

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

Фонд оценочных средств

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

основная профессиональная образовательная программа высшего образования

060000 Здравоохранение
31.05.01 Лечебное дело

Шифр и наименование компетенции

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

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1. Какие формы головной боли (ГБ) преобладают в популяции: 1. Вторичные 2. Первичные 3. Встречаются одинаково часто 4. Встречаются одинаково редко	2	ТК
2. Какие формы первичных головных болей (ГБ) наиболее распространены: 1. Мигрень и головная боль напряжения (ГБН) 2. Мигрень и кластерная ГБ 3. ГБН и первичная кашлевая ГБ 4. Кластерная головная боль и гемикрания континуа	1	ТК
3. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике первичных ГБ: 1. Нейровизуализация 2. Лабораторные 3. Исследование сосудов головного мозга 4. Клинический (жалобы, анамнез, осмотр)	4	ТК
4. Какой из критериев НЕ относится к диагностическим критериям вторичной ГБ: 1. ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания 2. Основное заболевание подтверждается клиническими симптомами и данными лаб. и инструментальных обследований 3. ГБ ухудшается при лечении основного заболевания	3	ТК
5. В каких случаях следует направить пациента с первичной ГБ на дополнительные обследования: 1. Нетипичная клиническая картина 2. Локальные неврологические нарушения в статусе 3. Наличие «сигналов опасности» 4. Все верно	4	ТК
6. Офтальмоплегическая мигрень -это мигренеподобная головная боль, которая сопровождается: 1. дисфункцией лицевого нерва 2. дисфункцией всегда только одного глазодвигательного нерва при наличии признаков интракраниального повреждения 3. дисфункцией одного или нескольких	3	ТК

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

1. б-блокаторы 2. ангибиторы АПФ 3. антагонисты АТ-2 рецепторов 4. ноотропы 5. все перечисленное верно		
15. Препараты для патогенетического профилактического лечения мигрени: 1. моноклональные антитела к CGRP (эренумаб, фреманезумаб) 2. ботулинический токсин тип А 3. противосудорожные средства (топирамат, вальпроевая кислота) 4. антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин)	1	ТК
16. Приступы мигрени: 1. чаще наблюдаются у женщин, 2. чаще наблюдаются у мужчин, 3. усиливаются в пожилом возрасте, 4. длятся не более 4-х часов	1	ТК
17. Типичный возраст дебюта мигрени: 1. 5-25 лет 2. 35-45 лет 3. 45-55 лет 4. 55-65 лет	1	ТК
18. Головная боль при мигрени почти всегда самостоятельно проходит: 1. При беременности, 2. При стрессе, 3. После травмы головы, 4. После холодного душа	1	ТК
19. Показанием для дополнительного исследования пациента с мигренью является: 1. Высокая интенсивность головной боли, 2. Лобно-височная локализация боли 3. Возраст начала головной боли старше 50 лет 4. Головная боль сопровождается тревогой	3	ТК
20. Зрительная аура при мигрени проявляется: 1. Полная слепота на один глаз, 2. Полная слепота на оба глаза 3. Фотопсии 4. Пресбиопия	3	ТК
21. Группа лекарственных средств, к которым относятся триптаны: 1. Антагонисты серотонина, 2. Блокаторы адренорецепторов 3. Агонисты серотониновых рецепторов 4. Агонисты ацетилхолина	3	ТК
22. Лечение приступа мигрени: 1. Пирацетам, 2. Дигидроэрготамин (дигидергот), 3. Карбамазепин, 4. Пентоксифиллин	2	ТК
23. Головная боль при мигрени почти всегда	2	ТК

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

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

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

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

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

1. головная боль при ОРВИ, 2. головная боль при хронической ишемии мозга, 3. головная боль при объемных образованиях головного мозга, 4. головная боль при синуситах. 5. цервикогенная головная боль		
68. Цервикогенная головная боль это: 1. синдром отраженной ГБ, источником которой являются структуры шеи, 2. сочетание головной боли и боли в шее, 3. отраженная боль в шее при патологии структур головного мозга, 4. боль в шее при мигрени.	1	ТК
69. Громоподобная головная боль это: 1. такой головной боли нет, 2. головная боль во время грозы, 3. внезапная острая интенсивная головная боль, достигающая максимальной интенсивности в течение 1 минуты, 4. головная боль при болезни мойя-мойя.	3	ТК
70. Распространенность цервикогенной головной боли в популяции составляет: 1. 0,4-2,5%, 2. 10,1-14,5%, 3. 30-35%, 4. 18,2-21,1%.	1	ТК
71. Основными источниками цервикогенной головной боли являются: 1. Атланто-аксиальные суставы, связки, сухожилия, 2. Атланто-окципитальные суставы, связки, сухожилия 3. СII/СIII и СIII/СIV фасеточные суставы, 4. Миогенные источники, 5. Все перечисленное верно.	5	ТК
72. Для цервикогенной головной боли характерно: 1. рвота, 2. "шейное" головокружение, 3. провокация боли активными движениями в шейном отделе и/или при проведении мануального обследования, 4. диплопия.	3	ТК
73. При развитии синдрома громоподобной головной боли в первую очередь необходимо исключить: 1. субарахноидальное кровоизлияние, 2. ОРВИ, 3. глаукому, 4. повышение артериального давления.	1	ТК
74. Для диагностики артериальной диссекции могут использоваться: 1. УЗИ брахиоцефальных артерий 2. МРТ головного мозга + МРА (FAT SAT) 3. КТ ангиография 4. Цифровая селективная ангиография 5. Все перечисленное верно.	5	ТК

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

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

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

1. Тригеминальная невралгия 2. Головная боль при патологии параназальных синусов 3. Головная боль, связанная с артериовенозной мальформацией 4. Пароксизмальная гемикрания		
99. Настораживающие симптомы («красные флажки»), требующие обследования пациента с головной болью: 1. высокая интенсивность головной боли 2. появление впервые головной боли у пациента старше 50 лет 3. наличие рвоты во время головной боли 4. наследственный характер головной боли	2	ТК, ПА
100. Показания для дополнительного обследования пациента с головной болью: 1. Появление впервые головной боли у пациента старше 50 лет 2. Высокая интенсивность головной боли 3. Наличие сопутствующей патологии 4. Наличие тревоги	1	ТК, ПА
101. Показания для ЭЭГ у пациента с головной болью: 1. Приступообразный характер головной боли 2. Парестезии в приступе головной боли 3. Судорожные подергивания в приступе головной боли 4. Наличие зрительных нарушений в приступе головной боли	3	ТК, ПА
102. Показанием для люмбальной пункции у пациента с головной болью является : 1. Громоподобная головная боль 2. Возникновение головной боли после употребления алкоголя 3. Развитие головокружения на фоне головной боли 4. Зрительные нарушения в приступе головной боли	1	ТК, ПА
103. Показанием для госпитализации пациента с головной болью является: 1. Повторяющаяся рвота 2. Непереносимость света 3. Громоподобное начало головной боли 4. Высокий уровень тревоги	3	ТК, ПА
104. Хронической является головная боль, которая возникает в месяц на протяжении: 1. 2-4 дней 2. 5-7 дней 3. 10-12 дней 4. 15 дней и более	3	ТК, ПА
105. Хронической является головная боль, которая возникает в месяц на протяжении: 1. 2-4 дней 2. 5-7 дней 3. 10-12 дней 4. 15 дней и более	3	
106. Диагноз первичной головной боли ставится на	4	

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

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

Раздел дисциплины (тема): Лицевые боли и краниальные невралгии

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1. Какая самая частая причина симптоматической невралгии тройничного нерва у лиц молодого возраста: 1. Опухоли задней черепной ямки 2. Рассеянный склероз 3. Инфекция, вызванная Herpes вирусом 4. Инфаркт головного мозга	2	ТК

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

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

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

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

Шифр и наименование компетенции

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

Раздел дисциплины (тема): Центральные боли

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

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

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

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

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

Раздел дисциплины (тема): Болевые невропатии

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

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

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

3. НПВП		
4. Транквилизаторы		
10. Боль при радикулопатии с точки зрения механизмов является:	3	ТК
1. Психогенной		
2. Невропатической		
3. Смешанной		
4. Дисфункциональной		
11. В лечении периферической невропатической боли рекомендуют назначать:	1	ТК
1. Антидепрессанты		
2. Парацетамол		
3. НПВП		
4. Транквилизаторы		
12. Периферическая невропатическая боль связана с поражением:	1	ТК
1. Периферических нервов		
2. Головного и спинного мозга		
3. Болевых рецепторов		
4. Связок позвоночника		
13. Механизм действия прегабалина связан:	2	ТК
1. С блокированием натриевых каналов		
2. С действием на альфа2-субъединицу кальциевых каналов		
3. С блокированием альфа-адренорецепторов периферических нервов		
4. Воздействием на калиевые каналы		
14. Дополнительный метод диагностики при периферической невропатической боли:	1	ТК
1. Электронейромиография		
2. Электроэнцефалография		
3. Доплерография		
4. Реовазография		
15. Причина развития периферической невропатической боли:	1	ТК
1. Синдром карпального канала		
2. Миофасциальный синдром		
3. Мышечнотонический синдром		
4. Дистония		
16. Причина развития периферической невропатической боли:	1	ТК
1. Синдром кубитального канала		
2. Поражение спинного мозга		
3. Инсульт		
4. Рассеянный склероз		
17. Причина развития периферической невропатической боли:	1	ТК
1. Диабетическая полиневропатия		
2. Сирингомиелия		
3. Болезнь Паркинсона		
4. Эпилепсия		
18. К скрининговым опросникам выявления	2	ТК

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

3. Шкала Роланда-Морриса 4. Цифровая рейтинговая шкала		
27. С помощью какого опросника можно оценить, как интенсивность боли, так и ее эмоциональный компонент: 1. визуально-аналоговая шкала (ВАШ), 2. PainDETECT, 3. Опросник Мак-Гилла 4. FIRST	3	ТК
28. К нейрофизиологическим методам оценки болевой чувствительности относится: 1. транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) 2. ЭЭГ 3. ЭМГ 4. ССВП	4	ТК
29. Для количественной оценки порога боли используется метод: 1. Ноцицептивный флексорный рефлекс 2. ВКСП 3. ЭМГ 4. ТМС	1	ТК
30. Для объективной оценки боли используют метод: 1. соматосенсорные вызванные потенциалы 2. электромиография 3. транскраниальная магнитная стимуляция 4. КТ	1	ТК
31. Метод оценки порогов тепловой и холодовой чувствительности: 1. Соматосенсорные вызванные потенциалы 2. Вызванный кожный симпатический потенциал 3. Количественное сенсорное тестирование 4. ЭЭГ	3	ТК
32. Для оценки состояния тонких волокон нервов используют метод: 1. ЭМГ 2. транскраниальная магнитная стимуляция 3. Количественного сенсорного тестирования 4. соматосенсорные вызванные потенциалы	3	ТК
33. Для объективной оценки болевых ощущений используют: 1. ЭМГ 2. транскраниальная магнитная стимуляция 3. КТ 4. Лазерные вызванные потенциалы	4	ТК
34. Набор инструментов для диагностики сенсорных нарушений включает: 1. Камертон 2. Монофиламент 3. Термочувствительная ручка 4. Все перечисленное верно	4	ТК
35. Для диагностики невропатии тонких волокон используют:	4	ТК

1. Количественное сенсорное тестирование 2. Конфокальную микроскопию нервов роговицы 3. Оценку интраэпидермальных нервных волокон 4. Все перечисленное верно		
36. К неинвазивным методам оценки состояния тонких волокон нервов относится: 1. ЭМГ 2. Конфокальная микроскопия нервов роговицы 3. транскраниальная магнитная стимуляция 4. Все перечисленное верно	2	ТК
37. Аллодиния это: 1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул 2. повышенная болевая чувствительность 3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации 4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы	1	ТК
38. Гипералгезия это: 1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул 2. повышенная болевая чувствительность 3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации 4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы	2	ТК
39. Сенситизация это: 1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул 2. повышенная болевая чувствительность 3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации 4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы	4	ТК
40. Уровень переносимости боли это: 1. развитие боли в ответ на неноцицептивный стимул 2. повышенная болевая чувствительность 3. максимальная интенсивность стимула, вызывающего боль, который готов терпеть субъект в конкретной ситуации 4. повышенная реакция на нормальный входящий сигнал или усиление ответа на нормальные подпороговые сигналы	3	ТК
41. Основой механизм анальгезии при использовании опиоидов связан с действием на: 1. μ -опиоидные рецепторы 2. Na-каналы 3. Ca-каналы 4. ингибирование обратного захвата норэпинефрина 5. агонисты альфа2-адренорецепторов	1	ТК
42. Основой механизм анальгезии при использовании	2	ТК

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

3. 2-5%		
4. 10-15%		
50. Для синдрома запястного канала нехарактерны: 1. онемение в 1-3 пальцах руки 2. онемение в 4-5 пальцах руки 3. симптом Фалена 4. симптом Тинеля	2	ТК
51. Для синдрома кубитального канала характерны: 1. онемение в 1-3 пальцах руки 2. онемение в 4-5 пальцах руки 3. онемение в области плеча	2	ТК
52. При компрессионной невропатии срединного нерва может развиваться: 1. «обезьянья кисть» 2. «когтистая кисть» 3. «висячая кисть»	1	ТК
53. При компрессионной невропатии локтевого нерва может развиваться: 1. «обезьянья кисть» 2. «когтистая кисть» 3. «висячая кисть»	2	ТК
54. При компрессионной невропатии лучевого нерва может развиваться: 1. «обезьянья кисть» 2. «когтистая кисть» 3. «висячая кисть»	3	ТК
55. При компрессионной невропатии седалищного нерва может развиваться: 1. боль в ягодичной области с иррадиацией по ноге до голени с стопы 2. боль в ягодичной области с иррадиацией в паховую область 3. чувствительные нарушения не характерны	1	ТК
56. При компрессионной невропатии бедренного нерва может развиваться: 1. боль в ягодичной области с иррадиацией по ноге до голени с стопы 2. боль в ягодичной области с иррадиацией в паховую область 3. боль в паховой области, в передней и внутренней области бедра	3	ТК
57. При болезни Рота-Бернгарда поражается: 1. бедренный нерв 2. латеральный кожный нерв бедра 3. малоберцовый нерв 4. большеберцовый нерв	2	ТК
58. При компрессионной невропатии малоберцового нерва НЕ может развиваться: 1. нарушение чувствительности по наружной поверхности нижней половины голени, тылу стопы и 1-4 пальцев 2. «свисающая стопа», степпаж	3	ТК

3. парез подошвенных сгибателей стопы		
59. При невропатии большеберцового нерва НЕ может развиваться: 1. боль и онемение в подошвенной части стопы и пальцев 2. «свисающая стопа», ступпаж 3. парез подошвенных сгибателей стопы	2	ТК
60. Укажите, какой вариант невропатии встречается чаще: 1. сдавление срединного нерва в запястном канале 2. сдавление срединного нерва на уровне локтя 3. сдавление срединного нерва на уровне плеча	1	ТК
61. Укажите, какой вариант невропатии встречается чаще: 1. сдавление полового нерва в канале Алкокка 2. сдавление малоберцового нерва у головки малоберцовой кости 3. сдавление большеберцового нерва в области медиальной лодыжки	2	ТК
62. Болевые полиневропатии с преимущественным поражением тонких слабомиелинизированных и немиелинизированных волокон менее всего характерны для: 1. хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии 2. алкогольной полиневропатии 3. диабетической полиневропатии 4. амилоидной невропатии	1	ТК
63. Болевые полиневропатии с преимущественным поражением тонких слабомиелинизированных и немиелинизированных волокон менее всего характерны для: 1. паранеопластической полиневропатии 2. наследственной моторно-сенсорной полиневропатии 3. полиневропатии на фоне дефицита цианкобаламина 4. амилоидной невропатии	3	ТК
64. Множественная туннельная невропатия менее всего характерна для: 1. гипотиреоза 2. тяжелой почечной недостаточности 3. фибромиалгии 4. амилоидной невропатии	3	ТК
65. К причинам возникновения невропатической боли относятся: 1. Диабетическая полиневропатия 2. Травмы головного и спинного мозга 3. Инсульт 4. Все перечисленное верно	4	ТК
66. Термин "аллодиния" предполагает: 1. Отсутствие восприятия боли 2. Отсутствие восприятия всех видов чувствительности 3. Восприятие неболевого раздражения как боль	3	ТК

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

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

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

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

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

Шифр и наименование компетенции

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

Раздел дисциплины (тема): Комплексный регионарный болевой синдром

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения *
1. Наиболее частый этиологический фактор развития КРБС: 1. Тромбоз вен или артерий 2. Травмы и оперативные вмешательства на	2	ТК

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

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

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

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

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

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

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

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

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

Раздел дисциплины (тема): Цервикобрахиалгия, торакалгии

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

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

1. Признак «потенциально опасной» патологии при боли в спине: 1. Наличие боли в покое 2. Симптом Ласега менее 30° 3. Исчезновение боли в ночное время	1	ТК
2. Нормальный объем активных движений в шейном отделе позвоночника: 1. Ротация 60° 2. Сгибание 60° 3. Разгибание 50°	2	ТК
3. Общий анализ крови и мочи при первом осмотре пациента с острой болью в спине должен назначаться: 1. Всем пациентам 2. Пациентам, применявшим кортикостероиды 3. В случаях компрессионной радикулопатии 4. При наличии ночного гипергидроза	4	ТК
4. Для компрессионной радикулопатии C₈ корешка характерно: 1. Иррадиация боли до II-III пальцев кисти 2. Снижение рефлекса с m. Triceps brachii 3. Слабость разгибания предплечья 4. Нарушения поверхностной чувствительности в IV-V пальцах	4	ТК
5. Для компрессии корешка C5 характерно: 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцы 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	1	ТК
5. Для компрессии корешка C6 характерно: 1. Снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча 2. Снижение карпорадиального рефлекса 3. Болевая гипестезия V пальца 4. Гипестезия IV и V пальцев	1	ТК
6. Для компрессии корешка C6 характерно: 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцы 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	3	ТК
6. Для компрессии корешка C7 характерно: 1. Боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча 2. Боли и парестезии в области I пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча 3. Боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	1	ТК
7. Для компрессии корешка C7 характерно: 1. снижение рефлекса с двуглавой мышцы 2. снижение рефлекса с трехглавой мышцы 3. снижение карпорадиального рефлекса 4. Ничего из вышеперечисленного	2	ТК
8. Для компрессии корешка C8 характерно:	1	ТК

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

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

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

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

1. 4 месяца и более 2. 1 месяц 3. 6 месяцев и более 4. 2 месяца		
4. Показания к оперативному лечению компрессионной радикулопатии пояснично-крестцовых корешков: 1. тазовые нарушения 2. неэффективность адекватного консервативного лечения в течение 6-8 недель 3. прогрессирующая слабость мышц, иннервируемых соответствующим корешком 4. все вышеперечисленное	4	ТК
5. Симптомы компрессионной радикулопатии L₅ корешка 1. слабость подошвенного сгибания стопы и пальцев 2. снижение поверхностной чувствительности на тыльной поверхности стопы, в I-II пальцах 3. снижение ахиллова рефлекса 4. все вышеперечисленное	4	ТК
6. Для выявления патологии крестцово-подвздошного сочленения используется: 1. Проба Патрика 2. Тест Бонне-Бобровниковой 3. пальпация проекции фасеточных суставов 4. Проба Стюарт-Холмса	1	ТК
7. Для выявления патологии грушевидной мышцы используется: 1. Проба Патрика 2. Дистракционный тест 3. Тест Генслена 4. Тест Бонне-Бобровниковой	4	ТК
8. С помощью какого опросника можно оценить риск неблагоприятного течения и хронизации острой люмбалгии? 1. Визуальная аналоговая шкала 2. Опросник Мак-Гилла 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии 4. STarT Back Screening Tool	4	ТК
9. Боль считается острой при длительности: 1. До 4-6 недель 2. от 6 до 12 недель 3. более 12 недель	1	ТК
10. Боль считается подострой при длительности: 1. До 4-6 недель 2. от 6 до 12 недель 3. более 12 недель	2	ТК
11. Боль считается хронической при длительности: 1. До 4-6 недель 2. от 6 до 12 недель 3. более 12 недель	3	ТК
12. Хронический болевой синдром это: 1. боль длительностью более 3х месяцев или дольше,	1	ТК

чем продолжительность необходимая для заживления ткани после острого повреждения 2. болевой синдром более 12 месяцев 3. болевой синдром не купирующийся приемом анальгетиков		
13. Распространенность хронического болевого синдрома у взрослых составляет: 1. 3-5% 2. 20-30% 3. 5-8% 4. 10.1-12.3%	2	ТК
14. Распространенность хронического болевого синдрома у детей составляет: 1. 6% 2. 1% 3. 20% 4. 2%	1	ТК
15. Факторами хронизации болевого синдрома являются: 1. Неправильное представление о боли 2. Неправильное поведение при боли 3. Проблемы на работе, в семье или «рентное» отношение к болезни 4. Эмоциональные расстройства 5. Все перечисленное	5	ТК
16. Скелетно-мышечная патология ассоциированная с хроническим болевым синдромом: 1. неспецифическая боль в спине 2. остеоартрит 3. миофасциальный болевой синдром 4. Все перечисленное	4	ТК
16. Интенсивность болевого синдрома оценивается с помощью: 1. визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), 2. ЭНМГ, 3. ЭЭГ, 4. данных функциональной МРТ.	1	ТК
17. Для оценки болевого синдрома у детей младшего возраста предпочтительно использовать: 1. шкала FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), 2. визуально-аналоговая шкала (ВАШ), 3. данные ЭЭГ, 4. все перечисленное верно.	1	ТК
18. Визуально-аналоговая шкала может быть использована у детей старше: 1. 3 лет 2. 5 лет 3. 7 лет 4. 16 лет	3	ТК
19. Для оценки интенсивности боли у детей дошкольного возраста используют:	2	ТК

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

28. Распространение возбуждения от ноцицепторов осуществляется с помощью: 1. С-волокон 2. А-альфа волокон 3. А - бета волокон 4. А - гамма волокон	1	ТК
29. К проводящим путям, осуществляющим проведение ноцицептивных сигналов НЕ относится: 1. Спиноталамический 2. Спиноретикулярный 3. Пирамидный 4. Спиномезенцефалический	3	ТК
30. В активации нейронов задних корешков спинномозговых нервов принимают участие: 1. Глутамат 2. Аспартат 3. Субстанция Р 4. Все перечисленное верно	4	ТК
31. В механизмах обезболивания НЕ участвует система мозга: 1. Опиоидергическая 2. Серотонинергическая 3. Гистаминергическая 4. Каннабиноидная	3	ТК
32. К факторам активирующим ноцицепторы относятся: 1. Травма 2. Ишемия 3. Отек 4. Все перечисленное верно	4	ТК
33. В основе развития первичной гипералгезии: 1. Периферическая сенситизация 2. Центральная сенситизация 3. Феномен "взвинчивания" 4. Все перечисленное верно	1	ТК
34. Вторичная гипералгезия возникает в результате: 1. Периферической сенситизации 2. Центральной сенситизации 3. Активации антиноцицепторов 4. Все перечисленное верно	2	ТК
35. Термин "Anesthesia dolorosa" предполагает: 1. Отсутствие восприятия боли 2. Ощущение боли в области, которая находится в состоянии анестезии 3. Восприятие неболевого раздражения как боль 4. Неприятные ощущения при отсутствии раздражения	2	ТК
36. Примером ноцицептивной боли НЕ является: 1. Боль при травме 2. Постгерпетическая невралгия 3. Послеоперационная боль 4. Боль при артритах	2	ТК
37. Болевые рецепторы представляют собой:	1	ТК

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

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

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

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

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

4. все вышеперечисленное		
83. Для анкилозирующего спондилита НЕ характерно: 1. Утренняя скованность 2. Улучшение после физической активности 3. Отсутствие ослабления боли в положении лежа 4. Стреляющий характер боли	4	ТК
84. Источником боли при неспецифической боли в спине: 1. Мышцы спины 2. Межпозвоночный диск 3. Фасеточные суставы 4. Все перечисленное	4	ТК
85. Факторы хронизации боли: 1. Наличие грыжи диска 2. Депрессия 3. Спондилёз 4. Физическая активность	2	ТК
86. Факторы хронизации боли: 1. Стрессовые ситуации 2. Наличие грыжи диска 3. Спондилёз 4. Физическая активность	1	ТК
87. Факторы хронизации боли: 1. Наличие грыжи диска 2. Физическая активность 3. Спондилёз 4. Длительный постельный режим	4	ТК
88. Факторы хронизации боли: 1. Спондилёз 2. Наличие грыжи диска 3. Работа в условиях вибрации 4. Физическая активность	3	ТК
89. Для неспецифической боли в спине характерно: 1. стреляющий, жгучий характер 2. ноющая боль, усиливается при нагрузке 3. плохо локализована, носит спастический характер 4. сенестопатии	2	ТК
90. В регрессе боли при радикулопатии основную роль играют: 1. уменьшение воспаления 2. срочное хирургическое лечение 3. строгий постельный режим 4. мануальная терапия	1	ТК
91. Ухудшают прогноз при неспецифической боли в спине: 1. использование НПВП 2. длительная нетрудоспособность 3. использование антидепрессантов 4. физические упражнения	2	ТК
92. Для лечения острой скелетно-мышечной боли используется: 1. строгий постельный режим	3	ТК

2. ношение фиксационного пояса 3. НПВН 4. все вышеперечисленное		
93. Для лечения острой скелетно-мышечной боли используется: 1. строгий постельный режим 2. ношение фиксационного пояса 3. НПВН 4. витамины группы В	3	ТК
94. Для лечения хронической скелетно-мышечной боли используется: 1. строгий постельный режим 2. ношение фиксационного пояса 3. НПВН 4. когнитивно-поведенческая терапия	4	ТК
95. Для лечения хронической скелетно-мышечной боли используется: 1. антидепрессанты 2. ношение фиксационного пояса 3. НПВН 4. строгий постельный режим	1	ТК
96. Для лечения хронической скелетно-мышечной боли используется: 1. когнитивной-поведенческая терапия 2. кинезиотерапия 3. антидепрессанты 4. все вышеперечисленное	4	ТК
97. Мануальная терапия показана при: 1. спондилезе и спондилолистезе III стадии 2. болевом синдроме и вегетативно-висцеральных нарушениях 3. остеопорозе позвонков 4. все вышеперечисленное	2	ТК
98. Симптом дискогенной радикулопатии L5: 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
99. Симптом дискогенной радикулопатии S1: 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
100. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся: 1. впервые возникшая боль в возрасте 20-30 лет	2,3,4	ТК, ПА

2. повышение температуры тела 3. впервые возникшая боль в возрасте старше 50 лет 4. значительное снижение веса 5. усиление боли при физической нагрузке.		
101. Основные цели проведения МРТ позвоночника при боли в спине: 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
102. Признаки дискогенной радикулопатии: 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
103. Боль в спине начинает расцениваться как хроническая, если её длительность превышает: 1. 2 недели 2. 4 недели 3. 6 недель 4. 8 недель 5. 12 недель	5	ТК, ПА
104. Специфические боли в спине: 1. опухоль спинного мозга 2. поражение дугоотростчатых суставов 3. метастатическое поражение позвонков 4. выраженный остеохондроз позвоночника 5. туберкулезный спондилит.	1, 3, 5	ТК, ПА
105. Боли в пояснично-крестцовой области: 1) самая частая локализация боли в спине 2) обычно вызывается компрессией спинномозговых корешков 3) встречается редко, 4) обычно вызывается скелетно-мышечной патологией 5) всегда сопровождается утратой коленного рефлекса.	1, 4	ТК, ПА
106. Люмбаго: 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

107. Лечение хронической неспецифической боли в спине: 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
108. Симптом дискогенной радикулопатии L5: 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
109. Симптом дискогенной радикулопатии S1: 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
110. Фибромиалгия характеризуется: 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
111. Дискогенная радикулопатия является причиной боли в спине: 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
112. К признакам потенциально опасного состояния при болях в спине относятся: 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
113. Основные цели проведения МРТ позвоночника при боли в спине: 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

114. Неспецифическая боль в спине может быть вызвана: 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
115. Миофасциальный синдром - это: 1. локальное мышечное напряжение с формированием триггерных точек 2. проявление дискогенной корешковой компрессии 3. атрофия мышцы с последующим её замещением соединительной тканью 4. состояние, при котором пальпация триггерных точек вызывает иррадиирующую боль 5. снижение порога возбудимости постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса.	1, 4	ТК, ПА
116. Признаки дискогенной радикулопатии: 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
117. Боли при дискогенной радикулопатии: 1. легкой или умеренной интенсивности 2. выраженной интенсивности 3. преимущественно ноющие 4. обычно простреливающие, нередко с ощущением прохождения электрического тока 5. преимущественно в спине	2, 4	ТК, ПА
118. Боль в спине начинает расцениваться как хроническая, если её длительность превышает: 1. 2 недели 2. 4 недели 3. 6 недель 4. 8 недель 5. 12 недель	5	ТК, ПА
119. Специфические боли в спине: 1. опухоль спинного мозга 2. поражение дугоотростчатых суставов 3. метастатическое поражение позвонков 4. выраженный остеохондроз позвоночника 5. туберкулезный спондилит.	1, 3, 5	ТК, ПА
120. Наиболее частые причины торакалгии: 1) заболевания сердца 2) скелетно-мышечные расстройства 3) тревожные нарушения (панические атаки) 4) компрессия грудных спинномозговых корешков 5) межреберная невралгия.	1, 2, 3	ТК
121. Боли в пояснично-крестцовой области: 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 сопровождается утратой коленного рефлекса.		
122. Люмбаго: 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
123. На пояснично-крестцовом уровне наиболее часто страдают следующие корешки: 1) L3 2) L4 3) L5 4) S1 5) S2.	3, 4	ТК
124. Признаки компрессии корешков конского хвоста: 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
125. Компрессия корешков конского хвоста: 1) частое осложнение остеохондроза позвоночника 2) редкое осложнение экструзии межпозвонковых дисков L4-L5 и L5-S1 3) требует экстренного проведения лечебных блокад 4) требует экстренного нейрохирургического вмешательства 5) требует экстренной электростимуляции периферических нервов	2, 4	ТК, ПА
126. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска: 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
127. Профилактика неспецифических болей в спине: 1) занятие силовыми видами спорта, 2) сон на мягком матрасе, 3) лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, 4) плавание, 5) избегание подъема тяжестей	3,4,5	ТК, ПА
128. Лечение миофасциальных болей: 1) введение анестетиков в триггерные точки, 2) постизометрическая релаксация, 3) миорелаксанты, 4) вытяжение позвоночника,	1,2,3	ТК, ПА

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

Раздел дисциплины (тема): Психологические аспекты боли
Вид оценочного средства: Тестовые задания:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1. К активным стратегиям преодоления боли относятся: 1. Применение анальгетиков и использование специальных упражнений. 2. Игнорирование боли и сохранение двигательной активности. 3. Ограничение активности и прием анальгетиков.	2	ТК
2. Наиболее частое психологическое расстройство при хронической боли 1. Тревога 2. Страх и фобии 3. Гнев 4. Депрессия	4	ТК
3. Выберите верное утверждение 1. Тревога по поводу боли чаще отмечается при длительном хроническом болевом синдроме и является	3	ТК

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

жизни 3. только неправильные представления пациента о боли 4. признаки наличия психического заболевания у пациента		
11. Боязнь пациента быть физически активным – это: 1. агорафобия 2. кинезиофобия 3. признак наличия тяжелой депрессии 4. катастрофизация боли	2	ТК
12. Форма вербальной и невербальной коммуникации, необходимой для сообщения окружающим о том, что индивид испытывает боль – это: 1. Кинезиофобия 2. Катастрофизация боли 3. Признак наличия истерии 4. Болевое поведение	4	ТК
13. Ограничение физической активности при хронической неспецифической боли в спине – это пример: 1. адаптивной стратегии преодоления боли, 2. неадаптивной стратегии преодоления боли, 3. катастрофизации боли 4. нет верных ответов	2	ТК
14. Для лечения хронической боли обычно используют следующий вид психотерапии: 1. психоанализ 2. гештальт 3. психодрама 4. когнитивно-поведенческая психотерапия	4	ТК
15. Когнитивно-поведенческая терапия – это: 1. метод психотерапии 2. метод лечения когнитивных нарушений 3. разновидность физиотерапии 4. упражнения по медитации	1	ТК
16. Для пациентов с хронической болью характерно: 1. Катастрофизация боли 2. Болевое поведение 3. Тревога 4. Все вышеперечисленное	4	ТК
17. Какие эмоции характерны для пациентов с хронической болью: 1. тревога 2. грусть 3. гнев 4. все вышеперечисленное	4	ТК
18. Во время консультации пациента с хронической болью целесообразно оценить эмоциональное состояние по: 1. Краткой шкале оценки психического статуса 2. Госпитальной шкале тревоги и депрессии 3. Тесту рисования часов	2	ТК

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

хронической боли 3. психологические методы направлены на обучение пациента стратегиям преодоления боли 4. когнитивно-поведенческая терапия широко используется в лечении различных видов хронической боли		
27. К когнитивным составляющим хронической боли не относится: 1. амнезия 2. катастрофизация боли 3. ошибочные представления о причинах боли 4. мысли о развитии инвалидности	1	ТК
28. Выберите утверждение, которое неверно в отношении биологической обратной связи: 1. это психологический метод лечения 2. позволяет обучить пациента навыкам физического и эмоционального расслабления 3. обычно проводится в медицинских учреждениях 4. это мнение пациента об эффективности проведенного лечения	4	ТК
29. Выберите утверждение, которое неверное в отношении хронической боли: 1. для лечения необходим мультидисциплинарный подход 2. есть когнитивные и эмоциональные составляющие боли 3. у пациентов часто наблюдается катастрофизация боли 4. всегда есть органическое повреждение – источник боли	4	ТК
30. Депрессия при хронической боли может выражаться в виде: 1. невозможности получать удовольствие от жизни 2. утомляемости 3. ощущения безнадежности 4. всего вышеперечисленного	4	ТК
31. Наличие тревоги у пациента с хронической болью можно выявить с помощью методики: 1. шкала тревоги Бека 2. тест рисования часов 3. краткая шкала оценки психического статуса 4. шкала катастрофизации боли	1	ТК
32. Наличие депрессии у пациента с хронической болью можно выявить с помощью: 1. шкалы тревоги Бека 2. шкалы депрессии Бека 3. шкалы катастрофизации боли 4. теста рисования часов	2	ТК
33. Для пациента с хронической неспецифической болью в спине характерно: 1. наличие кинезиофобии 2. наличие катастрофизации боли 3. наличие симптомов тревоги и депрессии	4	ТК

4.	все вышеперечисленное	
----	-----------------------	--

Раздел дисциплины (тема): Фармакотерапия боли

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1. Среди лекарственных методов лечения наибольшей эффективностью при фибромиалгии обладают: 1. НПВП 2. снотворные препараты 3. антиконвульсанты и антидепрессанты 4. ноотропы	3	ТК
2. В лечении центральной невропатической боли не рекомендуют назначать: 1. Антиконвульсанты 2. Антидепрессанты 3. НПВП 4. Лидокаин	3	ТК
3. Назовите группу препаратов, которые НЕ применяют в лечении тригеминальной невралгии: 1. Антиконвульсанты 2. Местные анестетики 3. Антидепрессанты 4. НПВП	4	ТК
4. Препаратами выбора для купирования приступа мигрени с выраженным болевым синдромом являются: 1. НПВС парентерально, 2. Трамадол, 3. комбинированные анальгетики, 4. триптаны	4	ТК
5. Препараты первой линии для терапии нейропатической боли: 1. антиконвульсанты, трициклические 2. антидепрессанты 3. ботулинический токсин, 4. ноотропы, 5. витамины группы В	1	ТК
6. Какие из перечисленных препаратов НЕ имеют доказанной эффективности при профилактическом лечении мигрени: 1. Бета-блокаторы, 2. ангибиторы АПФ, 3. антидепрессанты, 4. НПВС	4	ТК
7. Для купирования приступа кластерной головной боли эффективно использование: 1. НПВС парентерально, 2. опиоиды,	3	ТК

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

16. Препаратами выбора для лечения атипичной лицевой боли являются: 1. НПВС 2. Антидепрессанты 3. Миорелаксанты 4. Витамины группы В	2	ТК
17. Трициклические антидепрессанты эффективны при лечении: 1. Депрессии 2. Хронической боли в спине 3. Хронической головной боли 4. Все выше перечисленное	4	ТК
18. Селективные НПВС отличие от неселективных: 1. Обладают меньшим негативным влиянием на ЖКТ 2. Обладают большим негативным влиянием на ЖКТ 3. Не могут применяться при головной боли 4. Не могут применяться при боли в спине	1	ТК
19. Антидепрессанты каких групп могут применяться у пациентов с хронической болью? 1. Только трициклические (ТЦА) 2. Только селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) 3. И трициклические (ТЦА), и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) 4. Антидепрессанты не применяются для лечения хронической боли	3	ТК
20. Что будет являться противопоказанием к назначению амитриптилина пациенту с хронической болью? 1. Депрессия 2. Перенесённый инфаркт миокарда в анамнезе 3. Хронический гастрит, декомпенсация 4. Возраст пациента более 50 лет	2	ТК
20. Как назначаются антидепрессанты для лечения хронической боли в спине? 1. Сразу в максимальной терапевтической дозе 2. Только в минимальной терапевтической дозировке без повышения 3. С постепенной титрацией дозировки и наблюдением за переносимостью пациента 4. Антидепрессанты не применяются для лечения хронической боли	3	ТК
21. Способ лечения лекарственно-индуцированной головной боли? 1. Отмена НПВС, которое привело к возникновению боли 2. Назначение ноотропов per os 3. Назначение антиконвульсанты 4. Назначение ноотропов внутривенно	1	ТК
22. Какой из указанных препаратов, применяемых для лечения болевого синдрома относится к	3	ТК

трициклическим антидепрессантам? 1. Прегабалин 2. Дулоксетин 3. Амитриптилин 4. Габапентин		
23. Какой из указанных препаратов, применяемых для лечения болевого синдрома относится к антиконвульсантам? 1. Милнаципран 2. Дулоксетин 3. Амитриптилин 4. Габапентин	4	ТК
24. Какой из НПВС предпочтительно назначить пациенту с острой болью в спине и хроническим гастритом в анамнезе? 1. Кетопрофен 2. Целекоксиб 3. Диклофенак 4. Ибупрофен	2	ТК

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

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
1. К интервенционным методам лечения боли относится: 1. Радиочастотная денервация фасеточных суставов 2. Спинальная анестезия 3. Невролиз и декомпрессия нерва 4. Иглорефлексотерапия	1	ТК, ПА
2. Основным показанием к выполнению РЧД фасеточных суставов является: 1. Наличие эффекта от диагностической блокады фасеточных суставов 2. Неэффективность терапии НПВС 3. Выраженность болевого синдрома 4. Болезненность при пальпации фасеточных суставов	1	ТК, ПА
3. Эффект от выполненной диагностической блокады фасеточных суставов можно считать положительным, если: 1. Снижение интенсивности боли по ВАШ не менее, чем на 50% длительностью 2 часа 2. Снижение интенсивности боли по ВАШ не менее, чем на 10% длительностью 24 часа 3. Снижение интенсивности боли по ВАШ не менее, чем на 30% длительностью 4 часа 4. Полный регресс боли длительностью 15 минут	1	ТК, ПА
4. Методы, используемые для контроля положения иглы при интервенционных вмешательствах 1. Рентгеновский, УЗ-контроль, нейрофизиологический	1	ТК, ПА

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

2. через 1 месяц 3. через неделю 4. сразу после манипуляции		
13. Проведение повторной РЧД фасеточных суставов возможно при 1. недостаточном снижении интенсивности болевого синдрома (< 50% от исходного) 2. желании пациента 3. недостаточном снижении интенсивности болевого синдрома (< 25% от исходного) 4. положительном эффекте от манипуляции	1	ТК, ПА
14. Стартовая терапия головной боли напряжения включает 1. НПВС + антидепрессанты 2. Применение ботулотоксина типа А 3. Блокада большого затылочного нерва 4. Стимуляция затылочного нерва	1	ТК, ПА
15. Терапия кластерной головной боли включает: 1. Блокада крылонебного ганглия 2. Стимуляция моторной коры головного мозга 3. Чрескожная баллонная микрокомпрессия Гассерова узла 4. Блокада большого затылочного нерва	1	ТК, ПА
16. Хирургическое лечение тригеминальной невралгии включает в себя: 1. Хирургическая микроваскулярная декомпрессия, 2. Стереотаксическая радиотерапия, гамма-нож 3. Чрескожная баллонная микрокомпрессия Гассерова узла 4. Все перечисленное	4	ТК, ПА
17. Наиболее эффективная методика лечения тригеминальной невралгии: 1. Хирургическая микроваскулярная декомпрессия, 2. Стереотаксическая радиотерапия, гамма-нож 3. Чрескожная баллонная микрокомпрессия Гассерова узла 4. Чрескожная радиочастотная абляция Гассерова узла	1	ТК, ПА
18. Наиболее эффективная терапия при постгерпетической невралгии: 1. Эпидуральная блокада 2. Паравертебральная блокада 3. Симпатическая блокада 4. Импульсная радиочастотная абляция дорзальных ганглиев	4	ТК, ПА
19. Какие спинномозговые нервы наиболее подвержены дискогенной невропатии: 1) С6 и С7 2) С8 3) С5 4) С4 и С5	1	ТК, ПА
20. При миофасциальной боли рекомендуется: 1) Инъекции местного анестетика в триггерные точки	4	ТК, ПА

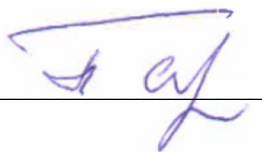
2) Введение ботулотоксина А в триггерные точки 3) Межфасциальная инъекция 4) Все перечисленное		
21. Через какое анатомическое отверстие проводится РЧА Гассерова узла: 1) Овальное 2) Большое затылочное 3) Остистое 4) Рваное	1	ТК, ПА
22. Блокада какого Ганглия проводится при кокцигодинии: 1) Звездчатый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

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

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

«22» января 2025 г., протокол № 12

Заведующий кафедрой



В.А.Парфенов