

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины им.
Н.В.Склифосовского
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Методические материалы по дисциплине:

Неврология, нейрохирургия

основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.02 Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

- 1. Фасцикуляции в паретичной мышце возникают при повреждении:**
 - A. передних рогов спинного мозга +
 - B. нервно-мышечного синапса
 - C. мышц,
 - D. основания ствола головного мозга,
 - E. внутренней капсулы.

- 2. Мышечные атрофии характерны для поражения:**
 - A. основания ствола головного мозга,
 - B. прецентральной извилины
 - C. мозжечка
 - D. переднего корешка спинного мозга +
 - E. задних канатиков спинного мозга

- 3. Нижний спастический парапарез возникает при повреждении:**
 - A. передних рогов спинного мозга на грудном уровне
 - B. передних канатиков спинного мозга на грудном уровне
 - C. боковых рогов спинного мозга на грудном уровне
 - D. боковых канатиков спинного мозга на грудном уровне +
 - E. боковых канатиков спинного мозга на поясничном уровне

- 4. При повреждении внутренней капсулы обычно возникает:**
 - A. монопарез руки,
 - B. монопарез ноги,
 - C. гемипарез +
 - D. нижний парапарез,
 - E. тетрапарез.

- 5. Снижение коленного рефлекса возникает при повреждении:**
 - A. передних рогов спинного мозга на уровне S2-S4 сегментов,
 - B. передних рогов спинного мозга на уровне S4-S5 сегментов,
 - C. передних рогов спинного мозга на уровне L2-L4 +
 - D. передних рогов спинного мозга на уровне L5-S1
 - E. седалищного нерва.

- 6. При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов возникает:**
 - A. правосторонний гемипарез,
 - B. левосторонний гемипарез,
 - C. парез левой ноги,
 - D. парез правой ноги +
 - E. нижний парапарез.

- 7. При повреждении малоберцового нерва возникает:**
 - A. снижение коленного рефлекса,
 - B. парез передней большеберцовой мышцы. +
 - C. снижение ахиллового рефлекса
 - D. парез задней большеберцовой мышцы
 - E. парез камбаловидной мышцы

- 8. При повреждении большеберцового нерва возникает:**
 - A. снижение коленного рефлекса,

- В.парез передней большеберцовой мышцы.
- С.снижение ахиллова рефлекса +
- Д.парез четырехглавой мышцы

9.Для выявления поражения кортико-спинального пути используют:

- А.игольчатую электромиографию,
- В.магнитную стимуляцию головного мозга +
- С.электроэнцефалографию
- Д.исследование вызванных потенциалов головного мозга
- Е.исследование цереброспинальной жидкости

10. Признаки поражения нервно-мышечного синапса при игольчатой электромиографии:

- А.увеличение амплитуды потенциала двигательной единицы,
- В.фасцикуляции,
- С.увеличение длительности потенциала двигательной единицы,
- Д.декремент амплитуды суммарного потенциала при ритмической стимуляции нерва +

11. Симптоматическое лечение спастичности:

- А.холинолитики,
- В.электростимуляция паретичных мышц,
- С.введение в мышцу ботулинического токсина +
- Д.препараты леводопы
- Е.электростимуляция периферических нервов

12. У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского. Локализация поражения:

- А.боковой канатик в грудном отделе спинного мозга справа,
- В.задний канатик в шейном отделе спинного мозга справа,
- С.зрительный бугор слева,
- Д.зрительный бугор справа,
- Е.внутренняя капсула слева. +

13. Тремор при паркинсонизме:

- А.наблюдается в покое +
- В.усиливается при движениях
- С.усиливается при определённых позах (постуральный)
- Д.уменьшается во сне
- Е.дебютирует с дрожания головы

14. Для диагностики паркинсонизма обязательно наличие:

- А.ригидности
- В.гипокинезии +
- С.тремора
- Д.постуральных нарушений
- Е.вегетативных нарушений

15. Наиболее часто паркинсонизм:

- А.атеросклеротический
- В.нейролептический
- С. постэнцефалитический
- Д. посттравматический
- Е. идиопатический +

- 16. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом может привести к:**
- А. мышечной гипотонии
 - В. когнитивным нарушениям +
 - С. вегетативным нарушениям
 - Д. психотическим нарушениям (галлюцинациям)
 - Е. центральному парезу конечностей
- 17. Достоверный критерий сосудистого паркинсонизма:**
- А. пожилой и старческий возраст больного
 - В. отсутствие эффекта от противопаркинсонических препаратов
 - С. дрожательная форма паркинсонизма
 - Д. акинетико-ригидная форма паркинсонизма
 - Е. выявление инфаркта в ножке мозга при магнитно-резонансной томографии +
- 18. Невротические тики связываются с:**
- А. поражением чёрной субстанции
 - В. поражением зрительного бугра
 - С. поражением хвостатого ядра
 - Е. поражением лобной доли
 - Д. эмоциональным напряжением +
- 19. В зрелом возрасте невротические тики обычно:**
- А. появляются впервые в жизни
 - В. усиливаются
 - С. ослабевают или исчезают +
 - Д. осложняется присоединением гипокинезии
 - Е. осложняются присоединением тремора
- 20. Для мышечной дистонии наиболее характерно:**
- А. спастичность
 - В. ригидность
 - С. дрожание
 - Д. патологические позы +
 - Е. центральные парезы конечностей
- 21. Мышечная дистония проявляется:**
- А. хаотичными произвольными движениями
 - В. повышением мышечного тонуса
 - С. кинетическим тремором
 - Д. произвольными сокращениями мышц, приводящими к патологическим позам
 - Е. парезами конечностей
- 22. Лечение хорей:**
- А. противосудорожные препараты
 - В. пропранолол
 - С. леводопа
 - Д. ботулотоксин
 - Е. нейролептик +
- 23. Самая частая форма вторичного паркинсонизма:**
- А. сосудистый
 - В. идиопатический
 - С. нейролептический +
 - Д. посттравматический
 - Е. постгипоксический

- 24. Локализация дегенеративного процесса при болезни Паркинсона:**
- A. передние рога спинного мозга
 - B. ствол головного мозга +
 - C. периферические нервы
 - D. поперечно-полосатые мышцы
 - E. мозжечок
- 25. Наиболее эффективные средства для лечения болезни Паркинсона:**
- A. амантадин
 - B. агонисты дофаминовых рецепторов
 - C. ингибиторы моноаминоксидазы-B
 - D. препараты леводопы +
 - E. антагонисты дофамина
- 26. У пациентов после 70 лет в качестве начальной терапии болезни Паркинсона рекомендуется использовать:**
- A. ингибиторы моноаминоксидазы-B
 - B. агонисты дофаминовых рецепторов
 - C. антихолинергические средства
 - D. препараты леводопы +
 - E. амантадин
- 27. Показания к назначению антихолинергических препаратов при болезни Паркинсона:**
- A. начальные проявления болезни
 - B. пожилой возраст
 - C. дрожательная или ригидно-дрожательная форма у пациентов до 60 лет (преимущественно при недостаточной эффективности других препаратов) +
 - D. зрительные галлюцинации
 - E. поздние стадии болезни
- 28. Для лобной атаксии характерно:**
- A. интенционный тремор,
 - B. нистагм,
 - C. мышечная гипотония,
 - D. неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе +
 - E. утрата ахилловых рефлексов
- 29. У пациента в левых конечностях – мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево. Тип атаксии:**
- A. мозжечковая +
 - B. вестибулярная,
 - C. сенситивная,
 - D. лобная,
 - E. смешанная (мозжечковая+сенситивная).
- 30. У пациента в левых конечностях – мышечная гипотония, интенционный тремор, в пробе Ромберга неустойчив, отклоняется влево. Локализация поражения:**
- A. задние канатики спинного мозга справа,
 - B. задние канатики спинного мозга слева,
 - C. ствол мозга,
 - D. левое полушарие мозжечка +
 - E. левая лобная доля.
- 31. Гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов;**

неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Локализация поражения:

- A. периферические нервы, +
- B. задние канатики спинного мозга,
- C. ствол мозга,
- D. червь мозжечка,
- E. лабиринт.

32. Гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.

Дополнительный метод исследования:

- A. магнитно-резонансная томография головы,
- B. компьютерная томография головы,
- C. магнитно-резонансная томография спинного мозга,
- D. магнитная стимуляция головного мозга,
- E. электронейромиография +

33. В ногах утрачена глубокая чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. Локализация поражения:

- A. периферические нервы,
- B. задние канатики спинного мозга +
- C. передняя серая спайка,
- D. червь мозжечка,
- E. задние корешки.

34. В ногах утрачена глубокая чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. Обследование:

- A. магнитно-резонансная томография головного мозга,
- B. магнитно-резонансная томография спинного мозга +
- C. электроэнцефалография,
- D. транскраниальная магнитная стимуляция,
- E. электронейромиография.

35. Вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор в конечностях, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, чувствительных нарушений нет. Тип атаксии:

- A. мозжечковая +
- B. вестибулярная,
- C. сенситивная,
- D. лобная
- E. смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия.

36. Снижение критики, импульсивность, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без нарушений, парезов и расстройств чувствительности нет. Тип атаксии:

- A. мозжечковая,
- B. вестибулярная,
- C. сенситивная,
- D. лобная, +
- E. смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия.

37. Походка при мозжечковой атаксии:

- A. неустойчивая только при закрытых глазах
- B. медленная и шаркающая

- C. спастическая
- D. шаткая («пьяная») +
- E. астазия-абазия

38. При мозжечковой атаксии походка при закрывании глаз:

- A. незначительно улучшается
- B. значительно улучшается
- C. незначительно ухудшается +
- D. становится невозможной из-за слабости в ногах
- E. становится невозможной из-за появления тошноты

39. Нистагм характерен для:

- A. поражения подкорковых ядер
- B. мозжечковой атаксии +
- C. поражения лобных долей головного мозга
- D. истерической атаксии
- E. сенситивной атаксии

40. Интенционный тремор характерен для:

- A. сенситивной атаксии
- B. вестибулярной атаксии
- C. лобной атаксий
- D. мозжечковой атаксии +
- E. истерической атаксии

41. Дегенерация ядер нижних олив наблюдается при:

- A. мозжечковой атаксии +
- B. истерической атаксии
- C. вестибулярной атаксии
- D. сенситивной атаксии
- E. нижнем центральном парапарезе

42. Корковый отдел вестибулярного анализатора расположен в;

- A. задних вентральных ядрах таламуса
- B. шпорной борозде
- C. височной доле +
- D. прецентральной извилине
- E. постцентральной извилине

43. Первые нейроны вестибулярного анализатора расположены в:

- A. преддверном ганглии +
- B. ядрах вегетативных центров
- C. глазодвигательных ядрах
- D. коре головного мозга
- E. спинном мозге

44. Истерическая атаксия:

- A. является соматоформным расстройством +
- B. сопровождается вертикальным и горизонтальным нистагмом
- C. сопровождается интенционным тремором в руках
- D. сопровождается интенционным тремором в ногах
- E. сопровождается истинным астереогнозом

45. Отсутствие симптомов органического поражения нервной системы характерно для:

- A. мозжечковой атаксии

- В. сенситивной атаксии
- С. вестибулярной атаксии
- Д. лобной атаксии
- Е. истерической атаксии +

46. Периферический отдел вестибулярной системы располагается в:

- 1. среднем ухе
- 2. стволе головного мозга
- 3. костном лабиринте внутреннего уха +
- 4. варолиевом мосту
- 5. продолговатом мозге

47. Рецепторы полукружных каналов воспринимают:

- А. линейное ускорение
- В. силу тяжести
- С. положение в пространстве
- Д. угловое ускорение +
- Е. громкость звука

48. Возбуждение в волосковых клетках вестибулярного анализатора возникает в результате?

- А. смещения отолитовой мембраны под действием силы тяжести относительно рецепторных клеток +
- В. смещения волосков рецепторных клеток под действием линейного ускорения
- С. сгибания волосков рецепторных клеток под действием силы тяжести
- Д. разгибания волосков рецепторных клеток под действием силы тяжести
- Е. кругового движения волосков рецепторных клеток под действием силы тяжести

49. Рецепторы вестибулярного анализатора:

- А. реснитчатые клетки
- В. волосковые клетки +
- С. гребенчатые клетки
- Д. отолитные клетки
- Е. эпителий улитки

50. Нарушение инициации ходьбы характерно для атаксии:

- А. лобной +
- В. мозжечковой
- С. сенситивной
- Д. вестибулярной
- Е. истерической

51. Лобная атаксия возникает при поражении:

- А. шпорной борозды
- В. зубчатых ядер
- С. ядер Голя и Бурдаха
- Д. дополнительной моторной коры +
- Е. прецентральной извилины лобной доли

52. Походка при сенситивной атаксии:

- А. «пьяная»
- В. «штампующая» +
- С. семенящая
- Д. «перонеальная»
- Е. нормальная

- 53. Для сенситивной атаксии характерно ощущение ходьбы по:**
- A. «воде»
 - B. «стеклу»
 - C. «вате» +
 - D. «снегу»
 - E. «теплому песку»
- 54. При сенситивной атаксии положительна проба:**
- A. Ромберга +
 - B. ортостатическая
 - C. гипервентиляционная
 - D. пальце-носовая
 - E. пяточно-коленная
- 55. Неустойчивость в положении стоя и при ходьбе характерна для поражения:**
- A. гиппокампа
 - B. 2.червя мозжечка +
 - C. 3.теменной доли
 - D. 4. височной доли
 - E. затылочной доли
- 56. Поражение мозжечка проявляется:**
- A. центральным парезом
 - B. атаксией +
 - C. гиперкинезом
 - D. периферическим парезом
 - E. сегментарно-диссоциированным типом расстройства чувствительности
- 57. Дисметрия - симптом:**
- A. 1.пареза
 - B. 2.утраты болевой чувствительности
 - C. 3.утраты температурной чувствительности
 - D. 4. мозжечковой атаксии +
 - E. вестибулярной атаксии
- 58. Скандированная речь - симптом поражения:**
- A. мозжечка +
 - B. вестибулярного нерва
 - C. лобной доли
 - D. зрительного бугра
 - E. черной субстанции
- 59. Нарушение двумерно-пространственного чувства характерно для атаксии:**
- A. мозжечковой
 - B. вестибулярной
 - C. сенситивной +
 - D. лобной
 - E. истерической

60. Вращательное головокружение с тошнотой и рвотой – это симптом поражения:

- A. лобной доли
- B. теменной доли
- C. затылочной доли
- D. зрительного бугра
- E. периферического отдела вестибулярного анализатора +

61. Проба Дикса-Холлпайка положительна при:

- A. поражении проводников Голя и Бурдаха
- B. доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении +
- C. поражении вестибулярного нерва
- D. поражении зубчатого ядра
- E. поражении мозжечка

62. Ложный астереогноз – симптом атаксии:

- A. мозжечковой
- B. вестибулярной
- C. сенситивной +
- D. лобной
- E. истерической

63. Дисметрия – это:

- A. несоразмерность движений +
- B. замедленность движений
- C. ритмичное сокращение мышц-антагонистов
- D. навязчивое произвольное движение
- E. произвольное вздрагивание

64. Первый нейрон пути поверхностной чувствительности расположен в:

- A. коже,
- B. межпозвоночном ганглии, +
- C. заднем роге спинного мозга,
- D. зрительном бугре,
- E. постцентральной извилине

65. Третий нейрон пути глубокой чувствительности расположен в:

- A. мышце,
- B. межпозвоночном ганглии,
- C. заднем роге спинного мозга,
- D. зрительном бугре, +
- E. постцентральной извилине

66. Ощущение «ползания мурашек» без внешнего раздражения – это:

- A. гиперпатия,
- B. гиперестезия,
- C. парестезии, +
- D. аллодиния,
- E. гипералгезия.

67. Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «носков» возникает при поражении:

- A. периферических нервов, +
- B. задних корешков спинного мозга,
- C. задних рогов спинного мозга,

- D. передней серой спайки,
- E. задних канатиков спинного мозга

68. Спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности возникает при поражении:

- A. боковых канатиков спинного мозга, +
- B. задних рогов спинного мозга,
- C. боковых рогов спинного мозга,
- D. передних канатиков спинного мозга,
- E. внутренней капсулы.

69. Система «воротного контроля боли» локализуется на уровне:

- A. периферических нервов,
- B. задних корешков,
- C. задних рогов, +
- D. спиноталамического тракта,
- E. задних канатиков спинного мозга.

70. Гиперпатия характерна для поражения:

- A. заднего корешка,
- B. бокового канатика спинного мозга,
- C. переднего канатика спинного мозга,
- D. заднего канатика спинного мозга,
- E. зрительного бугра.

71. Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении:

- A. задних рогов спинного мозга,
- B. задних канатиков спинного мозга,
- C. зрительного бугра,
- D. теменной доли, +
- E. лобной доли.

72. У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет. Тип нарушения чувствительности:

- A. мононевропатический,
- B. полиневропатический,
- C. сегментарно-корешковый,
- D. сегментарно-диссоциированный, +
- E. проводниковый

73. У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексy. Тип нарушения чувствительности:

- A. мононевропатический,
- B. полиневропатический, +
- C. сегментарно-корешковый,
- D. сегментарно-диссоциированный,
- E. спинальный проводниковый.

74. У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольф», отсутствуют ахилловы рефлексy. Локализация поражения:

- A. периферические нервы,
- B. задние корешки,
- C. боковые канатики спинного мозга,
- D. задние канатики спинного мозга,

Е. передняя серая спайка.

75. Утрачено суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, усиливающееся при закрывании глаз. Тип нарушения чувствительности:

- А. полиневропатический,
- В. сегментарно-корешковый,
- С. сегментарно-диссоциированный,
- Д. спинальный проводниковый, +
- Е. корковый.

76. Утрачено суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, усиливающееся при закрывании глаз. Локализация поражения:

- А. периферические нервы,
- В. задние корешки,
- С. задние рога спинного мозга,
- Д. задние канатики спинного мозга, +
- Е. боковые канатики спинного мозга.

77. У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге. Тип нарушения чувствительности (1):

- 1) сегментарно-корешковый,
- 2) сегментарно-диссоциированный,
- 3) полиневропатический,
- 4) спинальный проводниковый,
- 5) церебральный. +

78. Утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги и наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс. Тип нарушения чувствительности:

- А. сегментарно-корешковый, +
- В. сегментарно-диссоциированный,
- С. полиневропатический,
- Д. мононевропатический,
- Е. спинальный проводниковый.

79. Утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги и наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс. Локализация поражения:

- А. задний пятый поясничный корешок,
- В. задний первый крестцовый корешок, +
- С. малобецовый нерв,
- Д. большебецовый нерв,
- Е. бедренный нерв.

80. Боль, которая вызывается активацией болевых рецепторов:

- А. ноцицептивная +
- В. невропатическая
- С. психогенная
- Д. неврогенная
- Е. диссоциативная

81. Нарушение узнавания предметов на ощупь:

- А. гипестезия
- В. астереогнозия +

- C. гиперпатия
- D. гипоалгезия
- E. аллодиния

82. Частичная утрата болевой чувствительности:

- A. гиперестезия
- B. астереогноз
- C. стереоанестезия
- D. гипоалгезия +
- E. анестезия

83. Периферическая сенситизация- это:

- A. 1.снижение порога чувствительности периферических рецепторов +
- B. повышение возбудимости нейронов заднего рога
- C. повышение возбудимости нейронов переднего рога
- D. повышение возбудимости нейронов ядра Голя
- E. повышение возбудимости нейронов ядра Бурдаха

84. Ощущения в виде “покалывания”, “ползания мурашек”:

- A. гиперестезия
- B. гипералгезия
- C. гиперпатия
- D. парестезия +
- E. гипестезия

85. Ноцицептивная боль вызывается:

- A. 1.активацией периферических ноцицепторов +
- B. поражением периферического нерва
- C. поражением сплетения
- D. поражением теменной коры
- E. поражением затылочной коры

86. Боль расценивается как хроническая, если она сохраняется (минимальная продолжительность):

- A. 1 месяц
- B. 3 месяца +
- C. 6 месяцев
- D. 9 месяцев
- E. 1 год

87. Ранний признак поражения задних канатиков спинного мозга - снижение:

- A. вибрационной чувствительности +
- B. суставно-мышечного чувства
- C. болевой чувствительности
- D. температурной чувствительности
- E. стереогностического чувства

88. При поражении периферических нервов из глубоких видов чувствительности первой обычно снижается:

- A. вибрационная чувствительность +
- B. суставно-мышечное чувство
- C. болевая чувствительность
- D. температурная чувствительность
- E. стереогностическое чувство

90. Вторичная астереогнозия устанавливается при:

- A. утрате болевой чувствительности
- B. утрате вибрационной чувствительности +
- C. наличии гиперпатии
- D. наличии гиперстезии
- E. наличии аллодинии

91. В визуальной аналоговой шкале максимальная выраженность боли может достигать:

- A. 3 балла
- B. 5 баллов
- C. 7 баллов
- D. 10 баллов +
- E. 15 баллов

92. В шкале DN4 выясняют, можно ли усилить боль в области её локализации:

- A. проведением в этой области кисточкой +
- B. активным движением конечности
- C. пассивным движением конечности
- D. ходьбой
- E. длительным стоянием

93. При мононевропатическом типе расстройства чувствительности область гипестезии обычно:

- A. больше анатомической зоны иннервации
- B. меньше анатомической зоны иннервации +
- C. полностью соответствует анатомической зоне иннервации
- D. не имеет четких анатомических границ
- E. соответствует сегментарной зоне иннервации

94. При полиневропатическом типе расстройства чувствительности:

- A. преобладают в проксимальных отделах конечности
- B. преобладают в средних отделах конечности
- C. преобладают в дистальных отделах конечности +
- D. выражены в одинаковой степени во всей конечности
- E. имеют мозаичный характер

95. При поражении сплетения возникает тип нарушения чувствительности:

- A. мононевропатический
- B. полиневропатический
- C. сегментарно-диссоциированный
- D. сегментарно-корешковый
- E. плексопатический +

96. Наиболее частая причина корешкового типа расстройства чувствительности:

- A. опухоль
- B. аневризма
- C. сирингомиелия
- D. грыжа межпозвоночного диска +
- E. спинальный инсульт

97. При сегментарно-диссоциированном типе расстройства патологический процесс чаще локализуется в сегментах спинного мозга:

- A. шейном
- B. грудном
- C. шейном и грудном +
- D. грудном и поясничном

Е. поясничном

98. При проводниковом спинальном типе уровень утраты болевой чувствительности указывает на поражение противоположного спиноталамического пути на:

- А. том же уровне
- В. один-два сегмента выше +
- С. три-четыре сегмента выше
- Д. один-два сегмента ниже
- Е. три-четыре сегмента ниже

99. Утрата болевой чувствительности ниже шестого грудного сегмента справа указывает на поражение спиноталамического пути слева на уровне грудного сегмента:

- А. второго
- В. четвертого +
- С. шестого
- Д. восьмого
- Е. десятого

100. Центральная невропатическая боль наиболее часто возникает при поражении:

- А. ствола
- В. ножки мозга
- С. внутренней капсулы
- Д. теменной доли
- Е. зрительного бугра

101. При поражении задних рогов спинного мозга возникает:

- А. расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу,
- В. расстройство болевой чувствительности по проводниковому типу,
- С. периферический парез,
- Д. сегментарно-диссоциированный тип расстройства чувствительности +

102. Синдром Бернара-Горнера появляется при поражении сегментов спинного мозга на уровне:

- А. С4-С5,
- В. С6-С7,
- С. С8-Th1,
- Д. Th2- Th3, +
- Е. Th4- Th5

103. При поражении спиноталамического пути в спинном мозге расстройства чувствительности выявляются на туловище с уровня:

- А. поражения,
- В. на два сегмента выше поражения,
- С. на два сегмента ниже поражения, +
- Д. на четыре сегмента выше поражения,
- Е. на четыре сегмента ниже поражения.

104. Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении:

- А. передних канатиков,
- В. боковых канатиков,
- С. задних канатиков, +
- Д. передних рогов,
- Е. задних рогов.

105. Императивные позывы на мочеиспускание возникают при двустороннем поражении:

- A. передних рогов шейного утолщения,
- B. передних рогов поясничного утолщения,
- C. передних канатиков,
- D. задних канатиков,
- E. боковых канатиков. +

106. Какой тип нарушения чувствительности возникнет при поражении задних рогов спинного мозга:

- A. сегментарный
- B. проводниковый
- C. невропатический
- D. сегментарно-диссоциированный +

107. Двустороннее поражение боковых канатиков спинного мозга на грудном уровне вызывает:

- A. верхний центральный парализ
- B. верхний периферический парализ
- C. нижний центральный парализ +
- D. нижний периферический парализ

108. Для подтверждения поражения передних рогов спинного мозга применяют:

- A. исследование скорости распространения возбуждения по нервам
- B. игольчатую электромиографию +
- C. магнитно-резонансную томографию спинного мозга
- D. миелографию
- E. транскраниальную магнитную стимуляцию

109. В руках - атрофии, фасцикуляции, парез 4 балла, в ногах - парез 3 балла, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения:

- A. верхне-шейный уровень спинного мозга
- B. шейное утолщение спинного мозга +
- C. грудной уровень спинного мозга
- D. верхний поясничный уровень спинного мозга
- E. нижний поясничный уровень спинного мозга

110. Гипотрофии и фасцикуляции в ногах, снижение силы до 3-х баллов, утрата ахилловых и коленных рефлексов, отсутствие патологических рефлексов. Локализация поражения:

- A. передние рога поясничного утолщения спинного мозга +
- B. задние рога поясничного утолщения спинного мозга
- C. передние корешки поясничного утолщения спинного мозга
- D. задние корешки поясничного утолщения спинного мозга
- E. конус спинного м

111. Утрата суставно-мышечного чувства и отсутствие рефлексов в ногах, шаткость при ходьбе, усиливающаяся при закрытии глаз. Локализация поражения:

- A. задние рога спинного мозга
- B. передние рога спинного мозга
- C. боковые канатики спинного мозга
- D. задние канатики спинного мозга +
- E. мозжечок

112. Утрата болевой и температурной чувствительности в ногах и на туловище до уровня Th6, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения спинного мозга:

- A. боковые канатики +
- B. боковые рога
- C. передние рога
- D. задние канатики
- E. передние канатики

113. В руках низкие рефлексы, гипотрофии и фасцикуляции; в ногах - спастичность, оживление рефлексов, клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского. Локализация поражения:

- A. верхние шейные сегменты
- B. шейное утолщение +
- C. верхние грудные сегменты
- D. средние грудные сегменты
- E. нижние грудные сегменты

114. Тетрапарез со снижением мышечного тонуса, отсутствием сухожильных рефлексов, гипотрофиями и распространенными фасцикуляциями. Локализация поражения:

- A. варолиев мост
- B. мозжечок
- C. передние рога спинного мозга +
- D. кортикоспинальный путь
- E. передняя серая спайка

115. В правой руке - слабость, утрата рефлексов, потеря всех видов чувствительности. Локализация поражения (1):

- A. передние рога спинного мозга на уровне шейного утолщения
- B. C1-C4 корешки спинного мозга
- C. C5-Th1 корешки спинного мозга +
- D. Th2-Th5 корешки спинного мозга
- E. Пучок Голля

116. Онемение и нарушение чувствительности на ладонной поверхности I-III пальцах правой руки. Локализация поражения:

- A. локтевой нерв
- B. лучевой нерв
- C. срединный нерв +
- D. шейное сплетение
- E. плечевое сплетение

117. Какое движение невозможно выполнить при поражении лучевого нерва:

- A. согнуть кисть
- B. разогнуть кисть +
- C. осуществить пронацию
- D. осуществить супинацию
- E. сжатие пальцев в кулак

118. Слабость отведения и приведения IV-V пальцев, атрофия мышц гипотенара и межкостных мышц, особенно первой межкостной мышцы. Что поражено:

- A. плечевое сплетение
- B. локтевой нерв +
- C. лучевой нерв
- D. срединный нерв

119. Синдром при поражении боковых рогов спинного мозга на уровне C8-Th1:

- A. Аргайля Робертсона
- B. Броун-Секара
- C. Горнера +
- D. Вебера
- E. Валленберга-Захарченко

120. При поражении корешков C-5-C6 утрачивается рефлекс:

- A. карпорадиальный
- B. с сухожилия двуглавой мышцы +
- C. с сухожилия трехглавой мышцы
- D. лопаточный
- E. Тремнера

121. Для поражения зрительного нерва характерно:

- A. снижение зрения на один глаз +
- B. двоение
- C. гемианопсия
- D. зрительные галлюцинации

122. Выпадение наружных полей зрения характерно для поражения зрительных путей на уровне (1):

- A. зрительного нерва
- B. затылочной доли
- C. зрительного бугра +
- D. внутренней капсулы
- E. хиазмы

123. При поражении хиазмы возникает:

- A. снижение зрения на один глаз
- B. нарушение цветового восприятия
- C. двоение
- D. биназальная гемианопсия
- E. битемпоральная гемианопсия +

124. При поражении шпорной борозды возникает:

- A. снижение зрения на один глаз
- B. нарушение цветового восприятия
- C. двоение
- D. гомонимная гемианопсия +
- E. битемпоральная гемианопсия

125. Сочетание гемианопсии, гемипареза и гемигипестезии характерно для поражения:

- A. внутренней капсулы +
- B. хиазмы
- C. затылочной доли
- D. зрительного нерва

126. Квадрантная гемианопсия характерна для поражения:

- A. височной доли +
- B. затылочной доли
- C. зрительного бугра

- D. внутренней капсулы
- E. зрительного нерва

127. Правосторонний мидриаз может быть вызван поражением:

- A. левого зрительного нерва,
- B. левого глазодвигательного нерва,
- C. правого зрительного нерва,
- D. правого глазодвигательного нерва, +
- E. правого отводящего нерва

128. Для опухоли гипофиза характерно:

- A. односторонняя слепота,
- B. двусторонняя офтальмоплегия,
- C. гомонимная гемианопсия,
- D. битемпоральная гемианопсия, +
- E. биназальная гемианопсия.

129. У пациента сходящееся косоглазие, ограничение движения правого глазного яблока кнаружи. Локализация поражения:

- A. правый отводящий нерв, +
- B. правый глазодвигательный нерв,
- C. правый блоковый нерв,
- D. левый блоковый нерв,
- E. верхние бугры четверохолмия.

130. У пациента слева – поражение глазодвигательного нерва, справа – центральный гемипарез. Локализация поражения:

- A. левая ножка мозга, +
- B. правая половина варолиева моста.
- C. левая половина варолиева моста,
- D. левая прецентральная извилина,
- E. левая внутренняя капсула.

131. У пациента справа – птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз, движение глазного яблока возможно только кнаружи. Локализация поражения:

- A. правый отводящий нерв,
- B. правый глазодвигательный нерв, +
- C. правый блоковый нерв,
- D. правая половина варолиева моста,
- E. левая половина варолиева моста

132. У пациента слева – парез отводящего нерва, парез мышц лица по периферическому типу, в правых конечностях – центральный гемипарез. Локализация поражения:

- A. средний мозг справа,
- B. средний мозг слева,
- C. варолиев мост слева, +

- D. варолиев мост справа,
- E. зрительный бугор слева.

133. У пациента двоение при взгляде вниз, ограничение движения левого глазного яблока вниз. Локализация поражения:

- A. левый отводящий нерв,
- B. левый глазодвигательный нерв,
- C. левый блоковый нерв, +
- D. средний мозг слева,
- E. средний мозг справа.

134. У пациента справа – боли и нарушение чувствительности в области лба, птоз, глазное яблоко неподвижно, мидриаз. Локализация поражения:

- A. средний мозг справа,
- B. варолиев мост справа,
- C. варолиев мост слева,
- D. верхняя глазничная щель справа, +
- E. правая ножка мозга.

135. У пациента взор повернут вправо, движений глазных яблок влево нет, парез нижних мышц лица слева, в левых конечностях – нет движений, повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского.

Локализация поражения:

- A. лобная доля справа, +
- B. варолиев мост слева,
- C. варолиев мост справа,
- D. средний мозг слева
- E. средний мозг справа

136. У пациента отмечаются эпизоды двоения вечером, которых нет утром, двусторонний полуптоз, ограничение движения глазных яблок во все стороны; после подкожного введения прозерина все симптомы регрессировали. Что поражено:

- A. глазодвигательные нервы,
- B. средний мозг,
- C. варолиев мост,
- D. нервно-мышечный синапс, +
- E. лобные доли.

137. У пациента сходящееся косоглазие, двоение при взгляде вправо, правое глазное яблоко не движется кнаружи. Локализация поражения:

- A. отводящий нерв, +
- B. блоковый нерв,
- C. глазодвигательный нерв,
- D. цилиоспинальный центр,

Е. верхние бугры четверохолмия.

138. Двоение при взгляде вниз характерно для поражения:

- А. Блокового нерва +
- В. Глазодвигательного нерва
- С. Верхних бугров четверохолмия
- Д. Отводящего нерва
- Е. Зрительного бугра

139. Двоение при взгляде вправо возникает при поражении:

- А. левого отводящего нерва
- В. правого отводящего нерва +
- С. первой ветви тройничного нерва справа
- Д. первой ветви тройничного нерва слева
- Е. левого зрительного нерва

140. У пациентки справа – поражение отводящего нерва, слева – центральный гемипарез. Локализация поражения:

- А. левая ножка мозга,
- В. правая половина варолиева моста. +
- С. левая половина варолиева моста,
- Д. левая прецентральная извилина,
- Е. левая внутренняя капсула.

141. При синдроме внутренней офтальмоплегии отмечается:

- А. Птоз
- В. Экзофтальм
- С. Отсутствие фотореакций +
- Д. Расходящееся косоглазие
- Е. Сходящееся косоглазие

142. Анизокория – это:

- А. Разница ширины глазных щелей
- В. Разница ширины зрачков +
- С. Косоглазие
- Д. Ограничение объема движений глазных яблок
- Е. Изменение остроты зрения

143. Причины расходящегося косоглазия:

- А. Поражение шейных симпатических ганглиев
- В. Поражение ядра блокового нерва
- С. Поражение корешка глазодвигательного нерва +
- Д. Поражение зрительного тракта
- Е. Поражение зрительного бугра

144. Какие симптомы характерны для поражения блокового нерва:

- А. Птоз
- В. Мидриаз
- С. Расходящееся косоглазие
- Д. Двоение при взгляде вверх
- Е. Двоение при взгляде вниз +

145. При синдроме Аргайла Робертсона отмечается:

- А. отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
- В. отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию +

- C. отсутствие прямой реакции зрачков на свет при сохранной содружественной реакции
- D. мидриаз в сочетании с отсутствием реакции зрачков на аккомодацию
- E. отсутствие реакции зрачков на конвергенцию в сочетании с анизокорией

146. При развитии височно-тенториального вклевания происходит компрессия корешка:

- A. Зрительного нерва
- B. Глазодвигательного нерва +
- C. Блокового нерва
- D. Отводящего нерва
- E. Языкоглоточного нерва

147. Лагофталм – это:

- A. слезотечение,
- B. сухость глаза,
- C. расширение глазной щели, +
- D. косоглазие,
- E. расширение зрачка

148. Симптом Белла – это:

- A. асимметрия лица при улыбке,
- B. асимметрия лица при надувании щёк,
- C. утрата вкуса на передних двух третях языка,
- D. утрата вкуса на задней трети языка,
- E. появление белковой оболочки глаза при зажмуривании +

149. У пациента парез всех мимических мышц справа и центральный гемипарез слева. Локализация поражения:

- A. правая прецентральная извилина,
- B. левая прецентральная извилина,
- C. правая половина варолиева моста, +
- D. левая половина варолиева моста,
- E. правый лицевой нерв в фаллопиевом канале.

150. У пациента справа – парез всех мимических мышц, сухость глаза, гиперacusия, утрата вкуса на передних двух третях языка. Локализация поражения:

- A. лицевой нерв до ответвления от него большого каменистого нерва, +
- B. лицевой нерв после ответвления от него барабанной струны,
- C. левая прецентральная извилина,
- D. правая половина варолиева моста,
- E. левая половина варолиева моста.

151. У пациента снижена болевая и температурная чувствительность в области правой половины губ, подбородка и носа. Локализация поражения:

- A. правая половина продолговатого мозга и варолиева моста, +
- B. левая половина продолговатого мозга и варолиева моста.
- C. правая постцентральная извилина,
- D. левая постцентральная извилина,
- E. вторая ветвь правого тройничного нерва.

152. Лечение невралгии тройничного нерва:

- A. карбамазепин (финлепсин), +
- B. пирацетам (ноотропил),
- C. церебролизин,

- D. рентгенотерапия,
- E. витамины группы В.

153. У пациента справа герпетические высыпания на лбу и щеке, снижение всех видов чувствительности на половине лица. Локализация поражения:

- A. правый гассеров узел, +
- B. первая ветвь тройничного нерва,
- C. вторая ветвь тройничного нерва,
- D. третья ветвь тройничного нерва,
- E. правая половина варолиева моста.

154. У пациента боли, снижение всех видов чувствительности в области лба и верхнего века справа. Локализация поражения:

- A. правый гассеров узел,
- B. первая ветвь тройничного нерва, +
- C. вторая ветвь тройничного нерва,
- D. третья ветвь тройничного нерва,
- E. правая половина варолиева моста

155. У пациентки слева периферический парез мышц лица, в правых конечностях центральный гемипарез. Локализация поражения:

- A. правая прецентральная извилина,
- B. левая прецентральная извилина,
- C. правая половина варолиева моста,
- D. левая половина варолиева моста, +
- E. правое полушарие мозжечка.

156. Лагофтальм, феномен Белла, паралич лобной и круговой мышцы глаза, гипераккузия, слезотечение, выпадение вкуса на передних 2/3 языка. Локализация поражения:

- A. корково-ядерный путь
- B. варолиев мост
- C. лицевой нерв в канале пирамиды височной кости +
- D. лицевой нерв в области "гусиной лапки"
- E. вестибулокохлеарный нерв

157. Боли в зубах верхней челюсти слева; снижение всех видов чувствительности на левой щеке, болезненность при пальпации области инфраорбитального отверстия.

Проводниковых нарушений нет. Локализация поражения:

- A. правая половина варолиева моста
- B. гассеров узел
- C. 2-я ветвь тройничного нерва +
- D. шейная симпатическая цепочка
- E. основание моста

158. Паралич мимической мускулатуры справа; отсутствие слезоотделения из правого глаза с явлениями нейропаралитического кератита; выпадение правого корнеального рефлекса, выпадение вкуса на передних 2/3 правой половины языка; глухота на правое ухо. Проводниковых нарушений нет. Локализация поражения:

- A. правая половина варолиева моста
- B. продолговатый мозг
- C. корково-ядерный путь слева
- D. мосто-мозжечковый угол +
- E. внутренняя капсула

159. Пароксизмы системного головокружения, рвоты, атаксии, шума в ухе и снижения слуха. Проводниковых нарушений нет. Локализация поражения:

- A. височная доля
- B. мост мозга
- C. преддверно-улитковый нерв
- D. блуждающий нерв
- E. лабиринт +

160. Интенсивная боль в правой лобно-орбитальной области, пузырьковые высыпания на коже лба и века справа и роговице. Локализация поражения?

- A. 1 ветвь V нерва +
- B. гассеров узел
- C. ядро нисходящего корешка V нерва в продолговатом мозгу
- D. VII нерв
- E. IX нерв

161. Самая частая причина поражения мостомозжечкового угла:

- A. опухоль височной доли мозга
- B. поражение лицевого нерва в фаллопиевом канале
- C. невринома преддверно-улиткового нерва +
- D. нарушение кровообращения в продолговатом мозге
- E. герпетический энцефалит

162. Парез нижних отделов мимической мускулатуры слева, сочетающийся с отклонением при высовывании языка влево. Локализация поражения?

- A. ядро лицевого нерва
- B. канал лицевого нерва
- C. корково-ядерный путь +
- D. левая половина продолговатого мозга
- E. левая половина мозжечка

163. Какой из перечисленных рефлексов закономерно выпадает при процессах, поражающих область мостомозжечкового угла?

- A. Роговичный +
- B. хоботковый
- C. коленный
- D. глоточный
- E. ладонно-подбородочный

164. Нарушение чувствительности на одной половине лица и противоположной половине тела возникает при поражении:

- A. ствола мозга +
- B. таламуса
- C. внутренней капсулы
- D. прецентральной извилины
- E. постцентральной извилины

165. Псевдобульбарный синдром возникает при поражении:

- A. добавочного нерва
- B. языкоглоточного и блуждающего нервов
- C. подъязычного нерва
- D. корково-ядерных путей с двух сторон +
- E. продолговатого мозга

166. Симптом одностороннего поражения корково-ядерных путей:

- А. насильственный плач
- В. насильственный смех
- С. оживление глоточных рефлексов
- Д. оживление нижнечелюстного рефлекса
- Е. парез половины языка по центральному типу+

167. На поражение ядра тройничного нерва в продолговатом мозге указывает:

- А. гипестезия в зонах Зельдера +
- В. гипестезия в зоне ветви нерва
- С. гипестезия на всей области лица и шее
- Д. периферический парез лицевой мускулатуры
- Е. слезотечение

168. Укажите наиболее частую причину пареза мимических мышц по центральному типу:

- А. черепно-мозговая травма
- В. энцефалит
- С. рассеянный склероз
- Д. боковой амиотрофический склероз
- Е. инсульт +

169. Самая частая причина периферического пареза мимических мышц:

- А. инфаркт головного мозга,
- В. кровоизлияние в мозг,
- С. рассеянный склероз,
- Д. невралгия лицевого нерва, +
- Е. синдром миелита.

170. Причина доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения:

- А. внутричерепная гипертензия,
- В. вертебробазилярная недостаточность,
- С. энцефалит,
- Д. образование отолитов в каналах лабиринта, +
- Е. тромбоз церебральных венозных синусов.

170. Дисфагия, опущение правой половины мягкого неба и ослабление её подвижности при фонации, снижение правого глоточного рефлекса, утрата вкуса на задней трети языка справа. Локализация поражения:

- А. правый подъязычный нерв,
- В. правый добавочный нерв,
- С. правый языкоглоточный нерв, +
- Д. левая половина продолговатого мозга,
- Е. корково-ядерный путь с двух сторон.

171. После операции на щитовидной железе у пациента возникла осиплость голоса, при ларингоскопии выявлен паралич правой голосовой связки. Повреждена ветвь нерва:

- А. подъязычного,
- В. добавочного,
- С. языкоглоточного,
- Д. блуждающего+

172. При двустороннем поражении добавочного нерва наблюдается:

- А. «свисающая» голова, +
- В. периферический парез верхних конечностей,

- C. центральный парез верхних конечностей,
- D. дисфония,
- E. дисфагия.

173. При периферическом парезе языка в отличие от его центрального пареза наблюдается:

- A. центральный парез конечностей,
- B. периферический парез конечностей,
- C. атрофия и фибрилляции мышц языка, +
- D. дизартрия,
- E. дисфагия.

174. Дисфония и дисфагия, при фонации не напрягается правая половина мягкого нёба, паралич правой голосовой связки. Локализация поражения:

- A. подъязычный нерв
- B. двойное ядро +
- C. средний мозг
- D. левый корково-ядерный путь
- E. правый корково-ядерный путь

175. Глоссоплегия, атрофия языка, анартрия. Проводниковых расстройств нет. Локализация поражения:

- A. двустороннее поражение подъязычных нервов +
- B. верхний отдел продолговатого мозга
- C. правый языкоглоточный нерв
- D. правый блуждающий нерв
- E. левый блуждающий нерв

176. Признаки поражения правого подъязычного нерва и левосторонняя спастическая гемиплегия. Локализация поражения:

- A. внутренняя капсула
- B. таламус
- C. средний мозг
- D. мост
- E. продолговатый мозг +

177. Нарушение речи при бульбарном синдроме:

- A. диспросодия
- B. моторная афазия
- C. сенсорная афазия
- D. скандированная речь
- E. дизартрия +

178. Насильственный плач наблюдается при синдроме:

- A. бульбарном
- B. псевдобульбарном
- C. мозжечковом
- D. Дежерина
- E. Джексона

179. Сенсорная афазия развивается при поражении:

- A. левой лобной доли
- B. левой теменной доли
- C. левой затылочной доли
- D. левой височной доли +
- E. гипоталамуса

180. Моторная афазия развивается при поражении:

- A. левой лобной доли +
- B. левой теменной доли
- C. левой затылочной доли
- D. левой височной доли
- E. гипоталамуса

181. Нарушение понимания обращенной речи встречается при:

- A. сенсорной афазии, +
- B. моторной афазии,
- C. амнестической афазии
- D. алексии
- E. дизартрии

182. Парафазии и неологизмы (“словесная окрошка”) характерны для:

- A. сенсорной афазии, +
- B. моторной афазии,
- C. амнестической афазии,
- D. алексии
- E. дизартрии.

183. Нарушение грамматических конструкций (“аграмматизм”) встречается при:

- A. сенсорной афазии,
- B. моторной афазии, +
- C. амнестической афазии
- D. алексии
- E. дизартрии.

184. Персеверации характерны для:

- A. сенсорной афазии,
- B. моторной афазии, +
- C. амнестической афазии
- D. алексии
- E. дизартрии.

185. Прогрессирующие нарушения памяти характерны для:

- A. корсаковского синдрома
- B. болезни Альцгеймера +
- C. последствий черепно-мозговой травмы
- D. опухоли медиальных отделов височной доли
- E. последствий инсульта

186. Нарушение рисунка трехмерных фигур характерно для

- A. анозогнозии
- B. алексии
- C. конструктивной апраксии, +
- D. сенсорной афазии
- E. корсаковского синдрома

187. Конструктивная апраксия развивается при поражении:

- A. лобных долей
- B. теменно-затылочных отделов +
- C. височной-затылочных отделов
- D. мозолистого тела
- E. гипоталамуса

188.Признаки поражения правой теменной доли головного мозга:

- A. амнестическая афазия,
- B. астереогноз в правой руке
- C. конструктивная апраксия
- D. многословность, резонерство
- E. анозогнозия. +

189.Синдром игнорирования развивается при поражении:

- A. левой теменной доли
- B. правой теменной доли +
- C. левой височной доли
- D. правой височной доли
- E. лобных долей с двух сторон

190.Пальцевая агнозия развивается при поражении:

- A. левой теменной доли +
- B. правой теменной доли
- C. левой височной доли
- D. правой височной доли
- E. лобных долей с двух сторон.

191.Алексия и аграфия развиваются при поражении:

- A. левой теменной доли +
- B. правой теменной доли
- C. левой затылочной доли
- D. правой затылочной доли
- E. лобных долей с двух сторон

192.Акалькулия развиваются при поражении:

- A. левой теменной доли +
- B. правой теменной доли
- C. левой затылочной доли
- D. правой затылочной доли
- E. лобных долей с двух сторон

193.Закон Рибо:

- A. память на недавние события нарушена больше, чем на отдаленные +
- B. память на отдаленные события нарушена больше, чем на недавние
- C. память на отдаленные и недавние события нарушена в одинаковой степени
- D. чем старше пациент, тем больше риск нарушений памяти
- E. чем младше пациент, тем больше риск нарушений памяти.

194.Признаки прозопагнозии:

- A. нарушение узнавания предметов,
- B. нарушение ориентировки на местности,
- C. нарушение узнавания лиц, +
- D. невозможность определить время по часам со стрелкой,
- E. астереогноз.

195.Нарушение памяти на события, предшествующие черепно-мозговой травме – это:

- A. транзиторная глобальная амнезия,
- B. ретроградная амнезия, +
- C. антероградная амнезия,
- D. конфабуляции,
- E. синдром «уже виденного» ("deja vu").

196. Синдром “чужой” руки развивается при:

- A. поражении правой лобной доли
- B. поражении левой лобной доли
- C. поражении правой теменной доли +
- D. поражении левой теменной доли
- E. поражение правой височной доли.

197. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке обычно не превышает:

- A. 24 часов, +
- B. 2-х суток,
- C. 3-х суток,
- D. недели,
- E. 3-х недель.

198. Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта:

- A. отсутствие нарушения сознания,
- B. отсутствие афазии,
- C. отсутствие очага ишемии по данным МРТ головного мозга, +
- D. меньшая выраженность неврологических расстройств,
- E. внезапное начало.

199. Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками:

- A. стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра, +
- B. окклюзия внутренней сонной артерии,
- C. стеноз наружной сонной артерии более 70% диаметра,
- D. стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра,
- E. двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра

200. Наиболее частая причина ишемического инсульта:

- A. церебральный васкулит,
- B. церебральный атеросклероз, +
- C. порок сердца,
- D. заболевание крови,
- E. разрыв мешотчатой аневризмы.

201. Антитромбоцитарное средство для вторичной профилактики ишемического инсульта:

- A. ацетилсалициловая кислота, +
- B. пентоксифиллин,
- C. парацетам,
- D. винпоцетин,
- E. циннаризин.

202. Для инфаркта мозга в бассейне передней мозговой артерии характерно:

- A. гемианопсия,
- B. оптико-пирамидный синдром,
- C. сенсорная афазия,
- D. гемипарез с преобладанием в ноге, +
- E. гемиатаксия.

203. Прогрессирующее течение инсульта наиболее характерно для:

- A. лакунарного инсульта,
- B. атеротромботического инсульта, +

- C. кардиоэмболического инсульта,
- D. гемодинамического инсульта,
- E. инсульта неясного генеза

204. Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии характерно:

- A. гемипарез с преобладанием в ноге,
- B. гемипарез с преобладанием в руке,
- C. атактический гемипарез,
- D. гемианопсия, +
- E. моторная афазия.

205. Ишемический инсульт у молодых чаще вызван:

- A. заболеванием крови,
- B. заболеванием сердца, +
- C. аневризмой мозговой артерии,
- D. мигренью,
- E. хроническим алкоголизмом.

206. Цереброспинальная жидкость при ишемическом инсульте:

- A. содержит повышенное количество лимфоцитов,
- B. не изменена, +
- C. содержит повышенное количество белка,
- D. содержит эритроциты,
- E. вытекает под низким давлением.

207. Для снижения уровня холестерина в сыворотке крови с целью профилактики инсульта эффективен прием:

- A. витамина B1,
- B. витамина B6,
- C. витамина B12,
- D. статинов, +
- E. аскорбиновой кислоты.

208. Варфарин для профилактики повторного инсульта применяется при:

- A. атеротромботическом инсульте,
- B. кардиоэмболическом инсульте, +
- C. лакунарном инсульте,
- D. сочетанной ишемической болезни сердца,
- E. церебральном васкулите.

209. Какому подтипу ишемического инсульта чаще всего предшествуют эпизоды транзиторной ишемии мозга:

- A. атеротромботическому, +
- B. гемодинамическому,
- C. кардиоэмболическому,
- D. лакунарному,
- E. с неясной этиологией

210. Наиболее частая причина кардиоэмболического инсульта:

- A. фибрилляция предсердий, +
- B. перенесенный крупноочаговый инфаркт миокарда,
- C. перенесенный мелкоочаговый инфаркт миокарда,
- D. незаросшее овальное отверстие,
- E. ревматическое поражение клапанов сердца

211. Отек мозга минимален при:

- A. атеротромботическом инфаркте вследствие артериальной эмболии,
- B. атеротромботическом инсульте вследствие артериального тромбоза,
- C. кардиоэмболическом инфаркте вследствие фибрилляции предсердий,
- D. кардиоэмболическом инфаркте вследствие парадоксальной эмболии,
- E. лакунарном инфаркте +

212. Внутривенный тромболитический раствор рекомендуется с момента ишемического инсульта в течение:

- A. 1,5 часов,
- B. 1,5-3,0 часов,
- C.) 3,0-4,5 часов, +
- D. 4,5-6,0 часов,
- E. 6,0-7,5 часов

213. Для тромболитического лечения при ишемическом инсульте используют:

- A. транексамовую кислоту,
- B. нефракционированный гепарин,
- C. низкомолекулярный гепарин,
- D. эпсилон-аминокапроновую кислоту,
- E. альтеплазу (актилизе) +

214. Изолированная утрата зрения на один глаз возникает при нарушении кровообращения в артерии:

- A. наружной сонной,
- B. позвоночной,
- C. глазничной, +
- D. задней мозговой,
- E. передней мозговой

215. Профилактика спазма церебральных артерий после клипирования аневризмы:

- A. эпсилон-аминокапроновая кислота,
- B. нимодипин, +
- C. церебролизин,
- D. винпоцетин,
- E. пирацетам.

216. Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает:

- A. внутримозговое кровоизлияние,
- B. субарахноидальное кровоизлияние, +
- C. острую гипертоническую энцефалопатию,
- D. лакунарный инсульт,
- E. транзиторную ишемическую атаку.

217. Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативно:

- A. люмбальная пункция,
- B. эхоэнцефалоскопия,
- C. рентгеновская компьютерная томография головы, +
- D. церебральная ангиография,
- E. электроэнцефалография.

218. Лечение отёка мозга при кровоизлиянии в мозг:

- A. цитиколин,
- B. маннитол, +
- C. церебролизин,
- D. пирацетам,

Е. винпоцетин.

219.Профилактика повторного субарахноидального кровоизлияния:

- А. нимодипин,
- В. пирацетам,
- С. дексазон,
- Д. диазепам,
- Е. хирургическое выключение аневризмы. +

220.Показания к раннему хирургическому лечению при субарахноидальном кровоизлиянии:

- А. травматический генез заболевания,
- В. кома,
- С. гемиплегия,
- Д. мешотчатая аневризма +
- Е. тотальная афазия.

221.Причина развития гемипареза на 10-ые сутки субарахноидального нетравматического кровоизлияния:

- А. отек мозга,
- В. синдром верхнего вклинения,
- С. синдром нижнего вклинения,
- Д. спазм церебральных артерий +
- Е. сдавление ножки мозга.

222.Наиболее частая причина внутримозгового кровоизлияния в молодом возрасте:

- А. ревматический порок сердца,
- В. амилоидная ангиопатия,
- С. артерио-венозная мальформация, +
- Д. эритремия,
- Е. церебральный атеросклероз.

223.Наиболее частая локализация внутримозгового кровоизлияния при артериальной гипертензии:

- А. скорлупа, +
- В. кора лобной доли,
- С. кора теменной доли,
- Д. кора височной доли,
- Е. продолговатый мозг.

224.Амилоидная ангиопатия как причина кровоизлияния в мозг наиболее часто встречается в возрасте:

- А. детском,
- В. юношеском,
- С. молодом,
- Д. зрелом,
- Е. старческом. +

225.Признаки кровоизлияния в затылочную долю:

- А. гемигипестезия,
- В. гемиатаксия,
- С. гомонимная гемианопсия, +
- Д. периферический парез мышц лица,
- Е. центральный парез мышц языка

226.При кровоизлиянием в мозг вследствие приема антикоагулянтов используется:

- A. парацетам,
- B. винпоцетин,
- C. церебролизин,
- D. цитиколин,
- E. свежзамороженная плазма +

227. Наиболее частое место локализации мешотчатых аневризм:

- A. корковые ветви передней мозговой артерии,
- B. корковые ветви средней мозговой артерии,
- C. корковые ветви задней мозговой артерии,
- D. артерии виллизиева круга, +
- E. позвоночная артерия

228. Церебральный спазм при субарахноидальном кровоизлиянии вызван:

- A. повышением артериального давления,
- B. снижением артериального давления,
- C. действием продуктов распада форменных элементов крови, +
- D. срывом ауторегуляции мозгового кровообращения,
- E. падением объема циркулирующей крови

229. Церебральный спазм при субарахноидальном кровоизлиянии вызван:

- A. повышением артериального давления,
- B. снижением артериального давления,
- C. действием продуктов распада форменных элементов крови, +
- D. срывом ауторегуляции мозгового кровообращения,
- E. падением объема циркулирующей крови

230. Наиболее частый признак субарахноидальном кровоизлияния:

- A. интенсивная головная боль, +
- B. интенсивное вращательное головокружение,
- C. внезапная потеря зрения,
- D. неукротимая рвота,
- E. гемиплегия

231. Самый информативный метод выявления церебральной мешотчатой аневризмы:

- A. рентгеновская компьютерная ангиография,
- B. магнитно-резонансная ангиография,
- C. ренгеноконтрастная церебральная ангиография, +
- D. транскраниальная доплерография,
- E. компьютерная электроэнцефалография

232. При рассеянном склерозе первично страдает:

- A. кора головного мозга,
- B. клетки передних рогов спинного мозга,
- C. базальные ганглии,
- D. белое вещество головного и спинного мозга, +
- E. клетки задних рогов спинного мозга.

233. Из черепных нервов при рассеянном склерозе чаще всего страдает:

- A. обонятельный,
- B. зрительный, +
- C. тройничный,
- D. отводящий,
- E. лицевой.

234. Для купирования обострения рассеянного склероза применяют:

- A. пульс-терапию метилпреднизолоном, +
- B. тиамин,
- C. церебролизин,
- D. копаксон,
- E. баклофен.

235. Рассеянный склероз относится к заболеваниям:

- A. сосудистым,
- B. инфекционным,
- C. дисметаболическим,
- D. аутоиммунным, +
- E. новообразованиям

236. Лечение пациента с ремиттирующим течением рассеянного склероза, ранее получавшего с эффектом кортикостероидную терапию, в стадии ремиссии:

- A. не требуется
- B. интерфероны бета
- C. пероральный приём кортикостероидов
- D. внутривенное введение кортикостероидов
- E. витамины группы B

237. В большинстве случаев рассеянный склероз с исходно волнообразным течением:

- A. остается с таким течением
- B. становится первично прогрессирующим
- C. становится первично прогрессирующим с обострениями
- D. становится вторично прогрессирующим с наличием или без обострений +

238. Беременность при рассеянном склерозе:

- A. не оказывает влияния на течение
- B. вызывает нарастание нижнего парапареза
- C. вызывает нарастание мозжечковой атаксии
- D. категорически противопоказана
- E. снижает частоту обострений в этот период +

239. Характерный тип нарушения чувствительности при рассеянном склерозе:

- A. мононевропатический
- B. сегментарно-корешковый
- C. сегментарно-диссоциированный
- D. проводниковый +
- E. полиневропатический

240. Основной механизм развития хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии:

- A. дизиммунный +
- B. дисметаболический
- C. сосудистый
- D. токсический
- E. дефицит витаминов группы «B»

241. Лечение невропатии лицевого нерва:

- A. преднизолон +
- B. прозерин
- C. ацетилсалициловая кислота
- D. пирацетам

Е. цитиколин

242. Лечение диабетической симметричной сенсомоторной полиневропатии:

- А. нормализация уровня глюкозы крови +
- В. преднизолон
- С. цитиколин
- Д. прозерин
- Е. винпоцетин

243. Основной механизм развития паранеопластической полиневропатии:

- А. компрессия опухоли нервных стволов
- В. выработка специфических антител, поражающих нервы +
- С. дефицит тиамина
- Д. дефицит пиридоксина
- Е. нарушения электролитного обмена

244. Основной метод диагностики полиневропатии:

- А. электронейромиография +
- В. МРТ периферических нервов
- С. ультразвуковое исследование нервов
- Д. биохимический анализ цереброспинальной жидкости
- Е. генетический анализ цереброспинальной жидкости

245. Основной метод диагностики наследственных полиневропатий:

- А. электронейромиография
- В. МРТ периферических нервов
- С. ультразвуковое исследование нервов
- Д. биохимический анализ цереброспинальной жидкости
- Е. генетическое тестирование +

246. Основной фактор риска рецидивирующей невропатии лицевого нерва:

- А. сахарный диабет,
- В. злоупотребление алкоголем,
- С. артериальная гипертензия,
- Д. врожденная узость канала лицевого нерва, +
- Е. курение.

247. Каузалгии характерны для поражения:

- А. локтевого нерва,
- В. лицевого нерва,
- С. бедренного нерва,
- Д. срединного нерва, +
- Е. лучевого нерва.

248. Лечение дистальной симметричной диабетической полиневропатии:

- А. калимин,
- В. рилузол (рилутек),
- С. пирацетам (ноотропил).
- Д. препараты альфа-липоевой кислоты, +

249. Самая частая краниальная невропатия - невропатия:

- А. глазодвигательного нерва,
- В. отводящего нерва,
- С. лицевого нерва, +
- Д. языкоглоточного нерва,
- Е. блуждающего нерва.

250. Дефицит витамина В1 установлен в патогенезе невралгии при:

- А. гипотиреозе,
- В. сахарном диабете,
- С. хроническом алкоголизме, +
- Д. почечной недостаточности,
- Е. паранеопластическом синдроме.

251. При острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии из черепных нервов чаще поражается:

- А. зрительный,
- В. глазодвигательный,
- С. отводящий,
- Д. лицевой, +
- Е. добавочный.

252. Симптом дискогенной радикулопатии L5:

- А. боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра,
- В. симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича,
- С. слабость длинного разгибателя большого пальца стопы, +
- Д. утрата коленного рефлекса,
- Е. утрата ахиллова рефлекса.

253. Симптом дискогенной радикулопатии S1:

- А. боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра и голени,
- В. утрата ахиллова рефлекса, +
- С. слабость малоберцовой мышцы,
- Д. потеря чувствительности в области большого пальца стопы,
- Е. потеря чувствительности в аногенитальной области.

254. Симптом дискогенной радикулопатии C8:

- А. гипотрофия мышц тенара
- В. снижение чувствительности в V и по медиальному краю IV пальцев кисти +
- С. слабость двуглавой мышцы плеча
- Д. снижение рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча
- Е. слабость трехглавой мышцы плеча

255. Основная цель проведения рентгена позвоночника при боли в спине:

- А. диагностика и определение выраженности остеохондроза позвоночника
- В. диагностика межпозвонковых грыж
- С. диагностика сколиоза
- Д. диагностика грыж Шморля
- Е. диагностика специфических причин боли (перелом позвонка и др.). +

256. Боль в спине начинает расцениваться как хроническая, если её длительность превышает:

- А. 2 недели
- В. 4 недели
- С. 6 недель
- Д. 8 недель
- Е. 12 недель +

257. Периферический верхний парапарез в сочетании с нижним спастическим парапарезом характерен для:

- А. шейного остеохондроза
- В. компрессии плечевого сплетения
- С. компрессии шейных спинномозговых корешков

- D. компрессионно-ишемической (вертеброгенной) шейной миелопатии +
- E. рассеянного склероза.

258. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска:

- A. выраженный острый болевой синдром,
- B. нарушение функции тазовых органов, +
- C. спондилолистез,
- D. медиальная грыжа диска более 8 мм,
- E. латеральная грыжа диска более 8 мм

259. Наиболее частая причина боли в спине:

- A. мышечно-тонический синдром, +
- B. дискогенная радикулопатия,
- C. вертеброгенная шейная миелопатия,
- D. спинальный инсульт.

260. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста:

- A. вытяжение позвоночника,
- B. рефлексотерапия,
- C. мануальная терапия,
- D. антидепрессанты,
- E. хирургическое лечение. +

261. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны:

- A. транквилизаторы,
- B. ноотропные средства,
- C. антидепрессанты, +
- D. нейролептики,
- E. психостимуляторы.

262. Тактика ведения пациентов с дискогенной радикулопатией включает:

- A. подводное вытяжение
- B. симптоматическая анальгетическая терапия +
- C. экстренное нейрохирургическое вмешательство
- D. пульс-терапия кортикостероидами
- E. антибиотикотерапия

263. Характерный симптом спондилолистеза:

- A. боль и ограничение подвижности в нижних отделах поясничного отдела позвоночника
- B. нижний центральный парапарез
- C. периферический нижний парапарез
- D. боль, увеличивающаяся при разгибании спины и при ходьбе +
- E. императивные позывы на мочеиспускание

264. Иннервация структур, продуцирующих головную боль, осуществляется:

- A. Первой ветвью тройничного нерва +
- B. Второй ветвью тройничного нерва
- C. Третьей ветвью тройничного нерва
- D. Верхними шейными корешками
- E. Языкоглоточным нервом

265. Показание для дополнительного обследования пациента с головной болью:

- 1) Строго односторонняя головная боль +
- 2) Строго пароксизмальный характер головной боли
- 3) Строго периодический характер головной боли
- 4) Связь головной боли с менструальным циклом

5) Связь головной боли с изменением атмосферного давления

266. Показание для люмбальной пункции у пациента с головной болью:

- A. Возникновение головной боли после употребления алкоголя
- B. Усиление головной боли при перемене погоды
- C. Развитие головокружения на фоне головной боли
- D. Усиление головной боли при эмоциональном напряжении
- E. Подозрение на менингит +

267. Головная боль при мигрени длится:

- A. 4-72 часа +
- B. 1-2 часа
- C. 40-60 минут
- D. 15-20 минут
- E. 2-3 минуты

268. Аура при мигрени возникает:

- A. на высоте головной боли
- B. в конце головной боли
- C. всегда при засыпании
- D. после приступа головной боли
- E. перед приступом головной боли +

269. Среди всех симптомов ауры подавляющее большинство симптомов - это:

- A. Нарушения слуха
- B. Головокружение
- C. Нарушение речи
- D. Нарушение памяти
- E. Нарушения зрения +

270. Длительность ауры при мигрени:

- A. 1 месяц
- B. 1 неделя
- C. 1 час
- D. 10-20 минут +
- E. 10-20 секунд

271. Профилактическое лечение мигрени:

- A. Аспирин
- B. Парацетамол
- C. Пентоксифиллин
- D. Метопролол +
- E. Пирацетам

272. В пожилом возрасте приступы мигрени:

- A. не сопровождаются аурой
- B. обычно возникают реже или проходят полностью +
- C. всегда сопровождаются рвотой
- D. трансформируются в другие формы головной боли
- E. всегда сопровождаются повышением артериального давления

273. Приступы мигрени в период 15 и более дней в месяц называются:

- A. Персистирующая мигрень
- B. Резистентная мигрень
- C. Хроническая мигрень +
- D. Хроническая ежедневная головная боль

Е. Смешанная головная боль

274.Гемиплегическая мигрень:

- А. Медленно прогрессирующая гемиплегия
- В. Задержка двигательного развития
- С. Гемиплегия со стойким остаточным дефектом
- Д. Повторяющиеся эпизоды гемиплегии со стойким остаточным дефектом
- Е.Повторяющиеся эпизоды гемиплегии с полностью обратимым дефектом +

275.Головная боль напряжения возникает:

- А. преимущественно у детей до 12 лет
- В. преимущественно у пожилых лиц старше 60 лет
- С. преимущественно у женщин после менопаузы
- Д. преимущественно у мужчин в возрасте 20-50 лет
- Е.в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин +

276.Типичная длительность эпизода головной боли напряжения:

- А. От 10 до 15 минут
- В. От 15 до 30 мин
- С. От 30 мин до 7 дней +
- Д. От 7 до 10 дней
- Е.От 10 до 15 дней

277.Головная боль напряжения расценивается хроническая, если она возникает в течение месяца (минимальное число):

- А. постоянно
- В. 20 дней и более
- С. 15 дней и более +
- Д. 10 дней и более
- Е.5 дней и более

278. Приступ пучковой (кластерной) головной боли обычно длится:

- А. 30 секунд-1 мин
- В. 1-2 мин
- С. 3-5 мин
- Д. 5-10 мин
- Е.15-180 мин +

279.Типичное течение пучковой головной боли:

- А. прогрессирующее (увеличение частоты приступов)
- В. в виде периодов обострений и отсутствия приступов +
- С. в виде постоянных приступов не менее 1 в течение дня
- Д. в виде постоянных приступов не менее 1 в течение недели
- Е.регрессирующее (уменьшение частоты приступов) после первого эпизода

280.Пучковая головная боль преобладает в возрасте:

- А. до 10 лет
- В. от 10 до 20 лет
- С. от 20 до 40 лет +
- Д. от 40 до 60 лет
- Е.60 лет и старше

281.При пучковой головной типичен синдром:

- А. Бернара-Горнера, +
- В. Вебера,
- С. Броун-Секара,

- D. Валленберга-Захарченко
- E. Парино

282. Лечение приступов пароксизмальной гемикрании:

- A. Парацетамол
- B. Индометацин +
- C. Глицин
- D. Диклофенак
- E. Амитриптилин

283. Препарат первого выбора для лечения невралгии тройничного нерва:

- A. амитриптилин,
- B. топирамат,
- C. карбамазепин, +
- D. глицин,
- E. диазепам

284. Лекарственно-индуцированная головная боль развивается у пациентов с:

- A. хронической суставной болью
- B. хроническими болями в спине
- C. хроническими головными болями +
- D. паркинсонизм
- E. алкоголизмом

285. В лечении лекарственно-индуцированной головной боли приоритетно:

- A. Назначение дополнительного средства
- B. Замена средства для купирования головной боли другим препаратом этой же группы
- C. Полная отмена средства для купирования головной боли и замена препаратом другого класса +
- D. Назначение ноотропных средств
- E. Назначение антигистаминных средств

286. Наличие метастазов в головной мозг наиболее типично для рака:

- A. поджелудочной железы,
- B. желудка,
- C. легкого, +/
- D. толстой кишки,
- E. почки.

287. Какой черепной нерв чаще является местом исходного роста невриномы

- A. зрительный
- B. тройничный
- C. преддверно-улитковый +
- D. подъязычный
- E. добавочный

288. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

- A. гомонимная гемианопсия
- B. биназальная гемианопсия
- C. битемпоральная гемианопсия +
- D. верхнеквадрантная гемианопсия

289. К опухоли мозговых оболочек относят:

- A. глиобластома
- B. астроцитомы

- C. менингиома +
- D. эпендимома

290.К нейроэпителиальным опухолям относится:

- A. хориоидпапиллома
- B. пинеоцитома
- C. шваннома
- D. аденома гипофиза
- E. астроцитома +

291.Эпидуральная гематома возникает вследствие кровотечения из:

- A. задней мозговой артерии,
- B. дуго-пиальных вен,
- C. средней оболочечной артерии, +
- D. передней мозговой артерии.

292.Длительность потери сознания при сотрясении головного мозга:

- A. несколько секунд или минут, +
- B. 1-2 часа,
- C. 3-24 часа,
- D. более суток.

293.Отсутствие неврологических нарушений спустя 2-3 часа после черепно-мозговой травмы характерно для:

- A. ушиба головного мозга средней степени,
- B. ушиба головного мозга легкой степени,
- C. сотрясения головного мозга, +
- D. ушиба головного мозга тяжелой степени,
- E. внутричерепной травматической гематомы.

294.Субдуральная травматическая гематома обычно осложняется:

- A. окклюзионной гидроцефалией,
- B. ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии,
- C. височно-тенториальным вклинением, +
- D. кровоизлиянием в зрительный бугор,
- E. диффузным аксональным повреждением.

295.Наиболее частая локализация внутричерепной травматической гематомы:

- A. эпидуральная,
- B. внутримозговая, +
- C. субдуральная,
- D. желудочковая.

296. Длительный «светлый» промежуток после травмы головы характерен для:

- A. сотрясения головного мозга,
- B. субдуральной гематомы, +
- C. эпидуральной гематомы,
- D. ушиба головного мозга,
- E. внутримозговой гематомы.

297.Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:

- A. длительным коматозным состоянием +
- B. развитием комы после «светлого» промежутка
- C. прогрессирующим гемипарезов
- D. прогрессирующим тетрапарезом

Е. эпилептическим статусом

298.К открытой черепно-мозговой травме относится травма с:

- А. ушибом мягких тканей без повреждения апоневроза
- В. повреждением апоневроза
- С. переломом костей свода черепа
- Д. переломом костей основания черепа без ликвореи

299.Если после черепно-мозговой травмы развивается ригидность шейных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятно:

- А. сотрясение головного мозга
- В. субарахноидальное кровоизлияние
- С. ушиб головного мозга легкой степени
- Д. ушиб головного мозга средней степени
- Е. внутричерепная гематома.

300. Проникающей называют черепно-мозговую травму при:

- А. ушибленной ране мягких тканей
- В. повреждении апоневроза
- С. переломе костей черепа
- Д. повреждении твердой мозговой оболочки

Тесты открытого типа

1. Ликвор вырабатывается в _____ головного мозга (**желудочках**)
2. Связь между церебральным и спинальным субарахноидальным пространством осуществляется через отверстие _____ (**Мажанди**)
3. В продолговатом мозге расположен _____ желудочек (**четвёртый**)
4. Люмбальную пункцию проводят в промежутке между _____ поясничными позвонками (**3 и 4**)
5. Нормальное содержание белка в ликворе _____ (**0,33-0,45 г/л**)
6. Белково-клеточная диссоциация в ликворе характерна для _____ (**опухолей ЦНС**)
7. Клеточно-белковая диссоциация в ликворе характерна для _____ (**менингита**)
8. Основные клетки в ликворе при гнойных менингитах _____ (**нейтрофилы**)
9. Основные клетки в ликворе при серозных менингитах _____ (**лимфоциты**)
10. Основное противопоказание для люмбальной пункции _____ внутричерепного давления (**повышение**)
11. Рассеянный склероз является _____ заболеванием (**аутоиммунным**)
12. Рассеянным склерозом чаще болеют _____ (**женщины**)
13. Рассеянным склерозом чаще болеют люди _____ возраста (**молодого**)
14. При рассеянном склерозе в основном страдает _____ вещество в ЦНС (**белое**)

15. Главным дополнительным методом исследования при рассеянном склерозе является _____ (**МРТ**)
16. Среди черепных нервов при рассеянном склерозе наиболее часто поражается _____ (**зрительный**)
17. При исследовании полей зрения при рассеянном склероза часто обнаруживается _____ (**центральная скотома**)
18. При обострении рассеянного склероза применяют _____ (**метилпреднизолон**)
19. Рассеянный склероз чаще всего начинается с _____ течения (**ремиттирующего**)
20. Нарушением мочеиспускания при рассеянном склерозе часто являются _____ (**императивные позывы**)
21. Наиболее частым этиопатогенетическим вариантом боли в спине является _____ (**неспецифическая боль**).
22. К доказательным признакам дискогенной радикулопатии относится нарушения чувствительности по _____ типу (**сегментарно-корешковому**)
23. Острая локальная боль в пояснице – это _____ (**люмбаго**)
24. Остеопороз является фактором риска _____ позвонков (**патологических переломов**)
25. Для медикаментозной терапии острой боли в спине используются _____ (**НПВП**)
26. _____ мышечные атрофии характерны для периферического паралича (**ранние и значительные**)
27. _____ является наиболее типичным симптомом периферического паралича при поражении передних рогов спинного мозга. (**фасцикуляции**)
28. Симптом Бабинского является признаком _____ паралича (**центрального**)
29. Центральный паралич развивается при поражении _____ пути (**кортико-спинального**)
30. Двустороннее поражение боковых канатиков спинного мозга на грудном уровне приводит к развитию нижнего _____ парапареза (**центрального**)
31. Сенсорные волокна тройничного нерва иннервируют _____

(чувствительность на лице)

32. Центральный парез лицевого нерва проявляется парезом _____ лица
(нижней половины)

33. Центральный парез лицевого нерва сопровождается парезом лицевой мускулатуры
_____ стороны (с противоположной)

34. Поражение лицевого нерва приводит к _____ (периферическому
парезу половины лица)

35. Периферический парез лица развивается на _____ стороне (своей)

36. Лицевой нерв иннервирует _____ (мимические мышцы)

37. Частой причиной поражения мосто-мозжечкового угла является _____
(невринома слухового нерва)

38. Слезотечение при поражении лицевого нерва обусловлено _____
(слабостью круговой мышцы глаза)

39. На поражение ядра тройничного нерва в стволе головного мозга указывает гипестезия в
_____ (в зонах Зельдера).

40. Для выявления невриномы слухового нерва необходимо проведение _____
(магнитно-резонансной томографии головного мозга).

41. Основным симптомом паркинсонизма является _____ (гипокинезия)

42. Изменение тонуса при паркинсонизме называется _____ (ригидность)

43. Тремор при болезни Паркинсона наиболее выражен _____ (в покое)

44. Ригидность при болезни Паркинсона развивается преимущественно в мышцах
_____ (сгибателях)

45. Немоторное расстройство, характерные для поздних стадий болезни Паркинсона это
_____ (деменция)

46. Изменение почерка при паркинсонизме это _____ (микрография)

47. Изменение мимики при паркинсонизме это _____ (гипомимия)

48. Гиперкинез, напоминающий произвольное движение это _____ (**тики**)
49. Характерное непроизвольное проявление Болезни Гентингтона это _____ (**деменция**)
50. Основным методом лечения фокальной дистонии это _____ (**ботулинотерапия**)
51. При поражении задних рогов возникают расстройства чувствительности по _____ типу (**сегментарно-диссоциированному**)
52. Проводниковый тип расстройства глубокой чувствительности возникает при поражении _____ столбов (**задних**)
53. При поражении задних рогов спинного мозга нарушения чувствительности возникают по _____ типу (**сегментарно-диссоциированному**)
54. Двустороннее поражение боковых канатиков спинного мозга на грудном уровне вызывает _____ нижний парапарез (**центральный**)
55. Поражение задних столбов на грудном уровне проявляется _____ атаксией (**сенситивной**)
56. Головная боль напряжения относится к _____ головным болям (**первичным**)
57. Тригеминальные вегетативные цефалгии проявляются лицевой болью, сочетающейся с _____ симптомами (**вегетативными**)
58. Показанием для дополнительного обследования является появление головной боли впервые у пациента старше _____ лет (**50**)
59. Диагноз первичной головной боли ставится на основании _____ анализа (**клинического**)
60. Мигрень проявляется приступами головной боли длительностью _____ (**4-72 часа**)
61. При поражении правой затылочной доли развивается зрительное нарушение в виде _____ (**левосторонней гемианопсии**)
62. Отсутствие обоняния при поражении 1 пары черепно-мозговых нервов называется _____ (**аносмия**)

63. При поражении левого зрительного нерва возникает нарушение в виде _____
(снижения зрения на левый глаз)
64. При поражении внутренних отделов хиазмы развивается зрительное нарушение в виде _____
(битемпоральной гемианопсии)
65. При поражении левого зрительного бугра развивается зрительное нарушение в виде _____
(правосторонняя гемианопсия)
66. При поражении наружных отделов хиазмы с 2-х сторон развивается _____
(биназальная гемианопсия)
67. Битемпоральная гемианопсия возникает при поражении _____ (внутренних
отделов хиазмы)
68. Обонятельные галлюцинации развиваются при поражении _____ доли головного
мозга (височной)
69. При поражении височной доли развивается зрительные нарушения в виде _____
(квадрантной гемианопсии)
70. При поражении внутренней капсулы слева возможно развитие зрительного нарушения в
виде _____ (правосторонней гемианопсии)
71. Наиболее вероятным патогенетическим подтипом инсульта при фибрилляции предсердий
является _____ (кардиогенная эмболия)
72. Самой частой причиной развития субарахноидального кровоизлияния является _____
(разрыв мешотчатой аневризмы артерий виллизиевого круга)
73. Ишемический инсульт при субарахноидальном кровоизлиянии возникает вследствие _____
(рефлекторного вазоспазма)
74. Препаратами выбора для профилактики ишемического инсульта при неклапанной форме
мерцательной аритмии являются _____ (пероральные антикоагулянты)
75. Наиболее характерным патогенетическим подтипом ишемического инсульта для
пожилого возраста является _____ (атеротромботический подтип)
76. Наиболее эффективным методом лечения ишемического инсульта в первые 3-4,5 часа
является _____ (тромболизис)
77. Самым частым осложнением тромболизиса является _____ (кровотечение)

78. Для лечения субарахноидального кровоизлияния вследствие разрыва мешотчатой аневризмы применяется _____ (**клипирование аневризмы**)
79. Для профилактики ангиоспазма при субарахноидальном кровоизлиянии препаратом выбора является _____ (**нимодипин**)
80. Для вторичной профилактики атеротромботического инсульта для уменьшения свертываемости крови рекомендовано использование препаратов из группы _____ (**антиагрегантов**)
81. Основным клиническим проявлением миастении является _____ (**патологическая утомляемость**)
82. С целью подтверждения клинического диагноза миастении проводится _____ (**прозериновая проба**)
83. При миопатии Дюшенна нарушен синтез белка _____ (**дистрофина**)
84. Для пациентов с БАС характерно наличие _____ в покое (**фасцикуляций**)
85. Самый распространенный этиологический фактор полиневропатии это _____ (**сахарный диабет**)
86. Синдром «свисающая кисть» характерен для невропатии _____ (**лучевого нерва**)
87. Препаратом выбора при мультифокальной моторной невропатии является _____ (**человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения**)
88. При компрессии срединного нерва под поперечной связкой развивается _____ (**карпальный туннельный синдром**)
89. _____ чувствительность позволяет воспринимать положение тела (**проприоцептивная**)
90. Волокна от _____ конечностей образуют пучок Голля (**нижних**)
91. Повышение возбудимости нейронов задних рогов спинного мозга рецепторов это _____ (**центральная сенситизация**).
92. _____ система тормозит проведение болевых импульсов (**антиноцицептивная**)
93. Для мозжечковой атаксии характерен _____ тремор (**интенционный**)
94. Причина сенситивной атаксии это _____ (**нарушение глубокой**)

чувствительности)

95. Мышечный тонус при мозжечковой атаксии _____ (**понижен**)

96. Нистагм характерен для следующих двух видов атаксий _____ (**мозжечковой и вестибулярной**)

97. К какому виду эпилептических приступов относится тонико-клонический приступ _____

(к генерализованному)

98. К какому виду эпилептических приступов относится абсанс _____

(к генерализованному)

99. Абсансы обычно наблюдаются в _____ возрасте (**детском**)

100. Симптомом невропатии блокового нерва является _____ (**двоение при взгляде вниз**)

101. Ядра глазодвигательного нерва расположены на уровне _____ (**среднего мозга**)

102. При поражении отводящего нерва возникает двоение по _____ (**горизонтали**)

103. Тремор, характерный для печеночной энцефалопатии _____ (**астериксис-«порхающий тремор»**)

104. Наркотик, повышающий риск развития внутримозгового кровоизлияния _____ (**кокаин**)

105. Реакция зрачков на передозировку кокаина _____ (**мидриаз**)

106. Острая алкогольная энцефалопатия Вернике-Корсакова связана в основном с дефицитом _____ (**витамина В1**)

107. Из периферических нервов при сахарном диабете чаще всего страдает _____ (**срединный нерв**)

108. Из краниальных нервов при сахарном диабете чаще всего страдает _____ (**отводящий нерв**)

109. Для дефицита витамина В12 характерна атаксия _____ (**сенситивная**)

110. К двигательным побочным эффектам антипсихотических средств (нейролептиков) относятся _____ (**паркинсонизм/гиперкинезы**)

111. Гиперкинезы, характерные для гипоксической энцефалопатии _____ (**миоклонус/дистония**)

112. Наиболее частое осложнение алкоголизма со стороны периферической нервной

системы _____ (алкогольная полиневропатия)

113. Состояние сна присуще всем животным с наличием _____ (нервной системы)

114. Главные центры сна находятся в _____ (гипоталамусе)

115. Центры поддержания бодрствования расположены преимущественно в _____ (стволе мозга)

116. Система внутренних часов включает _____ и эпифиз (супрахиазные ядра гипоталамуса).

117. Взрослым людям требуется _____ часов сна ежедневно (7-9).

118. Наиболее распространенным нарушением сна является _____ (инсомния)

119. Методом выбора при лечении хронической инсомнии является _____ (когнитивно-поведенческая терапия)

120. Большинство снотворных препаратов воздействуют на рецепторы _____ (ГАМК).

130. Характерными проявлениями обструктивного апноэ сна являются храп, замечаемые остановки дыхания во сне и _____ (дневная сонливость).

131. В ортостатической пробе учащение пульса свыше _____ уд/мин – признак гиперактивности симпатической нервной системы (ответ: 30)

132. Для ориентировочной клинической оценки симпатической и парасимпатической регуляции сердечно-сосудистой системы проводят _____ пробу (ответ: ортостатическую)

133. Выраженное снижение артериального давления в ортостатической пробе свидетельствует о недостаточности _____ нервной системы (ответ: симпатической)

134. В ортостатической пробе при переходе пациента в вертикальное положение учащение пульса свыше 30 уд/мин является признаком ортостатической _____ (ответ: тахикардии)

135. Пробу с глубоким дыханием используют для оценки _____ регуляции сердечного ритма (ответ: парасимпатической)

136. Состояния, характеризующиеся субъективными и объективными сердечно-сосудистыми расстройствами и возникающие при вставании пациента из лежачего положения, называются _____ интолерантностью (ответ: ортостатической)

137. Состояние, характеризующееся снижением системного систолического давления более чем на 20 мм рт ст, диастолического давления более чем на 10 мм рт ст в течение 3 мин после принятия вертикального положения, называется ортостатической _____ (ответ:

гипотензией)

138. Несогласованность функционирования симпатических и парасимпатических частей периферического рефлекторного кольца в виде сокращения детрузора при закрытом внутреннем сфинктере называется сфинктерной _____ (ответ: диссинергией)

139. Недержание мочи во время сна в возрасте старше 4-5 лет расценивается как ночной _____ (ответ: энурез)

140. Острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением паутинной и мягкой оболочек головного и спинного мозга – это первичный или вторичный _____ (ответ: менингит)

141. У пациентов с менингитом при неврологическом обследовании выявляются верхний, средний и нижний симптомы _____ (ответ: Брудзинского)

142. Воспалительное заболевание головного мозга, наиболее часто вызываемое вирусами, реже другими возбудителями – это _____ (ответ: энцефалит)

143. При _____ энцефалите внутривенно медленно вводят ацикловир 3 раза в сутки по 10 мг/кг (ответ: герпетическом)

144. При клещевом _____ используют гомологичный гамма-глобулин или сывороточный иммуноглобулин (ответ: энцефалите)

145. При _____ сифилисе воспаляются мозговые оболочки и сосуды головного и спинного мозга, что может стать причиной развития ишемического инсульта (ответ: менинговаскулярном)

146. Форма нейросифилиса, при которой происходит поражение задних корешков и задних канатиков спинного мозга с последующей их дегенерацией, называется _____ сухоткой (ответ: спинной)

147. При постгерпетической невралгии развивается боль, которая по своему патогенетическому механизму является _____ (ответ: невропатической)

148. Скопление гноя в результате очагового воспаления вещества головного мозга – это _____ головного мозга (ответ: абсцесс)

149. При инфекционном менингите развивается _____ мышц шеи (ответ: ригидность)

150. Нарушение понимания обращенной речи, в сочетании с парафазиями и неологизмами – это _____ афазия (сенсорная).

151. Вербальные персеверации являются признаком _____ афазии (моторной).

152. Неузнавание предмета или изображения, в сочетании с сохранением способности копирования изображения и способности выбирать одинаковые изображения из множества - _____ агнозия (зрительно-предметная).

153. Сочетание анозогнозии, синдрома «чужой конечности» и односторонней пространственной агнозии носит название синдрома _____ (Антон-Бабинского).

154. Сочетание пальцевой агнозии, алексии, акалькулии, аграфии, и право-левой дезориентации носит название синдрома _____ (Герстмана).

155. Сочетание антероградной, ретроградной и фиксационной амнезии с конфабуляциями носит название _____ синдрома (Корсаковского).
156. Нарушение памяти на текущие события - _____ амнезия (фиксационная).
157. Заученная последовательность действий или движений, которые необходимо выполнить для достижения результата - _____ (праксема).
158. Невозможность выполнить движение вследствие нарушения выстраивания плана или последовательности действий, необходимых для выполнения движения - _____ апраксия (идеаторная).
159. Снижение когнитивного контроля, критики к своему состоянию, импульсивность характерны для поражения _____ коры (**орбитофронтальной**).
160. Прогрессирующее расстройство памяти, в сочетании со зрительно-пространственными нарушениями и амнестической афазией характерно для _____ (**болезни Альцгеймера**).
162. Наиболее раннее и тяжелое поражение при болезни Альцгеймера отмечается в _____ (**гиппокампе**).
163. Сочетание паркинсонизма, зрительных галлюцинаций, периферической вегетативной недостаточности и деменции характерно для _____ (**деменции с тельцами Леви**).
165. Выраженные, дезадаптирующие пациента с депрессией когнитивные нарушения носят название _____ (**псевдодеменция**).
166. Изменения на МРТ в виде лейкоареоза в сочетании с множественными лакунарными инфарктами характерны для _____ деменции (**сосудистой**).
167. Замедленность психических процессов (брадифрения) в сочетании с интеллектуальной ригидностью характерны для _____ деменции (**сосудистой**).
169. Наиболее выраженная ацетилхолинергическая недостаточность характерна для _____ (**деменции с тельцами Леви**).

Примеры ситуационных задач для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

Женщина 51 года предъявляет жалобы на ежедневные головные боли. 10-12 дней в месяц головные боли носят характер пульсирующих, интенсивностью 8-9 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), право- или левосторонней лобно-височной локализации, сопровождаются тошнотой, фото- и осмофобией, иногда – рвотой, усиливаются от физических нагрузок. В остальные дни месяца беспокоят давящие головные боли, интенсивностью 4-6 баллов по ВАШ, двусторонней лобно-височно-затылочной локализации. С подросткового возраста пациентку беспокоят сильные, пульсирующие головные боли, лобно-височной локализации, продолжительностью до 2 суток, частотой – 1-2 приступа в месяц, усиливающиеся при физической нагрузке, сопровождающиеся тошнотой, фото- и осмофобией, иногда – рвотой. У бабушки по материнской линии, до наступления менопаузы, наблюдались похожие головные боли. С 44 лет, после перенесенной психотравмирующей ситуации (развитие ишемического инсульта у мужа), отмечает постепенное учащение приступов головной боли. Для купирования цефалгии принимала безрецептурный комбинированный анальгетик, с клиническим эффектом. С 48 лет головные боли стали ежедневными, дозы принимаемого комбинированного анальгетика

за последние полгода достигли 70 таблеток в месяц, а его эффективность снизилась: препарат лишь незначительно уменьшал или вообще не влиял на головную боль. В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики нет, отмечаются напряжение и болезненность при пальпации мышц шеи.

Общий и биохимический анализы крови – без патологии.

ЭКГ – ритм синусовый, нет признаков очаговой ишемии миокарда

При компьютерной томографии головного мозга не выявлено патологии.

Диагноз?

Лечение?

Ответы:

Диагноз.

1) Первоначально боли соответствовали диагнозу мигрени (высокоинтенсивные боли лобно-височно-затылочной локализации; усиливающиеся при физической нагрузке, сопровождающиеся тошнотой, фото- и осмофобией, иногда – рвотой; продолжительностью 4-72 часов; усиливающуюся при физ.нагрузке); 2) затем присоединились лекарственно-индуцированные (абузусные) головные боли.

Лечение:

Принципы лечения лекарственно-индуцированной головной боли: исключение сложных анальгетиков, дезитоксикационная терапия. Корректировка лечения мигрени: 1) нелекарственные методы – гигиена сна (достаточный, но не избыточный), умеренные физические нагрузки вне приступа, ограничение приема продуктов, которые могут провоцировать приступ; психологические методы ; 2) для купирования – простые анальгетики (НПВП), триптаны); 3) подбор лекарств для профилактики – бета-блокаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты, ботулотоксин типа А, моноклональные антитела.

Задача 2.

Ребенку 10 лет, малоподвижный, безынициативный, произносит отдельные слова, фразовая речь отсутствует, может выполнять простые инструкции.

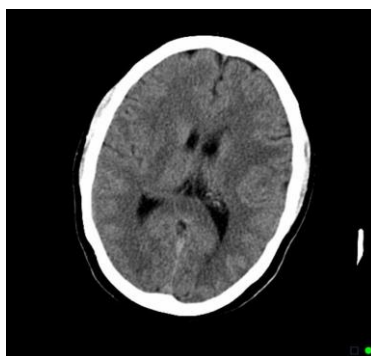
Акушерский анамнез отягощен: в первом триместре беременности мать перенесла краснуху, в ходе беременности отмечала малую прибавку в весе, роды в 36 недель, самостоятельные, асфиксия в родах. Отстает в психомоторном развитии с рождения. Стал самостоятельно садиться в 1 год, пошел в 1 год 7 мес. Речь слоговая до 3 лет. Наследственность не отягощена.

При осмотре: череп яйцевидной формы, лоб скошен; лицевая часть черепа преобладает над мозговой; окружность головы 50 см. Определяются множественные стигмы дизэмбриогенеза, врожденная катаракта справа, гепатомегалия.

В неврологическом статусе: черепные нервы – без патологии; парезов нет, сухожильные рефлексы оживлены с расширением зон, симметричны, симптом Бабинского с двух сторон, мышечный тонус в конечностях не изменен. Нарушений чувствительности, координации не выявлено. Тазовые функции контролирует.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без патологии.

КТ головного мозга:



1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные методы обследования?
4. Лечение?

Ответ

1. Неврологические синдромы.

Синдром психомоторного развития (позднее развитие навыков сидения, ходьбы, речи, умственная отсталость). Множественные стигмы дизэмбриогенеза (особенности строения черепа, врожденная катаракта справа, гепатомегалия.) Синдром двигательных нарушений – 2-х стороннее поражение пирамидной системы в виде оживления сухожильные рефлексов с расширением зон, симметричны, наличия 2-х стороннего симптома Бабинского

2. Предварительный клинический диагноз: Врожденная краснуха -учитывая данные неврологического и соматического статуса, указания на отягощенный акушерский анамнез (перенесенная краснуха, патология беременности).

3. Дополнительные методы обследования. *Не требуется. Учитывая возраст 10- лет специфические лабораторные методы (ИФА, ПЦР) не информативны.*

4. Лечение. Специфическое лечение отсутствует. Показаны реабилитационные мероприятия –ЛФК, когнитивное стимулирование; лечение соматических осложнений
Профилактика -Показана вакцинация женщин при планировании беременности, в случае подтверждения заражения краснухой в 1-м триместре показано прерывание.