными апноэ.	3,4,5	ТК
58. Центральные апноэ (2): 1) возникают в стадию медленного сна, 2) вызваны нарушением центральной регуляции дыхания, 3) вызваны закрытием верхних дыхательных путей, 4) возникают при продолжении сокращения диафрагмы и дыхательных мышц, 5) могут сочетаться с обструктивными апноэ.	2,5	ТК
59. Синдром сонных апноэ наблюдается у (2): 1) 0,1% мужчин, 2) 0,2 % женщин, 3) 4% мужчин, 4) 2% женщин, 5) 10% мужчин.	3,4	ТК
60. Синдром сонных апноэ повышает риск развития (3): 1) артериальной гипотензии, 2) бронхиальной астмы, 3) инфаркта миокарда, 4) ишемического инсульта, 5) импотенции.	3,4,5	ТК,ПА
61. При синдроме сонных апноэ (3): 1) дефицит первой стадии сна без движения глазных яблок, 2) дефицит второй стадии сна без движения глазных яблок, 3) дефицит третьей стадии сна без движения глазных яблок, 4) дефицит стадии сна с движениями глазных яблок, 5) наличие патологических стадий сна.	2,3,4	ТК
62. Причины сонных апноэ при ожирении (3): 1) уменьшение подвижности диафрагмы, 2) сужение просвета дыхательных путей, 3) сон в положении на спине, 4) устрашающие сновидения, 5) приступы катаплексии.	1,2,3	ТК
63. Факторы риска сонных апноэ (3): 1) артериальная гипотензия, 2) ожирение, 3) гипертрофия язычка, 4) макрогнотия, 5) грыжи Шморля.	2,3,4	ТК, ПА
64. Причины центральных апноэ (3): 1) прием бензодиазепинов, 2) алкогольная интоксикация, 3) аномалия Киари, 4) синдром Гийена-Барре, 5) мигрень.	1,2,4	ТК, ПА
65. Проявления синдрома сонных апноэ (3): 1) вестибулярное головокружение, 2) дневная сонливость, 3) утренние головные боли, 4) ухудшение памяти, 5) тики.	2,3,4	ТК,ПА
66. Инструментальная диагностика синдрома сонных апноэ (1): 1) рентгеновская компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы,	4	ТК,ПА

3) вызванные потенциалы головного мозга, 4) полисомнография, 5) позитронно-эмиссионная томография.		
67. Лечение синдрома сонных апноэ (3): 1) снижение веса при ожирении, 2) нормализация артериального давления при гипотонии, 3) применение специальных аппаратов, обеспечивающих проведение воздушного потока, 4) сон в положении сидя, 5) лечение патологии носоглотки.	1,3,5	ТК,ПА
68. Связанные со сном двигательные расстройства (4): 1) ночной энурез, 2) синдром периодических движений конечностями, 3) синдром беспокойных ног, 4) крампи в ногах, 5) бруксизм.	2.3.4,5	ТК,ПА
69. Признаки синдрома периодических движений конечностями во сне (3): 1) сжимание пальцев в кулак, 2) сгибание и разгибание в локтевых суставах, 3) разгибание большого пальца стопы, 4) тыльное сгибание в голеностопном суставе, 5) сгибание в коленном суставе.	3,4,5	ТК
70. Признаки синдрома беспокойных ног (3): 1) неприятные ощущения в ногах в покое, 2) инсомния, 3) приступы каталлексии, 4) усиление симптомов в вечернее и ночное время, 5) облегчение симптомов при глубоком дыхании.	1,2,4	ТК,ПА
71. Факторы развития синдрома беспокойных ног (3): 1) артериальная гипертензия, 2) бронхиальная астма, 3) беременность, 4) дисметаболические невропатии, 5) ревматоидный артрит.	3,4,5	ТК
72. Лечение идиопатического синдрома беспокойных ног (3): 1) пирацетам, 2) препараты леводопы, 3) агонисты дофаминовых рецепторов, 4) церебролизин, 5) бензодиазепины.	2,3,5	ТК, ПА
73. Связанные со сном крампи в ногах - это (1): 1) парестезии, 2) простреливающие боли, 3) болезненные судороги, 4) приступы онемения, 5) приступы обездвиженности.	3	ТК, ПА
74. Бруксизм - это (1): 1) тупая боль в лице, 2) «кинжальная» боль в лице, 3) судороги мимических мышц, 4) приступы онемения в лице, 5) скрежетание зубами.	5	ТК
75. Парасмонии наблюдаются преимущественно в возрасте (1): 1) детском, 2) юношеском, 3) молодом, 4) зрелом, 5) пожилом.	1	ТК,ПА
76. Парасомнии в стадию сна без движений глазных яблок (3): 1) ночные страхи, 2) спутанность при пробуждении,	1,2,3	ТК

3) снохождения, 4) кошмарные сновидения, 5) нарушения поведения.		
77. Парасомнии (2): 1) катаплексия, 2) спутанность при пробуждении, 3) снохождения, 4) кошмарные сновидения, 5) нарушения поведения.	4,5	ТК
78. Парасомнии в стадию сна с движениями глазных яблок (4): 1) катаплексия, 2) спутанность при пробуждении, 3) снохождения, 4) кошмарные сновидения, 5) ночной энурез.	2,3,4,5	ТК
79. Спутанность при пробуждении (3): 1) сохраняется в течение нескольких десятков минут после пробуждения, 2) дезориентация в месте и времени, 3) зрительные галлюцинации, 4) обонятельные галлюцинации, 5) неадекватное поведение.	1,2,5	ТК,ПА
80. Факторы развития спутанности при пробуждении (3): 1) курение, 2) алкогольная интоксикация, 3) прием снотворных средств, 4) прием седативных средств, 5) прием ноотропных средств.	2,3,4	ТК
81. Сомнамбулизм (3): 1) проявляется сидением или хождением во время сна, 2) сочетается с кошмарными сновидениями, 3) сочетается с ночными страхами, 4) сочетается со сноговорением, 5) носит наследственный характер.	1,4.5	ТК, ПА
82. Лечение сомнамбулизма (1): 1) седативные средства, 2) антидепрессанты со стимулирующим действием, 3) винпоцетин, 4) цитиколин, 5) церебролизин.	**1**	ТК
83. Признаки ночных страхов (3): 1) неожиданное пробуждение, 2) крик и плач, 3) артериальная гипотония, 4) учащенное сердцебиение, 5) удушье.	**1.2,4**	ТК
84. Ночные страхи (3): 1) провоцируются приемом седативных средств, 2) провоцируются эмоциональным напряжением перед сном, 3) провоцируются лихорадкой, 4) сопровождаются галлюцинациями, 5) у взрослых могут сопровождаться агрессивным поведением.	**2,3,5**	ТК, ПА
85. Синдром нарушения поведения в фазу быстрого сна чаще наблюдается в возрасте (1): 1) детском, 2) юношеском, 3) молодом, 4) зрелом, 5) пожилом.	**5**	ТК
86. Синдром нарушения поведения в фазу быстрого сна может возникать при (3): 1) боковом амиотрофическом склерозе,	**3,4,5**	ТК

2) рассеянном склерозе, 3) болезни Паркинсона, 4) деменции с тельцами Леви, 5) нарколепсии.		
87. Синдром нарушения поведения в фазу быстрого сна может возникать как раннее проявление (1): 1) болезни Альцгеймера, 2) болезни Паркинсона, 3) миастении, 4) фуникулярного миелоза, 5) сирингомиелии.	**2**	ТК
88. Инструментальная диагностика синдрома нарушения поведения в фазу быстрого сна (1): 1) рентгеновская компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы, 3) вызванные потенциалы головного мозга, 4) видеополисомнография, 5) позитронно-эмиссионная томография.	4	ТК,ПА
89. Лечение синдрома нарушения поведения в фазу быстрого сна (3): 1) винпоцетин, 2) препараты мелатонина, 3) агонисты дофаминовых рецепторов, 4) пирацетам, 5) клоназепам.	**2,3,5**	ТК
90. Ночные кошмары чаще наблюдаются в возрасте (1): 1) раннем детском, 2) юношеском, 3) молодом, 4) зрелом, 5) пожилом.	**1**	ТК,ПА
91. Ночные кошмары - это (1): 1) обонятельные галлюцинации, 2) слуховые галлюцинации , 3) гипнагогические галлюцинации, 4) гипнопомпические галлюцинации, 5) яркие устрашающие сновидения.	**5**	ТК, ПА
92. Инструментальная диагностика ночных кошмаров (1): 1) рентгеновская компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы, 3) вызванные потенциалы головного мозга, 4) видеополисомнография, 5) позитронно-эмиссионная томография.	4	ТК,ПА
93. Ночной энурез у детей в возрасте 4-5 лет наблюдается в (1): 1) 5%, 2) 10%, 3) 20%, 4) 40%, 5) 50%.	**3**	ТК
94. Ночной энурез у взрослых наблюдается в (1): 1) 0,1%, 2) 0,2%, 3) 0,3%, 4) 0,4%, 5) 0,5-1%.	**5**	ТК
95. Варианты ночного энуреза (2): 1) первичный, 2) вторичный, 3) детский, 4) взрослый, 5) парадоксальный.	**1,2**	ТК, ПА
96. Ночной энурез у детей исчезает в большинстве случаев в	**3**	ТК,ПА

возрасте (1): 1) 5 лет, 2) 10 лет, 3) 15 лет, 4) 20 лет, 5) 25 лет.		
97. Факторы риска развития ночного энуреза (3): 1) тики, 2) мышечная дистония, 3) наследственная предрасположенность, 4) эмоциональные расстройства, 5) патология мочевыводящих путей.	**3,4,5**	ТК
98. Нелекарственные методы терапии ночного энуреза (3): 1) употребление большого количества жидкости в течение дня, 2) ограничение приема жидкости перед сном, 3) обязательное мочеиспускание перед сном, 4) семейная психотерапия, 5) классический психоанализ.	**2,3,4**	ТК,ПА
99. Лекарственные средства для терапии ночного энуреза (2): 1) прозерин, 2) пиридостигмин, 3) оксибутинин, 4) азатиоприн, 5) имипрамин.	**3,5**	ТК,ПА
100. Лечение ночного энуреза (3): 1) «мочевой будильник», 2) ограничение приема жидкости на ночь, 3) пиридостигмин, 4) оксибутинин, 5) винпоцетин.	**1,2,4**	ТК,ПА

Раздел дисциплины (тема 15): Эпилепсия. Обмороки.

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

1. **Эпилепсия встречается в популяции с частотой (1) :** 1) 1:10, 2) 1:100, 3) 1:1000, 4) 1:10000, 5) 1:100 0000.	2	ТК
2.Лечение эпилепсии эффективно при правильно подобранной терапии в (1): 1) 1-5%, 2) 5-10%, 3) 10-20%, 4) 20-50%, 5) 50-80%.	5)	ТК
3. Генерализованный эпилептический припадок отличается от парциального наличием (1): 1) судорог во всех конечностях, 2) судорог в лице, 3) потери сознания 4) ауры, 5) висцеральных нарушений.	3)	ТК
4. На электроэнцефалограмме у больных с абсансами выявляются (1): 1) комплексы пик-волна с частотой 3 Гц, 2) высокоамплитудные дельта-волны, 3) высокоамплитудные тэта-волны, 4) высокоамплитудные альфа-волны,	1)	ТК

5) высокоамплитудные бета-волны.		
5. Лечение парциальных эпилептических припадков (3): 1) депакин, 2) карбамазепин, 3) пирацетам, 4) суксилеп, 5) топакмакс.	1) 2) 5)	ТК
6. Лечение абсансов (2): 1) депакин, 2) карбамазепин, 3) винпоцетин, 4) парлодел, 5) суксилеп.	1) 5)	ТК
7. Эпилептический припадок (2): 1) всегда сопровождается потерей сознания, 2) всегда проявляется судорогами в конечностях, 3) развивается вследствие чрезмерных нейронных разрядов, 4) регистрируется при электроэнцефалографии в виде эпилептической активности, 5) регистрируется при электромиографии в виде спонтанной денервационной активности	3) 4)	ТК
8. В генерализации эпилептического процесса играют большую роль (2): 1) лимбическая система, 2) бледный шар, 3) ретикулярная формация среднего мозга, 4) внутренняя капсула, 5) мозжечок.	1) 3)	ТК
9. К "антиэпилептическим" образованиям относят (2): 1) хвостатое ядро, 2) черную субстанцию, 3) мозжечок, 4) нижнюю оливу, 5) мозолистое тело	1) 3)	ТК
10. Причины симптоматической эпилепсии (3): 1) опухоль головного мозга, 2) эпидуральная гематома, 3) отравление таллием, 4) герпетический энцефалит, 5) гипогликемическая кома	1) 2) 4)	ТК
11. К парциальным припадкам относят (2): 1) простые абсансы, 2) акинетические абсансы, 3) психосенсорные припадки, 4) моторные джексоновские припадки, 5) большие судорожные припадки.	3) 4	ТК
12. Возникающая в пожилом возрасте эпилепсия чаще всего следствие (1): 1) перинатальной патологии, 2) опухоли головного мозга, 3) серозного менингита, 4) гнойного менингита, 5) цереброваскулярного заболевания.	5)	ТК
13. Эпилептические припадки при хроническом алкоголизме обычно возникают (1): 1) в период запоя, 2) в течение трех суток после прекращения запоя (в абстинентном периоде), 3) при длительном (более трех месяцев) воздержании от алкоголя, 4) при употреблении алкоголя после длительного воздержания от него, 5) при употреблении больших доз алкоголя	2)	ТК
14. Общие принципы терапии эпилепсии (2):	1)	ТК

1) выбор противоэпилептического препарата в зависимости от типа припадка, 2) лечение курсами по 3-6 месяцев в течение года, 3) комбинация нескольких противоэпилептических средств в начале лечения, 4) выбор дозы препарата в зависимости от веса пациента, 5) прекращение лечения при отсутствии припадков в течение года.	4)	
15. Для предупреждения всех типов эпилептических припадков можно использовать (1): 1) фенобарбитал, 2) дифенин, 3) препараты вальпроевой кислоты, 4) карбамазепин. 5) диазепам.	3)	ТК
16. Причина эпилепсии в детском и юношеском возрасте чаще всего (1): 1) идиопатическая, 2) опухоль головного мозга, 3) цереброваскулярное заболевание, 4) инфекционное поражение головного мозга или его оболочек, 5) дегенеративное заболевание.	1)	ТК
17.Большой генерализованный эпилептический припадок отличается от малого (2): 1) потерей сознания, 2) наличием судорог, 3) амнезией припадка, 4) непроизвольным мочеиспусканием во время припадка, 5) развитием преимущественно у детей.	2) 4)	ТК
18. Эпилептический статус диагностируется, если припадок продолжается более (1): 1) 10 минут, 2) 30 минут, 3) 3 часов, 4) 12 часов, 5) суток.	2)	ТК
19. При эпилептическом припадке для купирования судорог вводят (1): 1) амитриптилин, 2) винпоцетин, 3) диазепам, 4) пирацетам, 5) церебролизин.	3)	ТК
20. Самый частый вид обморока (1): 1) никтурический, 2) вазомоторный, 3).кардиогенный, 4) ортостатический, 5) психогенный	2)	ТК
21. Потеря сознания при обмороке обычно длится (1): 1) несколько минут, 2) 1-2 часа, 3) 3-4 часа, 4) 4-6 часов, 5) более 6 часов.	1)	ТК
22. Для обморока характерно (2): 1) бледность кожных покровов, 2) снижение мышечного тонуса, 3) миоз, 4) повышение артериального давления, 5) двусторонний симптом Бабинского.	1) 2)	ТК
23. Обмороки характерны для (2): 1) анемии, 2) атриовентрикулярной блокады, 3) хронического гастрита,	1) 2)	ТК

4) острого пиелонефрита, 5) артериальной гипертензии.		
24. Обмороки обычно (2): 1) не развиваются в горизонтальном положении, 2) сопровождаются сонливостью после припадка, 3) проявляются судорогами в конечностях, 4) вызывают цианоз лица. 5) сопровождаются снижением артериального давления	1) 5)	ТК
25. При развитии вазомоторного обморока следует (2): 1) внутривенно ввести пирацетам (ноотропил), 2) внутривенно ввести диазепам (реланиум), 3) приподнять голову, 4) обеспечить доступ свежего воздуха, 5) провести массаж грудной клетки	3) 4)	ТК
23. Аура характерна для (1): *1) геморрагического инсульта* *2) менингита* *3) энцефалита* *4) эпилепсии* *5) обморока*	*4*	ТК
24. Признаки височной эпилепсии (1): *1) обонятельные галлюцинации* *2) джексоновский марш* *3) расстройства чувствительности по сегментарному типу* *4) учащенное мочеиспускание* *5) цианоз лица*	*1*	ТК
25. Диагноз эпилепсии не устанавливают при (2): *1) простых абсансах* *2) акинетических абсансах* *3) миоклонических абсансах* *4) большом судорожном припадке в период абстиненции у хронических алкоголиков* *5) большом судорожном припадке в период гипогликемии*	*4,5*	ТК
26. Идиопатическую эпилепсию объясняют (1): *1) последствием перенесенной родовой травмы* *2) последствием повторных черепно-мозговых травм* *3) хронической ишемией головного мозга* *4) изменением проницаемости мембран нейронов для ионов натрия, калия* *5)вегетативной дистонией*	*4*	ТК
27. Прстые парциальные припадки (4): *1) моторные* *2) сенсорные* *3) вторично генерализованные* *4) автономные* *5) с психическими расстройствами*	*1,2,4,5*	ТК
28. В молодом возрасте эпилептические припадки чаще вызваны (1): 1) *идиопатической эпилепсией* *6) рассеянным склерозом*	*1*	ТК

7) острой алкогольной интоксикацией *8) перенесенной черепно-мозговой травмой* *9) вегетативно-сосудистой дистонией*		
29. В пожилом возрасте впервые возникшие эпилептические припадки чаще вызваны (1): *1) идиопатической эпилепсией* *2) цереброваскулярным заболеванием* *3) черепно-мозговой травмой* *4) опухолью головного мозга* *5) кистой головного мозга*	*2*	ТК
30. Благоприятные по прогнозу эпилептические припадки (2): *1) фокальные моторные припадки* *2) фокальные сенсорные припадки* *3) простые абсансы* *4) фебрильные судороги* *5) вторично генерализованные тонико-клонические припадки*	*3,4*	ТК
31. В период эпилептического припадки на электроэнцефалограмме регистрируется (1): *1) плоская кривая* *2) альфа-ритм* *3) пароксизмальная активность* *4) бета-ритм* *5) отстутсвие биоэлектрической активности*	*3*	ТК
32. В межприступный период у больных эпилепсией эпилептическая активность выявляется в (1)? *1) 100%* *2) 90%* *3) 80%* *4) 70%* *5) 50%*	*5*	ТК
33. Выявляемость эпилептической активности в межприступный период у больных эпилепсией повышается при (2): *1) гипохолестериновой диете* *2) гипокалорийной диете* *3) депривации сна* *4) гипервентиляции* *5) приеме противоэпилептических средств*	*3,4*	ТК
34. Наличие эпилептиформной активности на электроэнцефалограмме при отсутствии эпилептических припадков (1): *1) позволяет поставить диагноз эпилепсии* *2) требует назначения противоэпилептических средств* *3) требует назначения седативных средств* *4) требует видео-электроэнцефалографического мониторинга* *5) требует только динамического наблюдения*	*5*	ТК
35. Парциальные припадки (3): *1) простой моторный припадок* *2) простой сенсорный припадок* *3) сложный парциальный припадок* *4) миоклонический абсанс* *5) соматоформное расстройство*	*1,2,3*	ТК
36. Утраты сознания не возникает при (2): *1) генерализованном судорожном припадке* *2) простом парциальном моторном* *3) простом парциальном сенсорном* *4) простом абсансе* *5) миоклоническом абсансе*	*2, 3*	ТК
37. Какими симптомами сопровождается простой моторный парциальный припадок (1)?	*2*	ТК

1) Утрата сознания *2) Клонические судороги* *3) Симметричные генерализованные судороги* *4) Миоклонические подергивания* *5) Слуховые галлюцинации*		
38. О поражении какой зоны головного мозга может свидетельствовать наличие у больного судорог в правой половине лица и руке (1)? *1) прецентральная извилина слева* *2) прецентральная извилина справа* *3) постцентральная извилина слева* *4) постцентральная извилина справа.*	*1*	ТК
39. Какие из перечисленных феноменов на ЭЭГ характерны для абсансов (1)? *а) дизритмия* *б) пик-волна с частотой 3 Гц/с* *в) острые волны* *г) медленные волны* *д) фокус пароксизмальной активности*	*2*	ТК
40. При каких типах эпилептических припадков могут наблюдаться клонические односторонние судороги без утраты сознания (1)? *1) Простые моторные парциальные припадки* *2) Тонико-клонические припадки* *3) Абсансы* *4) Простые сенсорные парциальные припадки* *5) Миоклонические припадки*	*1*	ТК
41. Какие из перечисленных симптомов характерны для простого моторного припадка (1)? *1) изменение сознания* *2) односторонние судороги в конечностях без потери сознания* *3) феномен "де жавю"* *4) наличие неприятного ощущения в эпигастрии в начале приступа*	*1*	ТК
42. Какие из перечисленных симптомов характерны для эпилепсии при поражении лобной доли (2)? *1) приступы кратковременного головокружения* *2) судороги в одной половине лица и руке* *3) оперкулярные автоматизмы* *4) обонятельные галлюцинации*	*2, 3*	ТК
43. Какие из перечисленных симптомов характерны для эпилепсии при поражении височной доли (2)? *1) приступы кратковременного головокружения* *2) судороги в одной половине лица и руке* *3) оперкулярные автоматизмы* *4) обонятельные галлюцинации* *5) парестезии в одной половине лица и руке*	*1, 4*	ТК
44. Основные методы обследования пациентов с эпилептическими припадками для установления их причины (2): *1) рентгеновская компьютерная томография головы* *2) магнитно-резонансная томография головы* *3) полисомнография* *4) магнитная стимуляция головного мозга* *5) вызванные зрительные потенциалы*	*1,2*	ТК
45. Пациентам с эпилепсией рекомендуются (2): *1) категорический отказ от курения* *2) категорический отказ от злоупотребления алкоголем* *3) неуклонное соблюдение суточного режима сна* *4) гипохолестериновая диета* *5) отказ от длительного (более 2 часов в сутки)*	*2,3*	ТК

пользования мобильным телефоном		
46. Причины симптоматической эпилепсии (2): *1) черепно-мозговой травмы* *2) нейроинфекцня* *3) сирингомиелии* *4) боковой амиотрофический склероз* *5) миастения*	*1, 2*	ТК
47. Постепенная отмена противоэпилептических средств возможна при отсутствии припадков на протяжении (1): *1) 3 месяцев* *2) 6 месяцев* *3) 9 месяцев* *4) 1 года* *5) 2-3 лет*	*5*	ТК
48. Парциальные припадки (2): *1) простые моторные* *2) генерализованные тонико-клонические* *3) простые абсансы* *4) акинетические абсансы* *5) сложные сенсорные*	*1, 5*	ТК
49. Генерализованные припадки (2): *1) парциальные моторные* *2) парциальные сенсорные* *3) простые абсансы* *4) миоклонические абсансы* *5) парциальные автономные*	*3, 4*	ТК
50. У женщин, страдающих эпилепсией, в период беременности следует (1)? *1) отменить противоэпилептические средства* *2) перейти на прием препаратов вальпроевой кислоты* *3) перейти на прием фенобарбитала* *4) перейти на прием диазепама* *5) подобрать минимальную эффективную дозу принимаего до беременности препарата*	*5*	ТК
51. Прием противоэпилептических препаратов начинают после неспровоцированных припадков (1): *1) одного* *2) двух* *3) трех* *4) четырех* *5) пяти*	*2*	ТК
52. Выбор противоэпилептического препарата основывается на (1): *1) данных обычной электроэнцефалограммы* *2) данных видео-электроэнцефалографического мониторинга* *3) данных магнитно-резонансной томографии* *4) характере припадков и форме эпилепсии* *5) результатах неврологического обследования*	*4*	ТК
53. Эпилептические припадки возникают при (3): *1) ушибе головного мозга,* *2) энцефалите,* *3) субарахноидальном кровоизлиянии,* *4) полиомиелите,* *5) сирингомиелии*	*1, 2, 3*	ТК
54. Утрата сознания возникает при припадке (2): *1) геенрализованном тонико-клоническом* *2) простом парциальном моторном* *3) простом парциальном сенсорном* *4) простом абсансе* *5) сложном парциальном*	*1, 4*	ТК
55. Утрата сознания не возникает при припадке (2):	*1,2*	ТК

1) моторном джексоновском *2) сенсорном джексоновском* *3) простом абсансе* *4) миоклоническом абсансе* *5) акинетическом абсансе*		
56. Для абсанса характерны (2): *1) аура* *2) внезапное начало* *3) тахикардия* *4) незначительная продолжительность (несколько секунд)* *5) сонливость после припадка*	*2, 4*	ТК
57. Препараты выбора при генерализованных судорожных припадках (3): *1) фенобарбитал* *2) дифенин* *3) карбамазепин* *4) препараты вальпроевой кислоты* *5) ламотриджин*	*3,4,5*	ТК
58. Фазы первично генерализованного тонико-клонического припадка (3): *1) аура* *2) тоническая фаза* *3) клонические судороги* *4) миоклонические судороги* *5) постиктальный сон*	*2,3,5*	ТК
59. Противоэпилептические средства (3): *1) препараты вальпроевой кислоты* *2) грандаксин* *3) карбамазепин* *4) мидокалм* *5) томирамат*	*1,3,5*	ТК
60. Фенобарбитал редко применяется в настоящее время при эпилепсии в связи с (1): *1) высокой стоимостью* *2) низкой эффективностью* *3) выраженными побочными эффектами* *4) высокой стоимостью* *5) необходимостью неудобной для пациента диеты*	*3*	ТК
61. Фенитоин редко применяется в настоящее время при эпилепсии в связи с (1): *1) выраженными побочными эффектами* *2) быстро формирующейся зависимостью* *3) необходимостью регулярного контроля препарата в сыворотке крови* *4) отсутствием антидота* *5) высокой стоимостью*	*1*	ТК
62. Во время генерализованного судорожного припадка необходимо (1): *1) оградить больного от возможных повреждений* *2) вставить в рот между зубами предметы для предупреждения прикуса языка* *3) положить холодную грелку на голову* *4) проводить массаж грудной клетки* *5) регулярно (каждые 20 минут) измерять артериальное давление*	*1*	ТК
63. Ауры при парциальных припадках (4): *1) слуховая* *2) обонятельная* *3) зрительная* *4) миоклоническая* *5) висцеральная*	*1,2,3,5*	ТК
64. Предупреждение повторных эпилептических припадков (3):	*1,2,5*	ТК

1) регулярный прием противоэпилептических препаратов *2) отказ от злоупотребления алкоголем* *3) отказ от курения* *4) гипохолестериновая диета* *5) нормальный ночной сон*		
65. Во время абсанса на электроэнцефалограмме отмечаются (1): *1) комплексы пик-волна с частотой 3 Гц* *2) плоская кривая* *3) острые волны* *4) дельта-ритм* *5) тета-ритм*	*1*	ТК
66. Лечение парциальных припадков (1): *1) топирамат* *2) карбамазепин* *3) ницерголин* *4) винпоцетин* *5) пирацетам*	*3*	ТК
67. Лечение абсансов (2): *1) цитиколин* *2) карбамазепин* *3) винпоцетин* *4) этосуксимид* *5) препараты вальпроевой кислоты*	*4,5*	ТК
68. Первичный генерализованный эпилептический припадок характеризуется (3): *1) потерей сознания* *2) развитием судорог в одной конечности* *3) упусканием мочи* *4) прикусом языка* *5) катаплексией*	*1,3,4*	ТК
69. В генерализации эпилептического приступа важную роль играет активация (1): *1) лимбической системы* *2) бледного шара* *3) внутренней капсулы* *4) мозжечка* *5) спинного мозга*	*1*	ТК
70. При опухоли головного мозга возникают (3): *1) парциальные моторные припадки* *2) парциальные сенсорные припадки* *3) простые абсансы* *4) миоклонические абсансы* *5) вторично генерализованные судорожные припадки*	*1,2,5*	ТК
71. В абстинентном периоде у хронических алкоголиков возникают (1): *1) простые абсансы* *2) акинетические абсансы* *3) миоклонические абсансы* *4) генерализованные судорожные припадки* *5) парциальные моторные припадки*	*3*	ТК
72. Противоэпилептическую терапию начинают с (1): *1) одного препарата* *2) комбинации из 2 препаратов* *3) комбинации из 3 препаратов* *4) комбинации из 4 препаратов* *5) комбинации из 5 препаратов*	*1*	ТК
73. Для лечения всех типов эпилептических припадков используются (1): *1) фенобарбитал* *2) ламиктал* *3) препараты вальпроевой кислоты*	*3*	ТК

4) карбамазепин *5) этосуксимид*		
74. Только в детском возрасте возникают (2): *1) простые абсансы* *2) акинетические абсансы* *3) моторные парциальные припадки* *4) сенсорные парциальные припадки* *5) генерализованные судорожные припадки*	*1,2*	ТК
75. Эпилептический статус - это (1): *1) генерализация простого моторного припадка* *2) генерализация сложного моторного припадка* *3) генерализация простого сенсорного припадка* *4) генерализация сложного сенсорного припадка* *5) серия следующих друг за другом эпилептических припадков*	*5*	ТК
76. Купирование судорожного эпилептического припадка (1): *1) винпоцетин* *2) пирацетам* *3) церебролизин* *4) кортексин* *5) диазепам*	*5*	ТК
77. Вазомоторный обморок (2): *1) самый частый тип обморока* *2) обычно возникает в пожилом возрасте* *3) сопровождается бледностью кожных покровов* *4) сопровождается повышением артериального давления* *5) часто заканчивается судорогами в конечностях*	*1,3*	ТК
78. Для обморока характерны (3): *1) кратковременная потеря сознания* *2) сильное потоотделение* *3) возникновение в душном помещении* *4) снижение артериального давления* *5) сонливость после возвращения сознания*	*1,3,4*	ТК
79. Типы обмороков (4): *1) неврогенный* *2) кардиогенный* *3) соматогенный* *4) идиопатический* *5) цереброваскулярный*	*1,2,3,5*	ТК
80. Обследования пациента с неясными обмороками (2): *1) электроэнцефалография* *2) электромиография* *3) зрительные вызванные потенциалы* *4) соматосенсорные вызванные потенциалы* *4) электрокардиография*	*1,5*	ТК
81. Признаки обморока (2): *1) прикус языка* *2) тонико-клонические судороги* *3) возникновение в горизонтальном положении* *4) возникновение в душном помещении* *5) бледность кожных покровов*	*4,5*	ТК
82. Возникающий при резком вставании из положения лежа обморок (1): *1) никтурический* *2) вазомоторный* *3).кардиогенный* *4) ортостатический* *5) синокаротидный*	*4*	ТК
83. Варианты ситуационных обмороков (3): *1) кашлевой* *2) никтурический* *3) телевизионный*	*1,2,5*	ТК

4) компьютерный *5) при дефекации*		
84. Вазомоторный обморок часто возникает (3): *1) в период стрессовых ситуаций* *2) при длительной работе за компьютером* *3) при длительном просмотре телевизора* *4) в душном помещении* *5) при интенсивной боли*	*1,4,5*	ТК
85. Синокаротидный обморок наблюдается преимущественно в возрасте (1): *1) детском* *2) юношеском* *3) молодом* *4) зрелом* *5) пожилом*	*5*	ТК
86. Синокаротидный обморок возникает при (3): *1) наклоне головы назад* *2) пробуждении после сна* *3) поворотах в постели во время сна* *4) тугом завязывании галстука* *5) во время бритья*	*1,4,5*	ТК
87. Обмороки после физической нагрузки чаще встречаются у (1): *1) боксеров* *2) спринтеров* *3) бегунов на марафонские дистанции* *4) волейболистов* *5) прыгунов в высоту*	*3*	ТК
88. Амнезия перенесенного приступа характерна для (1): *1) вазомоторного обморока* *2) синокаротидного обморока* *3) истерического припадка* *4) никтурического обморока* *5) эпилептического припадка*	*5*	ТК
89. Потеря сознания возникает при (3): *1) абсансе* *2) парциальном эпилептическом припадке* *3) миастеническом кризе* *4) вазомоторном обмороке* *5) никтуриченском обмороке*	*1,4,5*	ТК
90. Джексоновский моторный припадок - вариант (1): *1) генерализованного припадка* *2) парциального припадка* *3) акинетического абсанса* *4) миоклонического абсанса* *5) каталлексии*	*2*	ТК
91. Глазодвигательный эпилептический припадок, проявляющийся тоническим отведением глазных яблок, возникает при очаге в (1): *1) премоторной коре* *2) верхней теменной извилине* *3) височной доле* *4) затылочной доле* *5) мозжечке*	*1*	ТК
92. Обмороки при еде возникают (1): *1) при употреблении алкоголя* *2) при курении* *3) через 30-50 минут после обильной еды* *4) через 5-10 минут после горячего питья* *5) через 5-10 минут после холодного питья*	*3*	ТК
93. Ортостатические обмороки характерны для (3): *1) бокового амиотрофического склероза* *2) рассеянного склероза*	*3,4,5*	ТК

3) болезни Паркинсона *4) деменции с тельцами Леви* *5) автономных невропатий*		
94. Причины кардиогенного обморока (3): *1) синдром слабости синусового узла* *2) атриовентрикулярная блокада* *3) пролапс митрального клапана* *4) миксома предсердий* *5) незаращение овального отверстия*	*1,2,4*	ТК
95. Для больных эпилепсией характерны (2): *1) замедленность и тугоподвижность психических процессов* *2) патологическая обстоятельность мышления* *3) расторможенность, некритичность* *4) нарушение функции тазовых органов* *5) амнестический тип когнитивных нарушений*	*1, 2*	ТК
96. Эпилептиформенная активность на электроэнцефалограмме чаще регистрируется в возрасте (1): *1) детском* *2) молодом* *3) зрелом* *4) пожилом* *5) старческом*	*1*	ТК
97. Кардиогенные обмороки наиболее часто встречаются в возрасте (1): *1) детском* *2) юношеском* *3) молодом* *4) зрелом* *5) пожилом*	*5*	ТК
98. Среди всех обмороков кардиогенные встречаются в (2): *1) 5-10%* *2) 20-30%* *3) 30-40%* *4) 40-50%* *5) 50-60%*	*2, 3*	ТК
99. Возникновение перед потерей сознания ощущения дурноты, слабости, затуманивания зрения характерно для (1): *1) абсанса* *2) истерического припадка* *3) вазомоторного обморока* *4) парциального моторного припадка* *5) парциального сенсорного припадка*	*3*	ТК
100. Наиболее опасный (в отношении плохого прогноза) обморок (1): *1) вазомоторный* *2) кашлевой* *3) никтурический* *4) кардиогенный* *5) синокаротидный*	*4*	ТК
101. Обмороки возможны при транзиторной ишемической атаке в бассейне (1): *1) передней мозговой артерии* *2) средней мозговой артерии* *3) задней мозговой артерии* *4) вертебробазилярном* *5) внутренней сонной артерии*	*4*	ТК
102. Соматические обмороки возможны вследствие (4): *1) анемии* *2) гипогликемии* *3) гипонатриемии* *4) гипокальциемии*	*1,2 3,5*	ТК

5) гипокапнии		
103. Симптомы предобморочного состояния (4): *1) общая слабость* *2) ощущение «легкости в голове»* *3) вестибулярное головокружение* *4) изменение зрения* *5) звон в ушах*	*1,2,4,5*	ТК
104. Возможные побочные эффекты при длительном приеме карбомазепина (2): *1) подавление функции костного мозга* *2) нарушение функции печени* *3) кортикальная мозжечковая дегенерация* *4) образование кист в головном мозге* *5) образование кист в спинном мозге*	*1, 2*	ТК
105. Причины возникновения эпилептического статуса (3): *1) энцефалит* *2) прекращение приема противоэпилептических средств* *3) злоупотребление алкоголем* *4) хроническая ишемия головного мозга* *5) синдром «сонных апноэ»*	*1,2,3*	ТК
106. Вазомоторный обморок обычно возникает (1): *1) в вертикальном положении* *2) при наклоне головы назад* *3) утром после пробуждения* *4) при переворотах ночью в постели* *5) в быструю фазу ночного сна*	*1*	ТК
107. При гипервентилляционном приступе потери сознания часто предшествуют (2): *1) тахипноэ* *2) фибрилляция предсердий* *3) гипотермия* *4) спазматические сокращения мышц кисти* *5) гиперсаливация*	*1,4*	ТК
108. Причины возникновения эпилептического статуса (3): *1) энцефалит* *2) прекращение приема противоэпилептических средств* *3) злоупотребление алкоголем* *4) хроническая ишемия головного мозга* *5) синдром «сонных апноэ»*	*1,2,3*	ТК
109. Вазомоторный обморок обычно возникает (1): 1) *в вертикальном положении* 2) *при наклоне головы назад* 3) *утром после пробуждения* 4) *при переворотах* ночью в постели 5) в быструю фазу ночного сна	*1*	ТК
110. При гипервентилляционном приступе потери сознания часто предшествуют (2): 1) *тахипноэ* 2) *фибрилляция предсердий* 3) *гипотермия* 4) *спазматические сокращения мышц кисти* 5) *гиперсаливация*	*1,4*	ТК

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 _____ В.А.Парфенов