

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Неврология» (I категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/nevrolog/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Неврология» (4500 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/nevrologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Медицинский массаж» (500 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/medicinskij-massazh-psa/>

К возбуждающим медиаторам относят все, кроме:

В. ГАМК

А. Глутамат

Б. Аспартат

Г. Дофамин

Д. Норадреналин

Укажите, где перекрещиваются проводники поверхностной чувствительности?

Г. Средний мозг

Б. Межолливный слой продолговатого мозга

А. Передняя белая спайка спинного мозга

В. Варолиев мост.

Д. Задние рога

Укажите, при поражении каких образований спинного мозга не может быть нарушение чувствительности по проводниковому типу?

В. Поражение боковых столбов спинного мозга

Г. Поражение половины поперечника спинного мозг

Б. При поражении боковых и задних столбов

А. Задние корешки

Д. Поражение всего поперечника спинного мозг

При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия

выявляет

- В. Битемпоральную гемианопсию
- А. Одностороннюю гомонимную гемианопсию
- Г. Биназальную гемианопсию
- Б. Нижнеквадрантную гемианопсию
- Д. Верхнеквадрантную гемианопсию

Выберите, что из перечисленных симптомов не характерно для поражения центрального двигательного нейрона:

- Спастический тонус,
- Атрофия мышц
- Снижение поверхностных рефлексов
- Повышение сухожильных рефлексов
- Синкинезии

Какие из перечисленных симптомов не характерны для бульбарного синдрома:

- Дисфония
- Дисфагия
- Насильственный смех и плач
- Дизартрия
- Атрофия

Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении

- А. Ножек мозга
- В. Продолговатого мозга
- Б. Моста мозга
- Г. Покрышки среднего мозга
- Д. Лучистого венца

Кортиконуклеарный пучок проходит во внутренней капсуле в области:

- В колене
- В передних двух третях заднего бедра
- В переднем бедре
- В задних отделах заднего бедра

Бульбарный синдром возникает за счет поражения ядер

- IX, X
- IX, X, XII
- IX, X, XI
- VIII, IX, X, XII
- VIII, IX, X

Мидриаз возникает при поражении

- Верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва

Мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
Нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
Среднего непарного ядра
Ядра медиального продольного пучка

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

В левом мосто-мозжечковом углу
В мосту мозга слева
В правом полушарии мозжечка
В области верхушки пирамиды левой височной кости
В правом мосто-мозжечковом углу

Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов

Лицевого и отводящего
Лицевого и подъязычного
Лицевого и глазодвигательного
Языкоглоточного нерва и блуждающего
Подъязычного и добавочного

При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится

В области красного ядра
В основании ножки мозга
В основании нижней части моста мозга
В заднебоковом отделе продолговатого мозга
В верхней части моста

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

L4-L5-L1
S2-S4
L5-S1-S2
S1-S3
S3-S5

К афферентным связям мозжечка относится следующий путь:

Кортико-спинальный
Дентато-рубро-спинальный
Лобно-мосто-мозжечковый
Дентато-таламический
Кортико-нуклеарный

При поражении симпатических клеток C8-Th1 сегментов спинного мозга наблюдается следующая комбинация симптомов:

мидриаз, экзофтальм, косоглазие
птоза, экзофтальма
птоз, мидриаз, экзофтальм
птоз, миоз, энофтальм
миоз, экзофтальм

Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка

на свет
на аккомодацию
на болевое раздражение
на конвергенцию
на страх

Критерием положительной гипервентиляционной пробы является:

возникновение предобморочного состояния
Воспроизведение у больного имеющихся у него симптомов
появление дрожи
появление страха
появление положительного симптома Хвостека

В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба

Ашнера(глазосердечный рефлекс)
ортостатическая
клиностатическая
Шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
ни одна из названных

Синдром Аргайла Робертсона наблюдается:

при синдроме Парино
при сахарном диабете
при рассеянном склерозе
при нейросифилисе
при алкоголизме

Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу,
нарушением функции тазовых органов

нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног

Какой вид речевых расстройств возникает при поражении корковых речевых центров?

Дизартрия

Афония

Афазия

Анартрия

Аллексия

Истинный астереогноз обусловлен поражением:

затылочной доли

лобной доли

теменной доли

височной доли

лобной и височной

Амнестическая афазия наблюдается при поражении:

теменной доли

стыка лобной и теменной

лобной доли

стыка височной и теменной доли

височной

Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

гомимной гемианопсии

битемпоральной гемианопсии

биназальной гемианопсии

концентрического сужения полей зрения

ничего из перечисленного

При каком уровне кровотока в головном мозге развивается аноксическая деполяризация мембран и гибель клеток с образованием инфаркта мозга

10-12 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

40-45 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

55-60 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

100-150 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

150-200 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

К ветвям внутренней сонной артерии относят все, кроме:

Передняя ворсинчатая артерия

Задняя соединительная артерия

Глазная артерия

Артерия лабиринта

Передняя мозговая артерия

К структурным единицам венозной системы головного мозга относят все, кроме:

Артериовенозные анастомозы

Посткапиллярные венулы

Мозговые вены

Венозные синусы

Магистральные вены

Кровоснабжение поясничного и крестцового отделов спинного мозга осуществляется за счет:

Б. Задней корешковой артерии

В. Большой передней корешковой артерией Адамкевича

А. Передней корешковой артерии

Д. Большой передней корешковой артерией Адамкевича и дополнительной передней корешковой артерией Деброж-Гуттерона

Г. Дополнительной передней корешковой артерией Деброж-Гуттерона

Артерия Деброж-Гуттерона кровоснабжает:

Нижнегрудной и поясничный

Шейный отдел спинного мозга

Нижнегрудной, поясничный и крестцовый
грудной отдел

Шейный и грудной

Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
сдавлением шейных вен

наклоном головы вперед

давлением на переднюю брюшную стенку

поворотом головы в сторону

Невропатия тройничного нерва проявляется:

Гипестезией в зонах Зельдера

Снижением корнеального рефлекса и

Утрата тактильной чувствительности на половине лица и

Нарушение болевой чувствительности в зоне иннервации ветвей нерва

Гиперакузией

При поражении лицевого нерва наблюдается:

Гиперемия кожных покровов

Аносмия

Асимметрия лицевой мускулатуры и

Лагофталм и

Феномен Белла

Бульбарный синдром включает:

Слабость лицевых мышц

Дисфонию и

Дисфагию

Гипракузию

Гиперакузию

Невропатия подъязычного нерва проявляется:

гиперакузией

диплопией

слабостью конвергенции

девиацией языка и

атрофией половины языка

Ганглионит Гассерова узла может проявляться:

папулезными высыпаниями и

локальным болевым синдромом и

нарушением чувствительности на половине лица

снижением вкуса

мимическим парезом

Вестибулярный неврит проявляется:

системным головокружением и

спонтанным нистагмом

несистемным головокружением

снижением вкуса

дисфагией

Поражение обонятельного нерва проявляется:

аносмией и

гипосмией

обонятельными галлюцинациями

нарушением вкуса

диплопией

Невропатия зрительного нерва проявляется:

биназальной гемианопсией

двусторонними скотомами

монокулярной слепотой и

атрофией зрительного нерва

гомонимной гемианопсией

Для моторной полиневропатии характерно:

гиперрефлексия

синдром Броун-Секара

патологические стопные рефлексы
снижение ахилловых и карпо-радиальных рефлексов и
гипотрофии, преимущественно дистальных отделов конечностей

Для вегетативной полиневропатии характерно:

сегментарные нарушения чувствительности
вялый монопарез
анизорефлексия
акроцианоз и
нестабильность артериального давления

Для болевой дистальной полиневропатии характерно:

гиперпатия и
дизестезии
анизорефлексия
снижение глубокой чувствительности
миоклонии

Поясничная радикулопатия проявляется:

трофическими язвами
спастическим парапарезом
симптомами натяжения нервных корешков и
поясничной болью
тазовыми нарушениями

Диабетическая полиневропатия проявляется:

симптомами натяжения нервных стволов
спастическим монопарезом
дистальной гипестезией конечностей и
нейропатическим болевым синдромом
тазовыми нарушениями

Для синдрома Гийена-Барре характерно:

гипестезия и гиперпатия в дистальных отделах конечностей и
прогрессирующий вялый тетрапарез
спастический монопарез
проксимальным парапарезом
миоклонии

Диабетическая вегетативная полиневропатия проявляется:

нейропатическим болевым синдромом
вялым тетрапарезом
неустойчивостью артериального давления и
эректильной дисфункцией
дыхательной недостаточностью

Диабетическая проксимальная полиневропатия проявляется:

гипотрофией мышц бедер и
снижением коленных рефлексов
вялым тетрапарезом
акроцианозом, гипергидрозом
недержанием мочи

Алкогольная полиневропатия проявляется:

симптомами натяжения нервных стволов
вялым тетрапарезом и
гипестезией по типу перчаток и носок
трофическими язвами
когнитивным снижением

При нейропатии седалищного нерва наблюдается:

снижение ахилова рефлекса и
гипестезия в области наружного края голени и стопы
снижение коленного рефлекса
недержание мочи
акроцианоз

Морфологически нейропатии подразделяются на:

мезенхимальные
интерстициальные
демиелинизирующие и
аксональные
глиальные

Для диагностики невропатий используются:

электромиография и
дистанционная термометрия
электроэнцефалография
полисомнография
доплерография

При лечении диабетической полиневропатии используются:

витамины группы В и
противосудорожные препараты и
препараты альфа-липоевой кислоты
тромболитики
антипиретики

Клиническое заключение по ЭЭГ, согласно международным рекомендациям, должно включать:

Только описание и заключение

Описание, заключение, интерпретацию (как соотносятся результаты ЭЭГ с клиникой)

Только заключение по ЭЭГ

Анкетные данные и описание ЭЭГ

Полное автоматизированное заключение

ЭЭГ формируется полностью к:

12 годам

4годам

18 годам

5годам

20 годам

До какого возраста тета волны являются нормой:

5 лет

1 месяц

1 год

6 месяцев

Начальная суточная доза ламотриджина при лечении эпилепсии у взрослых и детей старше 12 лет:

25-50мг/сут.

75-100мг/сут.

50-75мг/сут.

100-125мг/сут.

125-150мг/сут.

Начальная суточная доза ламотриджина при лечении эпилепсии у детей от 2-х до 12 лет:

7,5-10мг/кг/сут.

2-5мг/кг/сут.

0,2-2мг/кг/сут.

5-7,5мг/кг/сут.

10-15мг/кг/сут.

Стартовая доза топирамата составляет при лечении эпилепсии у взрослых:

50 мг/сут.

25мг/сут.

75 мг/сут.

100 мг/сут.

Показания к применению этосуксимида:

генерализованные тонико-клонические приступы

генерализованные тонико-клонические и фокальные приступы

фокальные приступы

абсансы

Основные признаки идиопатических эпилепсий:

наличие неврологических симптомов - характерно
психопатологические симптомы - отсутствуют
изменение семиологии приступов в течение заболевания
не являются генетически детерминированными

Основные признаки симптоматических эпилепсий:

наличие нескольких типов приступов
возраст зависимый дебют
имеют генетическую предрасположенность
отсутствуют изменения на МРТ

Клиническая характеристика височных эпилепсий:

характерны приступы в виде мелькания мушек перед глазами
возникает в любом возрасте, сопровождается кратковременными приступами (30-60сек), высокой частоты, преимущественно в ночное время
приступы сопровождаются парестезиями, дизестезиями, аутоагнозией
для приступа характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы

Противоэпилептические препараты (ПЭП) - «золотой стандарт»:

барбитураты+бензодиазепины
габапентин+прегабалин
препараты вальпроевой кислоты+карбамазепины
фенобарбитал+зонисамид

Клиническая характеристика лобных эпилепсий:

возникает в любом возрасте, сопровождается кратковременными приступами (30-60сек), высокой частотой, преимущественно в ночное время
приступы сопровождаются парестезиями, дизестезиями, аутоагнозией
характерны приступы в виде мелькания мушек перед глазами, преходящий амавроз, зрительные галлюцинации
для приступов характерны ощущения уже виденного, слышанного, различные автоматизмы

Клиническая характеристика теменных эпилепсий:

приступ сопровождается парестезиями, дизестезиями, аутоагнозией
характерны приступы в виде мелькания мушек перед глазами
возникает в любом возрасте, сопровождается кратковременными приступами (30-60сек), высокой частоты, преимущественно в ночное время
для приступа характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы

Клиническая характеристика затылочных эпилепсий:

приступ сопровождается парестезиями, дизестезией, аутоагнозией
возникает в любом возрасте, сопровождается кратковременными приступами (30-60 сек), высокой частоты, преимущественно в ночное время
для приступа характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы
характерны приступы в виде мелькания мошек перед глазами, преходящий амавроз, зрительные галлюцинации.

Какое заболевание нервной системы относится к демиелинизирующим?

менингит
паркинсонизм
рассеянный склероз
наследственная атаксия

Какими клетками вырабатывается миелин центральной нервной системы?

микроглией
астроцитами
олигодендроцитами
шванновскими клетками
лимфоцитами

К каким заболеваниям относится рассеянный склероз по этиологическим факторам?

инфекционное заболевание
мультифакториальное заболевание
наследственное заболевание
сосудистое заболевание

Характерный возраст дебюта рассеянного склероза?

18-45
в любом возрасте с одинаковой частотой
0-18
45-55
старше 60 лет

Какие из перечисленных заболеваний нервной системы не относятся к демиелинизирующим?

острый рассеянный энцефаломиелит
рассеянный склероз
паркинсонизм
оптикомиелит девика
оптический неврит

Какие из перечисленных заболеваний могут сопровождаться демиелинизацией?

менингит
ишемический инсульт
нейроспид и
рассеянный склероз и
синдром Гийена-Барре

Врожденные заболевания с патологией миелина относятся к:

рассеянному склерозу
миелинокластиям
миелинопатиям
миопатиям

К зоне высокого риска заболеваемости рассеянным склерозом относят:

20 случаев на 100 тыс населения
10 случаев на 100 тыс населения
30 случаев на 100 тыс населения
более 50 случаев на 100 тыс населения
5 случаев на 100 тыс населения

К зоне среднего риска заболеваемости рассеянным склерозом относят:

10-50 случаев на 100 тыс населения
более 50 случаев на 100 тыс населения
100 случаев на 100 тыс населения
1-5 случаев на 100 тыс населения
5-10 случаев на 100 тыс населения

Изменение риска развития рассеянного склероза при смене зон проживания происходит при миграции в возрасте:

до 10 лет
до 20 лет
до 5 лет
до 15 лет
до 30 лет

Доказанным внешним фактором риска развития рассеянного склероза не является:

хронические заболевания носоглотки
носительство вирус Эпштейна Барра
черепно-мозговая травма
психоэмоциональные стрессы
избыточное увеличение массы тела в подростковом возрасте

В патогенезе рассеянного склероза лидирующую роль отводят:

нейродегенерации
воспалительной демиелинизации

воспалительной демиелинизации и нейродегенерации
патологии сосудов
биохимические нарушения миелина

Под ремиттирующим типом течения рассеянного склероза понимают:

неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений с самого начала заболевания на протяжении не менее года
волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий
волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и нарастание симптомов в периоды ремиссий
смена волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий на неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений

Под вторично-прогрессирующим течением рассеянного склероза понимают:

неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений с самого начала заболевания на протяжении не менее года
смена волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий на неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений
волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий
волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и нарастание симптомов в периоды ремиссий

Под первично-прогрессирующим течением рассеянного склероза понимают:

волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и нарастание симптомов в периоды ремиссий
смена волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий на неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений
волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий
н прогрессирующее нарастание неврологических нарушений с самого начала заболевания на протяжении не менее года

Частота встречаемости первично-прогрессирующего рассеянного склероза составляет:

15 процентов случаев
более 50 процентов случаев
30-40 процентов случаев
80 процентов случаев

Какие инструментальные методы диагностики наиболее значимы для постановки

диагноза рассеянного склероза?

МРТ головного мозга

компьютерная томография спинного мозга

компьютерная томография головного мозга

ультразвуковое исследование сосудов шеи

Какие препараты влияют на иммунорегуляцию при рассеянном склерозе?

бета интерфероны

сосудистые препараты

метаболические препараты

противоэпилептические препараты

альфа интерфероны

На аутоиммунное воспаление при рассеянном склерозе не влияют:

цитостатики

бета-интерфероны

метаболические препараты

кортикостероиды

глатирамер ацетат

Преобладающим типом течения рассеянного склероза является:

вторично-прогрессирующий с обострениями

первично-прогрессирующий тип

ремитирующий тип

вторично-прогрессирующий тип

К нарушениям сознания относят:

оглушение

брадифрению

алалию

В норме давление ликвора в положении сидя равно:

80-180 мм вод. ст.

70-120 мм вод. ст.

200-260 мм вод. ст.

Что не относится к менингеальным симптомам:

симптом Бехтерева

симптом Оппенгейма и

симптом Лассега

симптом Кернига

Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта:

не раньше конца 1 недели

сразу в начале развития заболевания
через 10 ч и более от начала заболевания
через 1 ч от начала заболевания

Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет:

компьютерная томография
г-сцинтиграфия
ангиография

Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

позитронно-эмиссионную томографию
транскраниальную ультразвуковую доплерографию
ангиографию

Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах:

разгибателях рук и ног
сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног
сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно

Сенсорная афазия возникает при поражении:

верхней височной извилины
средней лобной извилины
средней височной извилины

Больной с сенсорной афазией:

не может говорить и не понимает обращенную речь
не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
может говорить, но забывает названия предметов

Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному:

коснуться правой рукой левого уха
сложить заданную фигуру из спичек
выполнить различные движения по подражанию

Расстройство схемы тела отмечается при поражении:

височной доли доминантного полушария
височной доли недоминантного полушария
теменной доли недоминантного полушария

Какие факторы риска развития инсульта являются модифицируемыми:

все нижеперечисленное
артериальная гипертония
сахарный диабет

курение

Какие факторы риска развития инсульта являются немодифицируемыми:

наследственная предрасположенность

возраст

все нижеперечисленное

Для псевдобульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения не характерно наличие:

дисфонии

фибрилляции языка

дизартрии

Диагноз «малого» инсульта устанавливают при полном регрессе неврологической симптоматики через:

15 суток

24 часа

21 сутки

Какова продолжительность острейшего периода, в течение которого происходит формирование очага инфаркта головного мозга?

3-6 часов

3-7 суток

21 сутки

Фармакотерапия больным с хронической ишемией мозга проводится с целью:

коррекции электролитных нарушений

улучшения церебральной гемодинамики и метаболизма мозга

нормализации гормонального статуса

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

повышение активности свертывающей системы

повышение вязкости крови

снижение системного перфузионного давления

Укажите время, в течение которого показано в/в применение rt-PA при ишемическом инсульте:

0-4,5 часа

3-6 часов

0-6 часов

Что не является противопоказанием для тромболитика при ишемическом инсульте:

размер гиподенсивного очага более трети бассейна средней мозговой артерии при

КТ

гемиплегия с высоким мышечным тонусом

систолическое АД более 185 мм.рт.ст. или диастолическое АД более 105 мм.рт.ст.

Какие препараты не относятся к средствам, используемым для вторичной профилактики инсульта?

гиполипидемические

антитромботические

нормотимические

Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта:

через 4 ч от начала заболевания

сразу в начале развития заболевания

через 6 ч и более от начала заболевания

Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя:

24 ч от начала кровоизлияния

1 ч от начала кровоизлияния

3 ч от начала кровоизлияния

С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется от начала заболевания:

через 3 ч

к концу первых суток

через 1 ч

Внутри мозговое обкрадывание очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате:

раскрытия артерио-венозных анастомозов

перераспределения крови за счет расширения сосудов неповрежденных областей мозга

нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге

При развитии болезни Альцгеймера начинается отложение:

гомоцистеина

холестерина

жиров

бета-амилоида

ничего

Какой из симптомов болезни Альцгеймера появляется первым?

нарушения внимания

нарушения памяти
нарушения мышления
нарушения праксиса
нарушения ходьбы

Синдром игнорирования характерен для поражения:

теменной доли
лобной доли
височной доли
затылочной доли

Основным для прогноза развития болезни Альцгеймера является:

выраженность увеличения желудочков
атрофия гиппокампа
выраженность расширения субарахноидальных пространств
атрофия мозжечка

Для поражения лобной доли нехарактерно развитие афазии:

эфферентной моторной
динамической моторной
афферентной моторной
сенсорной

Семантическая речевая активность это:

называние слов одной категории
называние слов на определенную букву
называние любых слов
произнесение фонем

Умеренное когнитивное расстройство:

осоциальное поведение
не нарушает повседневную активность
приводит к поведенческим нарушениям
ограничивает бытовую активность

Поражение гиппокампа приводит к развитию:

алексии
апраксии
амнезии
агнозии
афазии

Деменция может развиваться:

после 30 лет
в любом возрасте

после 40 лет
после 50 лет
после 60 лет

Деменция:

ограничивает социальное поведение
не ограничивает профессиональное поведение
не ограничивает бытовую активность
не ограничивает повседневную активность
связана с изменением сознания

Для нейродегенеративных деменций не характерно:

множественный когнитивный дефицит
острое начало
поведенческие расстройства
психотические эпизоды
нарушение повседневной активности

Клинический эффект СИОЗС может отмечаться через:

на второй неделе терапии
1-2 дня
3-4 дня
к концу второго месяца

Укажите, что не относится к характеристикам астенического синдрома:

повышенная утомляемость
гиперстезии
эмоциональная лабильность
оглушенность
раздражительность

Отличительной особенностью проявлений депрессии у соматических пациентов является все, кроме:

неспецифические боли
многочисленность жалоб и их неопределенность
склонность к суицидальным попыткам
нарушения сна
утомляемость

Что из числа нижеперечисленного наиболее характерно для соматогенной депрессии:

утяжеление депрессии с утяжелением соматического состояния
суточные колебания настроения
витальное снижение настроения
скорбное бесчувствие

бредовые идеи виновности

Депрессии, возникающие на фоне соматического заболевания, называются:

соматогенными
соматизированными
шизофреническими
дистимическими

В пожилом возрасте частота депрессий:

ниже
выше
сопоставима со средним возрастом
сопоставима с молодым возрастом

Для депрессивного синдрома не характерны:

переживание тоски
псевдогаллюцинации
двигательная заторможенность
идеаторная заторможенность
идеи самоуничужения

Как долго должны существовать симптомы депрессии для постановки диагноза:

не менее 2 недель
не менее 1 недели
1-2 мес
6 мес

Одним из проявлений аффективного синдрома является:

деменция
депрессия
навязчивость
театральность

Апатия – это:

повышение настроения
злобно – тоскливое настроение
снижение настроения
отсутствие эмоциональных реакций на внешние раздражители

Для дистимии характерно все, кроме:

униполярное течение
биполярность течения
продолжительность депрессии не менее 2 лет
преобладание самотовегетативных и астенических симптомокомплексов

Показанием для наблюдения у психиатра при депрессии является:

- биполярное расстройство
- тяжелая депрессия с психотическими эпизодами
- наличие суицидальных мыслей
- все перечисленное

Длительность противорецидивного лечения при депрессиях составляет не менее:

- 2 месяца
- не менее 1 года
- 3 месяца
- 6 месяцев

Как долго должны существовать симптомы депрессии для постановки диагноза:

- 1-2 недели
- 2-4 недели
- 1-2 мес
- 6 мес

При болезни Паркинсона в черной субстанции отмечается снижение:

- норадреналина
- серотонина
- глутамата
- дофамина
- ацетилхолина

Прогрессирующий супрануклеарный паралич относится к:

- первичному паркинсонизму
- атипичному паркинсонизму
- вторичному паркинсонизму
- ювенильному паркинсонизму
- паркинсонизму с ранним началом

Психотические нарушения при болезни Паркинсона наиболее часто представлены:

- слуховыми галлюцинациями
- зрительными галлюцинациями
- обонятельными галлюцинациями
- тактильными галлюцинациями
- тактильными и обонятельными галлюцинациями

Феномен «возобновляющегося тремора» характерен для:

- болезни Паркинсона
- эссенциального тремора
- дистонического тремора
- гепатоцеребральной дегенерации
- тремора при атипичном паркинсонизме

Болезнь Паркинсона может начаться:

постуральной неустойчивости
дрожания головы
дрожания одной руки
дрожания обеих рук
тремора подбородка

«Поза просителя» наиболее характерна для:

болезни Паркинсона
последствий инсульта
прогрессирующего супрануклеарного паралича
кортико-базальной дегенерации

Дискинезии пика дозы это:

насильственные движения, возникающие на фоне максимального действия принятой дозы леводопы
медленные дистонические, часто болезненные движения обычно в нижней половине тела, возникающие на фоне ослабления или прекращения действия принятой дозы леводопы
быстрые размахистые (баллистические) движения обычно в нижних конечностях, возникающие в период начала и прекращения действия принятой дозы леводопы
резкий переход от состояния относительного благополучия (на фоне действия леводопы) к обездвиженности (внезапное выключение)

Самым эффективным противопаркинсоническим препаратом является:

амантадины
агонисты дофаминовых рецепторов
леводопа
ингибиторы МАО
холинолитики

Препараты леводопы рекомендуется принимать:

во время приема пищи
за 30 минут до еды и
через 1 час после еды
сразу после еды
вместе с белковой пищей

Препаратом первого выбора в возрасте старше 70 лет при лечении болезни Паркинсона является:

леводопа
агонисты дофаминовых рецепторов
амантадины
ингибиторы МАО-Б

холинолитики

При развитии деменции у пациентов с болезнью Паркинсона наиболее предпочтительным препаратом является:

леводопа

агонисты дофаминовых рецепторов

амантадины

ингибиторы MAO-B

ингибиторы КОМТ

Раннее назначение леводопы увеличивает риск:

моторных флуктуаций и дискинезий

когнитивных расстройств

депрессии и тревоги

постуральной неустойчивости

тазовых нарушений

Для коррекции истощения эффекта разовой дозы леводопы используют:

увеличение кратности приема леводопы с уменьшением разовой дозы и

назначение леводопы до приема пищи

уменьшение кратности приема леводопы с увеличением разовой дозы

назначение леводопы каждый час в минимальной дозе

модификация диеты с увеличением доли белка в суточном рационе

При появлении дискинезий пика дозы рекомендуют:

уменьшить разовую дозу леводопы и увеличить число приемов леводопы

увеличить разовую дозу леводопы

увеличить разовую дозу леводопы и увеличить число приемов леводопы

добавить ингибиторы КОМТ и увеличить разовую дозу леводопы

Для сосудистого паркинсонизма характерно все, кроме:

апраксия ходьбы

ходьба с широко расставленными ногами

лобная дисбазия

ахейрокинез

постуральная неустойчивость

Амантадины чаще всего оказывают положительный эффект при следующем виде вторичного паркинсонизма:

нейролептический

сосудистый

посттравматический

постгипоксический

токсический

При мультисистемной атрофии не наблюдается:

пирамидный синдром
вегетативные нарушения
мозжечковые нарушения
паралич взора вниз
синдром паркинсонизма

Для паркинсонизма при прогрессирующем супрануклеарном параличе характерно:

повышение тонуса в дистальной мускулатуре
сгибательная поза
разгибательная поза
антероколлиз
позднее развитие постуральных нарушений

Для постановки диагноза гепато-лентикулярной дегенерации используют:

определение уровня сывороточного железа
исследование печеночных ферментов
определение уровня меди в моче и
определение уровня церрулоплазмина и
обнаружение кольца Кайзера-Флейшера

Для лечения синдрома беспокойных ног могут быть рекомендованы:

трициклические антидепрессанты
антигистаминные препараты
агонисты дофаминовых рецепторов
амантадины
препараты кальция

Эозинофильная аденома гипофиза у детей проявляется:

гирсутизмом
гигантизмом
ожирением
учащённым мочеиспусканием
остеопорозом

Эозинофильна аденома гипофиза у взрослых проявляется:

гиперкератозом
полиурией
акромегалией
бессонницей
гиперсаливацией

Базофильная аденома гипофиза проявляется:

ожирением (синдром Иценко-Кушинга)

кахексией
полидипсией
булимией
гипертермией

Характерным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является:

переломы костей свода черепа
смещение костей черепа
переломы костей основания черепа
разрушение стенки турецкого седла
разрастание костей черепа

Хромофобная аденома гипофиза вызывает:

гипопитуитаризм
карликовость
гипонатриемию
гиперпатию
гипоестезию

Наиболее часто встречаются невриномы нерва:

глазодвигательного
обонятельного
зрительного
слухового
лицевого

Какой принцип наиболее принят в классификации опухолей нервной системы?

онтогенеза
гистогенеза
филогенеза
эмбриогенеза
дизэмбриогенеза

Из какого зародышевого листка развиваются глиомы?

мезодермы
нейроэктодермы
эктодермы
энтодермы
из всех перечисленных

Из каких клеток нервной ткани состоит невринома?

шванновских
астроцитов
олигодендроцитов
нейроцитов

микроглиальных

Какие общемозговые симптомы могут наблюдаться при опухолях головного мозга?

рвота

головокружение

все ниже перечисленные

тошнота

Головная боль

О каком патологическом процессе может свидетельствовать односторонняя гипопии аносмия?

о патологии зрительных нервов

об опухоли лобной доли на противоположной стороне

об опухоли лобной доли на стороне гипосмии

о патологии ЛОР органов

обо всех перечисленных состояниях

Какая опухоль головного мозга может разрушить пирамидку височной кости?

опухоль лобной доли

опухоль задней черепной ямки

опухоль мозжечка

невринома 8 пары

тератома

Назовите характерный признак опухоли лобной доли?

эпилептические припадки

афазия

лобная психика

все перечисленные

астазия-абазия

Какие признаки свидетельствуют о раздражении затылочной доли опухолью?

зрительные галлюцинации

все перечисленные

фотопсии

метаморфопсии

макро и микропсии

Какие признаки свидетельствуют о раздражении задних отделов лобной доли опухолью?

обонятельные галлюцинации

джексоновские чувствительные припадки

джексоновские судорожные припадки

зрительные галлюцинации

слуховые галлюцинации

Какие расстройства речи наблюдаются при опухоли лобной доли слева?

моторная афазия
дизартрия
сенсорная афазия
алалия
мутизм

Поражение каких пар черепных нервов наблюдается при опухоли мосто-мозжечкового угла?

12 и 11 пары
9 и 10 пары
2 и 3 пары
8, 7 и 5 пары
все перечисленные

Наиболее характерными клиническими признаками первичного альдостеронизма (синдром Конна) являются:

все перечисленные
приступы локальной и генерализованной тетании
симптоматическая артериальная гипертензия
приступы пароксизмальной миоплегии
мышечная слабость

Укажите, какие из перечисленных симптомов не могут наблюдаться при субдуральной гематоме?

анизокория
парезы по периферическому типу
менингеальные симптомы
патологические пирамидные рефлексы
«светлый» промежуток

Какие из перечисленных симптомов не характерны для ушиба головного мозга?

парезы конечностей
утрата сознания
головная боль
психомоторное возбуждение
нарушение чувствительности на противоположной стороне

Какие симптомы не возникают при сотрясении головного мозга?

общемозговые
очаговые
оболочечные
вегетативные

общемозговые и оболочечные

Какие из перечисленных симптомов не характерны для субарахноидального кровоизлияния?

«светлый» промежуток
кровь в ликворе
менингеальные симптомы
головная боль

Характерными признаками каузалгии являются:

интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва
нестерпимая боль при давлении на нервный ствол
все перечисленное
гипалгезия и парестезии в зоне иннервации травмированного нерва и нестерпимая боль при давлении на нервный ствол

Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
вялым парезом ног и нарушением чувствительности в промежности и внутренней поверхности бедер

Какие симптомы характерны для гематомииелии поясничного отдела спинного мозга?

нижний парапарез
все перечисленные
нарушение функции тазовых органов
нрководниковый тип расстройств чувствительности
сегментарный тип расстройств чувствительности

Какие из лекарственных препаратов и лечебных мероприятий применяются при субарохноидальном кровоизлиянии?

все перечисленные
дегидрационные средства
оперативное вмешательство
эпсилонаминокапроновая кислота
дицинон

Какие клинические синдромы могут быть в посттравматический период

Паркинсонизм и
гипертензионный и
эпилептический

менингеальный
трофический

Наиболее ранними проявлениям гематомии травмы травматического происхождения является наличие:

расстройств глубокой чувствительности
диссоциированные расстройства чувствительности
синдром Броун-Секара
двигательных проводниковых нарушений
нарушение функции тазовых органов

При ушибе нервного ствола:

происходит полный перерыв нервного ствола и кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей
сохраняется анатомическая целостность нерва
сохраняется анатомическая целостность нерва и происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей
происходит полный перерыв нервного ствола

Какие симптомы могут быть при переломе передней черепной ямки:

кровотечение из носа
ликворея из носа
подкожная гематома по типу
все перечисленные
утрата обоняния на одну или обе стороны

Основными клиническими признаками эпидуральной гематомы являются:

«светлый» промежуток и
дислокационные симптомы и
очаговые симптомы
ликворея из носа
параорбитальная гематома

Какие из перечисленных симптомов характерны для легкого сотрясения головного мозга?

афазия
головная боль и
головокружение и
вегетативные расстройства
парезы конечностей

Наиболее ранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является:

регресс трофических расстройств
регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности

появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом
появление парестезий в зоне иннервации поврежденного нерва
регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности и трофических расстройств

Для бокового амиотрофического синдрома характерно все, кроме:

периферические парезы
тазовые расстройства
центральные парезы
фасцикуляции
атрофия мышц

К быстрым гиперкинезам не относят следующие виды:

баллизм
миоклония
хорея
атетоз
тики

Для тикозного гиперкинеза не характерно:

детский возраст начала заболевания
стереотипность движения
сохраняется во время сна
преимущественное вовлечение мышц лица и плечевого пояса

К серозным менингитам относят:

пневмококковый
менингококковый
туберкулезный
стафилококковый

Для менингококкового менингита характерно все, кроме:

геморрагическая сыпь
нейтрофильный плеоцитоз в ликворе
острое развитие
поражение зрительного и глазодвигательных нервов

Для туберкулезного менингита характерно все, кроме:

субфебрильная температура
вовлечение II, IV, VI черепных нервов
подострое начало
геморрагическая сыпь

Для туберкулезного менингита в ликворе характерны следующие изменения,

кроме:

нейтрофильный плеоцитоз
повышенное давление
лимфоцитарный плеоцитоз
снижение сахара и хлоридов

Для клещевого весенне-летнего энцефалита не характерно:

кожевниковская эпилепсия
вялые парезы мышц шеи, плечевого пояса, проксимальных отделов верхних конечностей
острое начало
синдром паркинсонизма

Синдром Ландри не включает:

двусторонней наружной офтальмоплегии
восходящую полирадикулоневропатию
развитие бульбарного синдрома
белково-клеточная диссоциация в ликворе