

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Неврология» (II 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/>

Основным медиатором тормозного действия является:

Адреналин
Ацетилхолин
ГАМК
Норадреналин
Дофамин

Укажите, где перекрещиваются проводники поверхностной чувствительности:

Средний мозг
Межолливный слой продолговатого мозга
Передняя белая спайка спинного мозга
Варолиев мост
Задние рога

Синдром поражения внутренней капсулы включает следующее сочетание симптомов:

- В. Паралез, моноанестезию, гемиатаксию
- Г. Гемиплегию, гемианестезию, афазию
- А. Монопарез, гемианестезию, гемианопсию
- Б. Гемиплегию, гемианестезию, гемианопсию
- Д. Гемипарез, гемианестезию

При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия

выявляет:

- Нижнеквадрантную гемианопсию
- Биназальную гемианопсию
- Одностороннюю гомонимную гемианопсию
- Битемпоральную гемианопсию
- Верхнеквадрантную гемианопсию

Для поражения задней центральной извилины характерна следующая комбинация симптомов:

- В. Моноанестезия и гемиальгии
- Г. Гиперпатия и гемианестезия
- Б. Гемиатаксия, гемианопсия
- А. Моноанестезия или гемианестезия, парестезии в противоположной очагу половине тела
- Д. Гемианестезия и гемиатаксия

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

- Гипотония мышц
- Спастический тонус
- Снижение сухожильных рефлексов
- Атрофия мышц
- Реакция перерождения мышц при исследовании электровозбудимости

Одновременное развитие двигательных нарушений в виде верхнего периферического и нижнего центрального пареза ипсилатерально характерно для поражения:

- Внутренней капсулы
- Половинного поражения поперечника спинного мозга на уровне шейного утолщения
- Боковых столбов спинного мозга
- Продолговатого мозга на уровне перекреста двигательных путей
- Лобной доли

Укажите, какой нерв осуществляет иннервацию сфинктера зрачка:

- IV
- III
- VI
- VII
- V

При периферическом поражении какого нерва наблюдается отклонение нижней челюсти в сторону поражения:

- XI
- VII

V

III

XI

Какие из перечисленных симптомов не характерны для бульбарного синдрома:

Дисфония

Дисфагия

Симптомы орального автоматизма

Дизартрия

Атрофия мышц языка

При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:

Верхней прямой

Наружной прямой

Нижней прямой

Нижней косой

Верхней косой

Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении:

Кортико-нуклеарных и мозжечковых путей недоминантного полушария

Кортико-нуклеарных и экстрапирамидных путей доминантного полушария

Кортико-нуклеарных и мозжечковых путей доминантного полушария

Кортико-нуклеарных путей доминантного и недоминантного полушарий

Кортико-нуклеарных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария

Бульбарный паралич развивается при поражении:

Прецентральной извилины

Ножек мозга

Продолговатого мозга (ядра IX, X и XII пар черепных нервов)

Моста

C1-C2 сегментов спинного мозга

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

В правом полушарии мозжечка

В области верхушки пирамиды левой височной кости

В левом мостомозжечковом углу

В каудальной части моста слева

В правом мостомозжечковом углу

Для поражения лицевого нерва сразу после отхождения стременного нерва помимо периферического пареза мимической мускулатуры характерно:

Нарушение вкуса на передних 2/3 языка

Гиперакузия

Нарушение слюноотделения

Нарушение слюноотделения, нарушение вкуса на передних 2/3 языка

Верно все перечисленное

Симпатические клетки в спинном мозге располагаются:

В передних рогах

В боковых рогах

В задних рогах

В передних и задних рогах

В передних, задних и боковых рогах

Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:

C5-T10

T1-L3

T3-T16

T6-L4

L5-S1-S2

Какая походка отмечается при поражении паллидонигральной системы?

Б. Спастико-атактическая

В. Гемипаретическая

А. Спастическая

Г. Шаркающая, мелкими шажками

Д. Мозжечковая

Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов:

C8-T2

C4-C6

C5-C8, T1-T2

C6-C8

C9-T5

Какие нарушения высших корковых функций возникают при поражении субдоминантной теменной доли?

Сенсорная афазия

Сенсорная агнозия, нарушение схемы тела

Зрительная апраксия

Слуховая агнозия

Эфферентная моторная афазия

Какой вид речевых расстройств возникает при поражении корковых речевых центров?

Анартрия

Дизартрия

Афония
Афазия
Алексия

Какой вид афазии возникает при поражении доминантной лобной доли?

Семантическая афазия
Сенсорная афазия
Эфферентная моторная афазия
Амнестическая афазия
Динамическая афазия

Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

Концентрического сужения полей зрения
Битемпоральной гемианопсии
Гомонимной гемианопсии
Биназальной гемианопсии
Ничего из перечисленного

Укажите, в каких границах среднего артериального давления у нормотоников поддерживается ауторегуляция мозгового кровотока:

50-120 мм рт. ст.
60-160 мм рт. ст.
110-200 мм рт. ст.
130-230 мм рт. ст.
150-250 мм рт. ст.

Ветвями базилярной артерии являются все, кроме:

Задняя мозговая артерия
Задняя нижняя мозжечковая артерия
Передняя нижняя мозжечковая артерия
Верхняя мозжечковая артерия
Артерия лабиринта

В прямой венозный синус впадает:

Большая вена мозга (вена Галена)
Внутренние вены мозга
Базальные вены Розенталя
Яремные вены
Все перечисленное

Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается:

Сдавлением шейных вен
Наклоном головы вперед
Давлением на переднюю брюшную стенку
Разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах

Поворотом головы в сторону

Место выработки ликвора:

Грануляции паутинной оболочки
Артерии паутинной оболочки
Сосудистые сплетения желудочков
Артерии конвекситальной поверхности головного мозга
Вены и венозные синусы черепа

В норме давление ликвора в положении лежа у взрослых равно:

80-120 мм вод. ст.
130-250 мм вод. ст.
50-100 мм вод. ст.
100-180 мм вод. ст.
150-300 мм вод. ст.

Кровоснабжение поясничного и крестцового отделов спинного мозга осуществляется за счет:

Большой передней корешковой артерии Адамкевича
Передней корешковой артерии
Большой передней корешковой артерии Адамкевича и дополнительной передней корешковой артерии Депрож-Гуттерона
Задней корешковой артерии
Дополнительной передней корешковой артерии Депрож-Гуттерона

Распространенность эпилепсии (%):

0,1-0,3%
0,8-1%
0,4-0,5%
0,6-0,7%
1,5-3%

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

Только заключение по ЭЭГ
Анкетные данные и описание ЭЭГ
Только описание и заключение
Описание, заключение, интерпретацию (как соотносятся результаты ЭЭГ с клиникой)
Полное автоматизированное заключение

Сколько миллионов пациентов в мире страдают эпилепсией (по данным ВОЗ)?

А. 25 миллионов
В. 50 миллионов
Б. 40 миллионов
Г. 75 миллионов

Д. 95 миллионов

Особенности ЭЭГ ребенка в возрасте 6 месяцев:

В затылочной области сформирован альфа-ритм частотой 7-8,5 Гц

Отмечается снижение активности передних отделов мозга с усилением активности теменно-затылочных отделов мозга

Резко выражен бета-ритм частотой 18-25 Гц

В затылочной области определяется устойчивая активность частотой 5 Гц и амплитудой 50 мкВ

ЭЭГ формируется полностью к:

5 годам

12 годам

4 годам

18 годам

20 годам

Механизм действия эстрогенов у женщин страдающих эпилепсией связан с:

Стимуляцией проницаемости ионотропных ГАМК-рецепторов

Угнетением проницаемости ионотропных ГАМК-рецепторов

Стимуляцией синтеза ГАМК и подавлением фермента аминотерминальной декарбоксилазы

Угнетением NMDA-рецепторов в гиппокампе

Повышением концентрации ГАМК в крови

Ритм ЭЭГ – это:

Острые волны

Комплексы спайк-волна

Спонтанная электрическая активность мозга, состоящая из волн, имеющих относительно постоянный период

Полиспайки

Любое изменение разницы потенциалов между парой электродов в ЭЭГ записи

До какого возраста тета-волны являются нормой?

5 лет

1 месяц

1 год

6 месяцев

12 лет

Основные критерии ответа (реакции) в ЭЭГ на афферентные стимулы у больных с нарушенным сознанием:

Депрессия альфа-ритма или других фоновых ритмов

Появление альфа при стимуляции

Усиление синхронизации при окончании стимуляции

Наличие реакции навязывания ритма

Появление тета-ритма при стимуляции

Комплексные фокальные приступы характеризуются следующими признаками:

Генерализованные вспышки с фокальным началом

Миоклонические подергивания с разрядами

Локальные разряды строго в одной зоне коркового представительства

Односторонний или билатеральный фокус в височной или лобной области

Коррелятом абсанса

Гипнагогическая гиперсинхрония характерна для ЭЭГ сна у детей в возрасте:

6-8 месяцев

1 месяцев

Старше 3-х лет

От года до 5 лет

С 12 лет

Усиление альфа-ритма при открывании глаз является показателем:

Б. Реакции напряжения в ЭЭГ

В. Реакции перехода к расслаблению

А. Активного бодрствования

Д. Состояния перехода от дремоты к бодрствованию

Г. Задремывания

Оптимальными отведениями для выявления эпилептиформной активности у больного височной эпилепсией являются:

Референтное с ипсилатеральным ушным электродом

Вертексное отведение

Отведение с усредненным электродом

Биполярное, с участием височных электродов

Референтное с объединенным ушным электродом

Основные признаки идиопатических эпилепсий:

Наличие неврологических симптомов - характерно

Наличие нескольких типов приступов - нередко

Возраст-зависимый дебют - отсутствует

Психопатологические симптомы - отсутствуют

Изменение семиологии приступов в течение заболевания - нередко

Основные признаки симптоматических эпилепсий

Наличие нескольких типов приступов

Возраст зависимый дебют

Имеют генетическую предрасположенность

Отсутствуют изменения на МРТ

Клиническая характеристика височных эпилепсий:

Дебют заболевания только в зрелом возрасте

Дебют в любом возрасте. Аура (75%); оро-алиментарные и кистевые автоматизмы.

Отсутствие изменений при рутинной ЭЭГ

Изолированные ауры отсутствуют. Рутинная ЭЭГ – диагностически значима

Оро-алиментарные и кистевые автоматизмы отсутствуют

Рутинная ЭЭГ информативна

Противоэпилептические препараты (ПЭП), применяемые при различных типах приступов (с широким спектром воздействия на различные патогенетические «мишени»):

Фенитоин+карбамазепин+тиагабин

Препараты вальпроевой кислоты+топирамат+препараты ламотриджинового ряда

Фенобарбитал+фенитоин+этосуксимид

Иминостильбены (карбамазепин)+зонисамид+ фенитоин

Иминостильбены (карбамазепин)+зонисамид+ фенитоин

Клиническая характеристика лобных эпилепсий:

Отсутствие стереотипности приступов. Длительность приступа 2 минуты. Отсутствие вторичной генерализации. Частота приступов 1 раз в неделю.

Дебют в любом возрасте. Стереотипные приступы. Длительность приступа 30-60 секунд. Необычные двигательные феномены, тонические позы, вокализация.

Частота приступов – 10 и более в сутки.

Наличие ауры. Отсутствие двигательных феноменов. Продолжительность приступов 3 минуты. Отсутствие вторичной генерализации.

Возникают у пожилых пациентов в дневное время. Только тонические приступы продолжительностью 2 минуты и более. Частота приступов 2 раза в месяц.

Клиническая характеристика теменных эпилепсий:

Манифестация в любом возрасте. Приступ длительностью 1-2 минуты, с парестезиями, болевыми ощущениями, «сексуальные приступы». Нарушение схемы тела. На ЭЭГ – «биоэлектрически немые» участки.

Дебют – ранний детский возраст. Приступ сопровождается аурой. Приступ купируется ПЭП.

Манифестация в пожилом возрасте. Приступ длительностью до 1 минуты, с автоматизмами и двигательными феноменами. Рутинная ЭЭГ неинформативна.

Часто встречается у женщин. Сопровождается зрительными галлюцинациями.

Длительность приступа 3 минуты. Купируется препаратами ламотриджинового ряда.

Клиническая характеристика затылочных эпилепсий:

Манифестация в пожилом возрасте. Приступ длительностью до 1 минуты, с автоматизмами и двигательными феноменами. Рутинная ЭЭГ неинформативна

Длительность приступа 3 минуты. Приступ сопровождается кистевыми автоматизмами; сопровождается вокализацией. Хорошо купируется ПЭП.

8% всех эпилепсий. Приступ сопровождается простыми зрительными галлюцинациями. Девиация головы и глаз. Более 50% случаев показано

нейрохирургическое лечение.

Дебют в любом возрасте. Стереотипные приступы. Длительность приступа 30-60 секунд. Необычные двигательные феномены, тонические позы, вокализация. Частота приступов – 10 и более в сутки.

Встречается в 30% эпилепсий. Приступ сопровождается аурой – страхами, слуховыми галлюцинациями. Двигательные феномены. Длительность приступа 4 минуты.

Какие препараты предупреждают развитие обострений рассеянного склероза?

ПИТРС

Кортикостероиды

Дофаминэргические

Антиоксидантные

Патология какого черепного нерва часто возникает в дебюте рассеянного склероза?

VIII

II

При рассеянном повреждаются только спинномозговые нервы

XII

По какой шкале оценивается степень инвалидизации при рассеянном склерозе?

По шкале комы Глазго

По шкале Апгар

По шкале Бека

По шкале EDSS

специфическая оценка отсутствует

Препаратами первой линии терапии рассеянного склероза являются:

Митоксантрон

Кортикостероиды

Альфа-интерфероны

Бета-интерфероны и

Глатирамера ацетат

Препаратами второй линии терапии рассеянного склероза являются:

Митоксантрон и

Финголимод и

Натализумаб

Бета-интерфероны

Альфа-интерфероны

Какими нарушениями представлен чаще всего дебют рассеянного склероза?

Зрительными нарушениями

Нейропсихологическими

Когнитивными

Тазовыми нарушениями
Психическими нарушениями

Зрительные нарушения при рассеянном склерозе чаще всего обусловлены:

Атрофией зрительного нерва
Дегенерацией сетчатки
Ретробульбарным невритом
Поражением хиазмы
Очагами в зрительной коре

Симптом «горячей ванны» характерен для:

Паркинсонизма
Рассеянного склероза
Оптического неврита
Ишемического инсульта
Опухолей спинного мозга

Симптом «горячей ванны» характеризуется:

Нарастанием очаговой неврологической симптоматики при повышении температуры тела или окружающей среды
Уменьшением очаговой неврологической симптоматики при повышении температуры тела или окружающей среды
Нарастанием когнитивных нарушений при повышении температуры тела или окружающей среды
Увеличением болевого синдрома при повышении температуры тела или окружающей среды
Не сопровождается изменением выраженности симптомов

Симптом Лермитта характеризуется:

Ощущением прохождения тока по периферическим нервам
Ощущением прохождения тока вдоль позвоночника при наклоне головы
Появлением болевого синдрома в конечностях
Нарастанием симптомов после повышения температуры тела
Ощущением прохождения тока в области лица

Примером синдрома клинической диссоциации при рассеянном склерозе является:

Сочетание гиперрефлексии и симптома Бабинского
Сочетание гиперрефлексии и мышечной гипотонии
Сочетание гиперрефлексии и спастического мышечного тонуса
Сочетание гипорефлексии и низкого мышечного тонуса
Сочетание гипорефлексии и отсутствия патологических стопных знаков

Спинальный очаг демиелинизации на шейном уровне обуславливает:

Синдром непостоянства клинических симптомов

Синдром клинической диссоциации
Симптом горячей ванны
Симптом Лермитта
Нарушение зрения

Через какой интервал времени необходимо провести повторное МРТ-исследование у пациента при клинически изолированном синдроме с высоким риском развития развития рассеянного склероза?

Через 3 месяца
Через 6 месяцев
Через 2 месяца
Через 1 месяц
Через 12 месяцев

Характеристика спинальных очагов на МРТ при рассеянном склерозе:

Очаги распространяются более чем на 3 сегмента, занимают менее половины поперечного сечения спинного мозга, не вызывают утолщение спинного мозга
Очаги не должны распространяться более чем на 3 сегмента, занимают менее половины поперечного сечения спинного мозга, не вызывают утолщение спинного мозга
Очаги не должны распространяться более чем на 3 сегмента, занимают менее половины поперечного сечения спинного мозга, вызывают утолщение спинного мозга
Очаги не должны распространяться более чем на 2 сегмента, занимают менее половины поперечного сечения спинного мозга, не вызывают утолщение спинного мозга

При рассеянном склерозе проведение МРТ-исследования в режиме с введением контраста служит:

Для определения давности заболевания
Для определения количества очагов
Для определения активности процесса
Для определения локализации очагов
Не имеет диагностического значения

Под вторично-прогрессирующим течением рассеянного склероза понимают:

Неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений с самого начала заболевания на протяжении не менее года
Смену волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствием 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:

Смену волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствием 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
Неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений с самого начала заболевания на протяжении не менее года
Волнообразное течение с периодами ухудшения и улучшения состояния и нарастание симптомов в периоды ремиссий

Выявление каких изменений в ликворе может служить подтверждением рассеянного склероза?

Антитела к боррелии
Повышенный уровень белка
Антитела к вирусу Эпштейна-Барр
Олигоклональная секреция IgG
Выраженный лимфоцитарный плеоцитоз

Что является диагностической основой для постановки диагноза рассеянного склероза?

Нейровизуализационная картина
Диссеминация во времени
Диссеминация в пространстве и времени
Диссеминация в пространстве
Данные анализа ликвора

С какими заболеваниями наиболее редко приходится проводить дифференциальный диагноз рассеянного склероза?

Травматическое поражение
Нейроинфекции
Сосудистые заболевания
Опухоли ЦНС
Наследственные заболевания

Для поражения тройничного нерва из перечисленного характерно:

Асимметрия окала
Снижение корнеального рефлекса
Диплопия
Гиперакузия
Дизартрия

Для поражения лицевого нерва из перечисленного характерно:

Атрофия языка

Головокружение
Асимметрия лицевой мускулатуры
Гипестезия на половине лица
Гиперемия склер

Из перечисленного в бульбарный синдром входит:

Гиперакузия
Диплопия
Слабость глазодвигательных мышц
Дисфония
Аносмия

Для периферического одностороннего поражения подъязычного нерва из перечисленного характерно:

Гиперакузия
Нарушение вкуса передних 2/3 языка
Диплопия
Атрофия ипсилатеральной половины языка
Диплопия

Какими клетками синтезируется миелин периферической нервной системы?

Микроглиоциты
Олигодендроциты
Шванновские клетки
Астроциты
Эпендимоциты

Вестибулярный неврит проявляется:

Снижением слуха
Снижением вкуса
Несистемным головокружением
Системным головокружением
Мимическим парезом

Поражение обонятельного нерва проявляется:

Обонятельными галлюцинациями
Аносмией
Нарушением вкуса
Снижением вкуса
Диплопией

Нейропатия зрительного нерва проявляется:

Гомонимной гемианопсией
Биназальной гемианопсией
Диплопией

Монокулярной слепотой
Фотопсиями

Для моторной полинейропатии из перечисленного характерно:

Синдром Броун-Секара
Патологические стопные рефлексы
Снижение ахилловых и карпорадиальных рефлексов
Гиперрефлексия
Акроцианоз

Для вегетативной полинейропатии из перечисленного характерно:

Акроцианоз
Анизорефлексия
Тетрапарез
Сегментарные нарушения чувствительности
Монопарез

Для болевой дистальной полинейропатии из перечисленного характерно:

Гипергидроз
Дизестезии
Анизорефлексия
Патологические стопные рефлексы
Миоклонии

Поясничная радикулопатия из перечисленного проявляется:

Тазовыми нарушениями
Акроцианозом
Парапарезом
Симптомами натяжения
Трофическими язвами

Диабетическая полинейропатия проявляется:

Тазовыми нарушениями
Мимическим парезом
Спастическим монопарезом
Дистальной гипестезией конечностей
Симптомами натяжения

Синдром Гийена-Барре проявляется:

Спастическим монопарезом
Прогрессирующим вялым тетрапарезом
Акинетико-ригидным синдромом
Проксимальным парапарезом
Миоклониями

Диабетическая вегетативная полинейропатия проявляется:

Неустойчивостью артериального давления
Вялым тетрапарезом
Дыхательной недостаточностью
Нейропатическим болевым синдромом
Сухожильной гиперрефлексией

Диабетическая проксимальная полинейропатия из перечисленного проявляется:

Неустойчивостью артериального давления
Недержанием мочи
Вялым тетрапарезом
Гипотрофией мышц бедер
Акроцианоз

Алкогольная полинейропатия проявляется:

Вялым тетрапарезом
Симптомами натяжения
Когнитивными нарушениями
Трофическими язвами
Интенционным тремором

Для нейропатии седалищного нерва из перечисленного характерно:

Выпадение ахиллова рефлекса
Выпадение коленного рефлекса
Недержание мочи
Акроцианоз
Миоклонии

К демиелинизирующим полинейропатиям относятся:

Травматическая
Алкогольная
Синдром Гийена-Барре
Порфирийная
Уремическая

Для диагностики нейропатий используется:

Электроэнцефалография
Электромиография
МРТ
Допплерография
Полисомнография

При лечении полинейропатий из перечисленного используются:

Антиагреганты
Витамины группы В

Тромболитики
Хирургическое лечение
Транскраниальная магнитная стимуляция

К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся:

Арахноидэндотелиомы
Астроцитомы
Олигодендроглиомы
Мультиформные спонгиобластомы
Все перечисленные

Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли:

В задней черепной ямке
В краниовертебральной области
В базальной зоне головного мозга
В больших полушариях головного мозга
Верно Б и В

Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак:

Желудка
Лёгких
Молочной железы
Матки
Предстательной железы

Ранными симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации чаще являются:

Астазия-абазия
Двусторонний центральный нижний парапарез
Нарушения поведения
Нарушения координации
Битемпоральные дефекты поля зрения

Изменения на глазном дне при синдроме Фостера-Кеннеди характеризуются:

Атрофией диска зрительного нерва на стороне опухоли и застойными явлениями на противоположном глазном дне и в диске противоположного зрительного нерва
Атрофией и застоем диска зрительного нерва на стороне опухоли
Атрофией и застоем диска зрительного нерва с двух сторон
Атрофией диска зрительного нерва на противоположной стороне опухоли
Застоем диска зрительного нерва на стороне опухоли и атрофией на противоположной стороне

Укажите, какие из перечисленных симптомов возникают при опухолях передней центральной извилины:

Моноанестезия
Амнестическая афазия

Эфферентная моторная афазия
Джексоновские судорожные приступы
Астазия-абазия

Укажите, какие из перечисленных симптомов не характерны для опухоли мозжечка:

Афазия
Скандированная речь
Атаксия
Дисметрия
Интенционный тремор

Укажите, какие из перечисленных симптомов не возникают при опухолях височной доли:

Вкусовые и обонятельные галлюцинации
Сенсорная афазия
Эпилептические приступы
Расстройства поверхностной чувствительности
Амнестическая афазия

Отличительным признаком опухоли верхней теменной доли является:

Б. Поза Вернике-Мана
В. Расстройства чувствительности по гемитипу
А. Гемипарез и расстройства чувствительности по гемитипу
Д. Преобладание афферентного пареза в руке
Г. Вялый характер пареза

Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает:

В. После кратковременного ощущения тошноты
А. Вне связи с приемом пищи
Г. При повышении внутричерепного давления
Б. Независимо от перемены положения тела
Д. Все перечисленное

Наиболее часто встречаются невриномы нерва:

Обонятельного
Зрительного
Слухового
Глазодвигательного
Лицевого

Интрамедуллярные опухоли это чаще всего:

Глиомы
Невриномы

Бластомы
Менингеомы
Лимфомы

Невриномы - опухоли для которых характерно все, кроме:

Злокачественные
Растут из шванновских клеток
Растут из задних корешков
Доброкачественные
Локализуются в грудном отделе позвоночника или конском хвосте

Характерным признаком невриномы VIII пары черепных нервов является:

Снижение слуха на стороне опухоли
Слуховая агнозия
Слуховые галлюцинации
Гиперакузия
Боль в ухе

Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена:

Компрессией хиазмы при передне-задней дислокации мозга
Расширением III желудочка
Нарушением кровообращения в хиазме
Всеми перечисленными факторами
Ничем из перечисленного

Эозинофильная аденома гипофиза у детей проявляется:

В. Ожирением
Г. Учащённым мочеиспусканием
Б. Гирсутизмом
А. Гигантизмом
Д. Остеопорозом

Эозинофильная аденома гипофиза у взрослых проявляется:

Полиурией
Акромегалией
Бессонницей
Гиперкератозом
Гиперсаливацией

Базофильная аденома гипофиза проявляется:

Д. Ожирением (синдром Иценко-Кушинга)
А. Кахексией
Б. Полидипсией
В. Булимией
Г. Гипертермией

Какие общемозговые симптомы могут наблюдаться при опухолях головного мозга?

Рвота

Головокружение

Все перечисленные

Тошнота

Головная боль

Характерным рентгенологическим признаком разрастания опухоли гипофиза является:

Переломы верхней челюсти

Разрушение костей турецкого седла

Переломы нижней челюсти

Перелом пирамидки височной кости

Остеопороз

Противопоказаниями к проведению исследования сосудов головного мозга ультразвуковыми методиками принято считать:

Почечная колика

Противопоказаний для проведения ультразвуковых исследований не существует

Васкулопатии сосудов мозга и шеи

Чем из перечисленного характеризуется кардиоэмболический инсульт в соответствии с критериями TOAST?

Размером очага менее 1,5 см по данным МРТ

Наличием кардиогенных источников эмболии

Стенозом артерии, кровоснабжающей область поражения, более 70%

К редким подтипам инсульта относят:

Атеротромботический инсульт по типу артерио-артериальной эмболии

Мигренозный инсульт

Кардиоэмболический инсульт

Для диагностики субарахноидального кровоизлияния при поступлении больного в стационар из перечисленных методов используется:

Рентгеновская компьютерная томография

Электроэнцефалография

Магнитно-резонансная томография

Для мониторинга состояния системы дыхания у больных с инсультом в первые 72 часа заболевания необходимо использовать:

Оценку насыщения гемоглобина кислородом (SpO₂)

Оценку жизненной емкости легких

Плетизмографию

Оксигенотерапия показана при:

SpO₂ < 94%

SpO₂ < 80%

SpO₂ < 100%

Интубацию трахеи необходимо проводить при:

Наличии дисфонии

Наличии дисфагии

Угнетении уровня сознания глубже сопора и неэффективности самостоятельного дыхания

Выберите правильное утверждение. Внутривенное введение 5% глюкозы при ишемическом инсульте:

Может усилить отек мозга за счет снижения осмолярности крови

Необходимо больным с инсультом для улучшения метаболизма мозга в условиях ишемии

Необходимо больным с инсультом т.к. является основным компонентом в составе «поляризующей смеси»

Выберете правильное утверждение:

Объем мозга = Объем ликвора + Объем крови

Объем черепа = Объем мозга + Объем крови

Объем черепа = Объем мозга + Объем крови + Объем ликвора

Препаратом выбора для лечения клинически значимого отека головного мозга у больного с ишемическим инсультом является:

Маннитол

Глюкоза 40%

Реополиглюкин

Антипиретические мероприятия у больных с инсультом проводятся при:

Температуре тела >36,6

Температуре тела >37,5

Данная терапия не показана при инсультах

Для снижения повышенной температуры тела у больных с инсультом необходимо использовать:

Б. Анальгин + димедрол

А. Парацетамол

В. Антибиотики широкого спектра действия

При каком патогенетическом варианте ишемического инсульта для вторичной профилактики показаны непрямые антикоагулянты:

Атеротромботическом

Кардиоэмболическом
Лакунарном

Показанием к назначению варфарина для вторичной профилактики инсульта является:

Клапанная фибрилляция предсердий
Повышение свертываемости крови
Стеноз сонных артерий более 70%

Когда следует начинать профилактику у больных с транзиторными ишемическими атаками:

Сразу после диагностики ТИА
После завершения острого периода заболевания
Через месяц

Какой препарат не относится к антиагрегантам:

Клопидогрель
Дипиридамол
Варфарин

Эффективность какого ингибитора АПФ доказана для вторичной профилактики инсульта в мультицентровых исследованиях?

Каптоприл
Эналаприл
Периндоприл

Как долго следует применять антиагреганты для вторичной профилактики инсульта:

1 год
Постоянно пожизненно
Повторными курсами длительностью 1 месяц с перерывами по 3 месяца

Какова продолжительность жизни нейронов в ядерной зоне ишемии?

Б. 3-6 часов
А. 6-8 мин
В. 24 часа

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

Антитромботические
Нормотимические
Гиполипидемические

В течение какого срока от появления симптомов ишемического инсульта разрешено применение rtPA для системной тромболитической терапии в России?

До 4,5 часов

До 3 часов

До 6 часов

Через какое время после проведения системной тромболитической терапии rtPA можно использовать гепарин или антиагреганты?

Одновременно с rtPA

Непосредственно после завершения системной тромболитической терапии

Через 24 часа после повторной КТ головного мозга

Какое количество тромбоцитов является противопоказанием для проведения системной тромболитической терапии?

Менее 100,000

Менее 180,000

Менее 220,000

Какие витальные показатели необходимо контролировать при проведении системной тромболитической терапии?

АД, ЧСС, t, SpO₂, ЧДД, ЦВД

АД, ЧСС, t, SpO₂, ЧДД

АД, ЧСС, SpO₂, внутричерепное давление

Плечеголовной ствол обычно отходит:

От верхней стенки дуги аорты

От передней стенки дуги аорты

От задней стенки дуги аорты

Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами

Периферическим парезом ног, нарушением чувствительности по корешковому типу, тазовыми расстройствами

Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи

Спастическим нижним парапарезом без расстройств чувствительности и нарушения функций тазовых органов

Периферическим нижним парапарезом и тазовыми расстройствами

Какие симптомы не характерны для гематомииелии поясничного отдела спинного мозга:

Г. Нарушение функции тазовых органов

Б. Нижний парапарез

А. Тетраплегия

В. Мышечная гипотония

Д. Проводниковый тип расстройства чувствительности

При каких из перечисленных видов черепно-мозговой травмы может наблюдаться

примесь крови в ликворе?

- А. Эпидуральная гематома
- Б. Субарахноидальное кровоизлияние
- В. Сотрясение головного мозга
- Г. Внутримозговая гематома
- Д. Ушиб головного мозга

Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются:

- Вестибулярные расстройства
- Расширение зрачка на противоположной стороне
- Гемипарез на противоположной стороне
- Гемипарез на стороне гематомы
- Нарушение поверхностной чувствительности на противоположной стороне

Какие из перечисленных симптомов не характерны для субарахноидального кровоизлияния?

- Парезы конечностей
- Головная боль
- Менингеальные явления
- Тазовые нарушения
- Психомоторное возбуждение

При каких видах черепно-мозговой травмы не наблюдаются очаговые симптомы поражения головного мозга?

- В. Внутримозговая гематома
- А. Эпидуральная гематома
- Г. Сотрясение головного мозга
- Б. Субдуральная гематома
- Д. Ушиб головного мозга

Что из перечисленного не характерно для эпидуральной гематомы?

- Как правило, не распространяется за пределы черепных швов
- Дислокационные синдромы
- Наличие «светлого» промежутка
- Наличие крови в желудочковой системе
- Очаговые симптомы

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

- IX и X пар
- II и III пар
- VIII, VII и V пар
- XII и XI пар
- Все перечисленное

Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) из перечисленного характерны:

Слабость IV, V пальцев

Атрофия мышц возвышения большого пальца и усиление болей в кисти при ее сгибании

Атрофия мышц возвышения большого пальца

Усиление болей в кисти при ее сгибании

Слабость IV, V пальцев и усиление болей в кисти при ее сгибании

Для поражения лучевого нерва на уровне средней трети плеча из перечисленного характерно наличие:

Паралича разгибателей предплечья и паралича разгибателей кисти

Усиление рефлекса с трехглавой мышцы

Паралича разгибателей кисти

Паралича разгибателей предплечья

Каузалгический синдром наиболее часто встречается при ушибе:

Большеберцового нерва

Срединного нерва

Малоберцового нерва

Локтевого нерва

Малоберцового нерва и локтевого нерва

Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерно:

Атрофия четырехглавой мышцы бедра

Паралич разгибателей голени

Все перечисленное

Выпадение коленного рефлекса

Паралич разгибателей голени и выпадение коленного рефлекса

Для травматического ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны:

Выпадение ахиллова рефлекса

Выпадение коленного рефлекса

Парез разгибателей голени

Парез разгибателей голени, выпадение ахиллова рефлекса, паралич стопы и пальцев ног

Паралич стопы и пальцев ног

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

При ушибе нервного ствола:

Сохраняется анатомическая целостность нерва

Сохраняется анатомическая целостность нерва и происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей

Происходит полный перерыв нервного ствола

Происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей

Происходит полный перерыв нервного ствола и кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей

Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны:

Гипалгезия наружной поверхности голени

Слабость подошвенных сгибателей стопы

Слабость подошвенных сгибателей стопы и гипалгезия наружной поверхности голени

Гипотрофия перонеальной группы мышц

Слабость подошвенных сгибателей стопы и гипотрофия перонеальной группы мышц

Какие из перечисленных симптомов не характерны для субарахноидального кровоизлияния?

Кровь в ликворе

«Светлый» промежуток

Менингеальные симптомы

Головная боль

Какие симптомы не могут возникать при ушибе головного мозга?

Общемозговые

Натяжения

Оболочечные

Вегетативные

Очаговые

При каких из перечисленных видов черепно-мозговой травмы может наблюдаться кровь в ликворе?

Ушиб головного мозга

Сотрясение головного мозга

Субарахноидальное кровоизлияние

Эпидуральная гематома

Диффузное аксональное повреждение

Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы обусловлено:

Асимметричной гидроцефалией

Развитием отека мозга и вторичного стволового синдрома

Сдавлением моторной области коры

Ущемлением ствола в затылочном отверстии

Асимметричной гидроцефалией и сдавлением моторной области коры

Основным для прогноза развития деменции является следующий признак:

Выраженность расширения субарахноидальных пространств

Атрофия мозжечка

Выраженность увеличения желудочков

Атрофия гиппокампа

При развитии болезни Альцгеймера начинается отложение:

Холестерина

Жиров

Бета-амилоида

Гомоцистеина

Ничего

Какой из симптомов болезни Альцгеймера проявляется более ярко на ранних этапах заболевания?

Нарушения памяти

Нарушения внимания

Нарушения мышления

Нарушения праксиса

Нарушения ходьбы

Больной с сенсорной афазией:

Не может говорить и не понимает обращенную речь

Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

Понимает обращенную речь, но не может говорить

Может говорить, но забывает названия предметов

Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь

Больной с эфферентной моторной афазией:

Не понимает обращенную речь и не может говорить

Понимает обращенную речь, но не может говорить

Может говорить, но не понимает обращенную речь

Может говорить, но речь скандированная

Может говорить, но не помнит названия предметов

Слуховая агнозия наступает при поражении:

Затылочной доли

Теменной доли
Височной доли
Лобной доли

Нарушение праксиса носит название:

Апраксия
Афазия
Агнозия
Алексия
Аграфия

Эффективность каких препаратов доказана в лечении деменции?

Антидепрессанты
Ингибиторы холинэстеразы
Транквилизаторы
Ноотропы
Нейролептики

Механизм действия мемантина связан с:

Глутаматергической системой
Холинергической системой
Норадренергической системой
Серотонинергической системой
Мелатонинергической системой

Длительность терапии при болезни Альцгеймера должна быть:

3-5 лет
6 месяцев
Пожизненной
2 года

При когнитивных нарушениях при болезни Паркинсона из противопаркинсонических препаратов следует отдать предпочтение:

Агонистам дофаминовых рецепторов
Леводопе
Амантадинам
Ингибиторам MAO-B
Холинолитикам

К основным проявлениям болезни Паркинсона относят все, кроме:

Брадикинезии
Паралича зрения
Ригидности
Тремора покоя
Постуральных нарушений

Для тремора при болезни Паркинсона характерно все, кроме:

- Усиливается при волнении
- Относится к числу возобновляющегося тремора
- Возникает в покое
- Начинается с головы
- Усиливается при движении другой рукой

При болезни Паркинсона чаще всего наблюдается тремор:

- Рук
- Ног
- Головы
- Голосовых связок
- Подбородка

Классический вариант тремора при болезни Паркинсона:

- Покая
- Кинетический
- Интенционный
- Постуральный
- Изометрический

Для болезни Паркинсона характерно все, кроме:

- В. Асимметричность симптомов, с их большей выраженностью на стороне дебюта заболевания
- А. Постепенное начало
- Г. Симметричность симптомов
- Б. Неуклонное прогрессирование
- Д. Хорошая реакция на препараты леводопы

Для больных старше 70 лет препаратами первого выбора при болезни Паркинсона являются:

- В. Ингибиторы МАО-Б
- Г. Амантадины
- Б. Агонисты дофаминовых рецепторов
- А. Леводопа
- Д. Холинолитики

Препараты леводопы следует назначать:

- В. Сразу после приема пищи
- Г. Непосредственно перед приемом пищи
- Б. Вместе с приемом пищи
- А. За 1 час до приема пищи
- Д. Обязательно с белковыми продуктами

Для лечения пациентов с болезнью Паркинсона младше 70 лет к препаратам первого выбора относят все, кроме:

- Амантадины
- Агонистам дофаминовых рецепторов
- Леводопа
- Ингибиторы МАО-Б
- Комбинация агонистов дофаминовых рецепторов и ингибиторов МАО-В

Для сосудистого паркинсонизма не характерно:

- Б. Преобладание ригидности и гипокинезии в ногах
- А. Асимметричность начала и
- Г. Тремор покоя
- В. Раннее развитие постуральной неустойчивости
- Д. Пирамидный синдром

Противопоказанием к назначению холинолитиков является все, кроме

- Когнитивные нарушения
- Зрительные галлюцинации
- Возраст старше 50 лет
- Возраст моложе 50 лет
- Глаукома

Для лечения синдрома беспокойных ног препаратами первого выбора являются:

- А. Амантадины
- В. Агонисты дофаминовых рецепторов
- Б. Леводопа
- Г. Бета-блокаторы
- Д. Холинолитики

Вторичный синдром беспокойных ног может быть обусловлен:

- А. Недостатком железа
- Б. Избытком железа
- В. Недостатком кальция
- Г. Избытком кальция
- Д. Недостатком калия

Тремор, возникающий при удержании позы, называется:

- Б. Постуральный
- А. Покоя
- В. Кинетический
- Г. Интенционный
- Д. Изометрический

Эссенциальный тремор чаще всего представлен тремором:

- Изометрическим

Интенционным
Покоя
Постурально-кинетическим
Возобновляющимся

Для лечения эссенциального тремора чаще всего используют:

Бета-блокаторы
Агонисты дофаминовых рецепторов
Амантадины
Леводопу
Нейролептики

Формирование патологических поз и наличие корригирующих жестов характерно для:

Дистонии
Тремора
Хореи
Тиков
Миоклонии

Моторные тики считаются хроническими, если они наблюдаются более:

1 года
6 месяцев
3 месяцев
3 лет
5 лет

Для диагностики болезни Вильсона-Коновалова необходимо:

Исследование печеночных ферментов
Электромиография
Определение церулоплазмина в крови и
Исследование роговичного кольца Кайзера-Флейшера
Исследование сывороточного железа

Для лечения болезни Вильсона-Коновалова используют:

Купренил
Леводопу
Нейролептики
Бета-блокаторы
Агонисты дофаминовых рецепторов

Показанием для наблюдения у психиатра при депрессии является:

Наличие суицидальных мыслей
Все перечисленное
Биполярное расстройство

Тяжелая депрессия с психотическими эпизодами

Эсциталопрам воздействует на:

Холинергическую систему
Серотонинергическую систему
Мелатонинергическую систему
Норадренергическую систему
глутаматергическую систему

Агомелатин воздействует на:

Серотонинергическую систему
Норадренергическую систему
Холинергическую систему
Мелатонинергическую систему
глутаматергическую систему

К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина не относится:

Циталопрам
Флуоксетин
Амитриптилин
Сертралин
Флувоксамин

В пожилом возрасте частота депрессий:

Сопоставима с молодым возрастом
Ниже
Выше
Сопоставима со средним возрастом

Для депрессивного синдрома не характерны:

Идеаторная заторможенность
Переживание тоски
Псевдогаллюцинации
Двигательная заторможенность
Идеи самоуничтожения

Клинический эффект СИОЗС отмечается через:

3-4 дня
6-7 дней
1-2 дня
10-12 дней
8-10 дней

Амитриптилин относится к антидепрессантам:

Трициклического ряда

Тетрациклического ряда
Ингибиторам МАО
СИОЗС
СИОЗСН

К расстройствам эмоций относятся:

Астения
Деменция
Депрессия
Умственная отсталость
Амнезия

Болезненное понижение настроения с двигательной заторможенностью и общим угнетением психических функций называется:

Депрессия
Дисфория
Эйфория
Мания
Апатия

Какой препарат не рекомендован при сочетании болезни Паркинсона и эпилепсии?

Габапентин
Левитирацетам
Вальпроаты
Ламотриджин

Какой препарат не относится к нормотимикам?

Карбамазепин
Ламотриджин
Левитирацетам
Вальпроаты

К атипичному паркинсонизму не относится:

Мультисистемная дегенерация
Нейролептический паркинсонизм
Супрануклеарный паралич
Кортикобазальная дегенерация

По современным представлениям нейродегенеративный процесс в головном мозге при болезни Паркинсона начинается

В коре
В черной субстанции
В обонятельной луковице и вегетативных ядрах IX, X нервов
В стриатуме

