

**Здесь последовательно представлены вопросы по специальности
"Неврология".**

**Сперва идёт первая категория, потом вторая, потом высшая.
Сделано это для быстрого поиска нужного вам вопроса и ответа.**

**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 рефлексах 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 Депрож-Гуттерона

Г. Дополнительной передней корешковой артерией Депрож-Гуттерона

Артерия Депрож-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

Лагофтальм 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 рефлексy
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 девица
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-прогредиентного 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 гипертензия

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 элетролитных 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 тромболизиса 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

анти тромботические

нормотимические

Компьютерная томография выявляет зону гиподенситивности 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 гиперденситивные 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 MAO

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 MAO-B
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 церрулоплазмينا 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

Эозинофильная 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 гипосмия?

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 галюцинации
все перечисленные
фотопсии
метаморфопсии
макро и микропсии

Какие признаки свидетельствуют о раздражении задних отделов лобной доли опухолью?

обонятельные галюцинации
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 гематомии 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 субарахноидальном 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

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. Парапарез, 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. Спастика-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 Пуссепа 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 конвексимальной 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 Деппрож-Гуттерона
Задней корешковой артерии
Дополнительной передней корешковой артерии Деппрож-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 оскала

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

Ранними 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 МАО-В
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:

- Покоя
- 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 самоуничужения

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

Миелинизация волокон пирамидной системы начинается:

- в конце 1 года жизни
- на 3 мес внутриутробного развития
- на последнем месяце внутриутробного развития
- на 6 мес внутриутробного развития
- в начале 2 года жизни

В состав среднего мозга не входят:

- ядра отводящего нерва и
- ядра лицевого нерва
- красные ядра
- ядра блокового нерва
- ядра глазодвигательного нерва

Укажите, на каком уровне в стволе головного мозга расположены ядра III и IV пары черепных нервов:

- варолиев мост и продолговатый мозг
- варолиев мост.
- средний мозг
- продолговатый мозг.
- промежуточный мозг

В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят:

- миндалина
- ретикулярная формация
- гиппокамп
- черная субстанция
- мамиллярные тела

При повреждении зрительного тракта периметрия выявляет:

- одностороннюю гомонимную гемианопсию
- Нижнеквадрантную гемианопсию
- битемпоральную гемианопсию
- биназальную гемианопсию
- верхнеквадрантную гемианопсию

Выпадение верхних или нижних квадрантов полей зрения наступает при поражении:

- наружных отделов зрительного перекреста
- глубинных отделов височной доли
- глубинных отделов теменной доли
- первичных зрительных центров в таламусе

К ликворным цистернам головного мозга относят все, кроме:

- цистерна моста

межножковая
мозжечково-мозговая
конечная
все перечисленное

Одновременное развитие центрального пареза правой руки и левой ноги характерно для поражения:

внутренней капсулы
продолговатого мозга на уровне перекреста двигательных путей
боковых столбов спинного мозга
лобной доли
шейного утолщения

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

на конвергенцию
на свет
на аккомодацию
на болевое раздражение
на свет и аккомодацию

Какие из перечисленных симптомов не характерны для псевдобульбарного синдрома:

дисфония
дисфагия
фибрилярные подергивания языка
дизартрия
повышение глоточного рефлекса

Какие признаки не характерны для синдрома Вебера?

парез IX-X пар черепных нервов
птоз
мидриаз
парез III пары черепных нервов
гемипарез

Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клода) не является характерным наличие:

паралича глазодвигательного нерва на стороне очага
гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне
гемиатаксии на противоположной очагу стороне
гипотонии мышц конечностей на противоположной очагу стороне
интенционного тремора на противоположной очагу стороне

Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным

вовлечением в патологический процесс нервов:

лицевого и подъязычного

лицевого и отводящего

лицевого

языкоглоточного нерва и блуждающего

подъязычного и добавочного

При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится:

в заднебоковом отделе продолговатого мозга

в области красного ядра

в основании ножки мозга

в основании нижней части моста мозга

в верхней части моста

Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко) не является характерным наличие:

паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага

гемипареза на стороне очага поражения

атаксии на стороне очага

сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага

нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне

Укажите, через какие ножки мозжечка проводятся импульсы от коры больших полушарий?

верхние

средние

нижние

верхние и средние

верхние и нижние

Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:

C6-C7

C7-C8

T1-T2

T2-T3

C5-T10

Альтернирующий паралич Шмидта включает в себя все, кроме:

периферическое поражение X, IX нерва

периферическое поражение XI нерва

периферическое поражение XII нерва

периферическое поражение VII нерва

центральный гемипарез на противоположной стороне

Укажите, какие симптомы не характерны для поражении паллидонигральной системы:

повышение мышечного тонуса по пластическому типу

гипокинезия

скандированная речь

сиалорея

гипомимия

При оценке дермографизма следует учитывать, что в норме:

красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища; белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей

красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища

красный дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей

белый дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища

белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей

Амнестическая афазия наблюдается при поражении:

лобной доли

стыка височной и теменной доли

теменной доли

стыка лобной и теменной

височной

Для изолированной сенсорной афазии характерна следующая комбинация симптомов:

нарушение повторения слов и предложений, нарушение рядовой речи, неправильное название предметов

нарушение фонематического слуха, словесный эмбол, неправильное название предметов

персеверация, словесный эмбол, «телеграфный стиль»

парафазии, «словесный салат», нарушение понимания простых и сложных инструкций

нарушение понимания возвратных, сравнительных, атрибутивных конструкций

Укажите, при поражении каких образований мозга не возникает астереогноз?

задняя центральная извилина

теменная доля

задние столбы спинного мозга

внутренняя капсула

Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке:

длинных циркулярных артерий моста
парамедианных артерий моста
коротких циркулярных артерий моста
нижней задней артерии мозжечка
нижней передней артерии мозжечка

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

55-60 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
100-150 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
40-45 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
10-12 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту
150-200 мл крови на 100 г вещества головного мозга в минуту

Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние:

тонуса и реактивности сосудов
архитектоники артериального круга большого мозга (веллизиева круга)
реологических свойств крови
свертывающей-противосвертывающей системы крови
системной и церебральной гемодинамики

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

венозные синусы
посткапиллярные венулы
артериовенозные анастомозы
мозговые вены
магистральные вены

Артерия Деброж-Гуттерона кровоснабжает:

нижнегрудной и поясничной
шейный отдел спинного мозга
нижнегрудной, поясничной и крестцовой
грудной отдел
шейной и грудной

Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

концентрического сужения полей зрения
бitemпоральной гемианопсии
гомимной гемианопсии
биназальной гемианопсии
ничего из перечисленного

Какой из белков миелина центральной нервной системы человека является наиболее иммуногенным?

- протеолипидный протеин
- фибрилярный белок
- миелин-ассоциированный гликопротеин
- основной белок миелина
- миелин-олигодендроцитарный гликопротеин

К какому году завершается миелинизация нервных волокон?

- 7-8 лет
- 1-2 года
- 2-3 года
- 4-5 лет
- 6-7 лет

Конкордантность по рассеянному склерозу у однополых монозиготных близнецов составляет?

- 0,3%
- 3%
- 0,03%
- 30%

К генетическим особенностям рассеянного склероза не относят:

- наличие семейных форм
- строго моногенное наследование
- наличие генетической предрасположенности
- повышенный риск РС среди монозиготных близнецов
- полигенный характер предрасположенности

Экспериментальный аллергический энцефаломиелит вызывают:

- введением белка миелина
- введением токсина МФТП
- введением токсина оксотреморина
- экспериментальной окклюзией сосудов
- травматическим повреждением мозга

Какие участки нервной системы наиболее подвержены демиелинизации?

- базальные ганглии
- ядра ствола
- кора мозга
- мозолистое тело
- передние рога спинного мозга

Какой из белков миелина наиболее подвержен разрушению при демиелинизирующих заболеваниях ЦНС?

миелин-олигодендроцитарный гликопротеин
основной белок миелина
миелин-ассоциированный гликопротеин
протеолипидный протеин
сфингомиелин

Какая популяция Т-клеток играет ведущую роль в патогенезе рассеянного склероза?

Т-фолликулярный

Т-киллеры

Th17

Т-супрессоры

Т-клетки не участвуют в патогенезе рассеянного склероза

Иммунный ответ при рассеянном склерозе характеризуется всем ниже перечисленным, кроме:

высокий уровень провоспалительных цитокинов

повышенный уровень экспрессии молекул межклеточной адгезии

низкий уровень провоспалительных цитокинов

низкий уровень противовоспалительных цитокинов

высокая продукция аутоантител

Характеристика спинальных очагов на МРТ при рассеянном склерозе:

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

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

Диагностическими критериями для постановки диагноза рассеянного склероза являются:

2 и более объективно обнаруженных очагов на МРТ без признаков клинических обострений

1 клиническое обострение и объективно обнаруженные очаговые изменения на МРТ

2 и более клинических обострений без объективно обнаруженных очагов на МРТ

2 и более клинических обострений плюс 2 и более объективно обнаруженных очагов на МРТ

1 обострение без объективно обнаруженных очагов на МРТ

Атипичная МРТ-картина при рассеянном склерозе:

очаги размерами более 3 мм в диаметре
очаги в спинном мозге
опухолеподобные очаги больших размеров
очаги в мозолистом теле
перивентрикулярные очаги

Характеристика очагов на МРТ при рассеянном склерозе:

мелкие очаги размерами менее 3 мм
овальной формы, размерами более 3 мм, локализованные в белом веществе
очаги чаще всего локализованы в сером веществе головного мозга
очаги больших размеров локализованы в височных долях
очаги размерами более 3 мм, как правило овальной формы, локализованы в сером веществе

Диагностически значимым при рассеянном склерозе являются следующие изменения:

олигоклональные Ig G в ликворе
АТ к вирусу простого герпеса в крови
лимфопения
гиперпротеинемия
эозинофилия

Клинически изолированный синдром - это любой вариант, кроме:

единственный эпизод демиелинизации, клинически многоочаговый, не менее 1 субклинического очага на МРТ, критериев диссеминации во времени нет
единственный эпизод демиелинизации, клинически многоочаговый, на МРТ нет субклинических очагов - изменения отсутствуют
единственный эпизод демиелинизации, клинически моноочаговый, не менее 1 субклинического (бессимптомного) очага на МРТ, критериев диссеминации во времени нет
множественные эпизоды демиелинизации, клинически моноочаговый, не менее 1 субклинического (бессимптомного) очага на МРТ, критерии диссеминации во времени выполнимы
единственный эпизод демиелинизации, клинически моноочаговый, на МРТ нет субклинических очагов - изменения отсутствуют

Отсутствие позывов к мочеиспусканию, затрудненное мочеиспускание тонкой струей, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, хроническая задержка мочи обозначается термином-

детрузорно-сфинктерная диссинергия
гиперактивный мочевой пузырь
гипорефлексия детрузора
императивные позывы

гиперрефлексия детрузора

При крестцовом уровне поражения наиболее часто возникает:

гипорефлексия детрузора
гиперактивный мочевой пузырь
императивные позывы
детрузорно-сфинктерная диссинергия
гиперрефлексия детрузора

Основным показанием для назначения оксибутина гидрохлорида является:

арефлексия детрузора
атония мочевого пузыря
гиперактивный мочевой пузырь
детрузорно-сфинктерная диссинергия
гипорефлексия детрузора

В патогенезе каких заболеваний преобладает демиелинизирующий компонент?

васкулиты
энцефалит
менингит
острый рассеянный энцефаломиелит
герпетический энцефалит

К миелинокlastиям не относят:

рассеянный склероз
врожденная лейкодистрофия
острый рассеянный энцефаломиелит
оптикомиелит Девика
оптический неврит

К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза:

хромофобные
базофильные и хромофобные
базофильные
эозинофильные
любого из перечисленных гистологических типов

К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся:

мультиформные спонгиобластомы
астроцитомы
арахноидэндотелиомы
олигодендроглиомы
все перечисленные

Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли:

в полушариях головного мозга
в базальной зоне головного мозга
в задней черепной ямке
в краниовертебральной области
верно оба Б и В

Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак:

матки
предстательной железы
печени
лёгких

Ранными симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются:

двусторонний пирамидный парез в ногах
нарушения поведения
нарушения координации
бitemпоральные дефекты поля зрения

Синдром Фостера - Кеннеди характеризуется:

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

Синдром Гертвига-Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли:

полушарий мозжечка
одинаково при любой локализации
червя мозжечка
мостомозжечкового угла

Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:

сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
корешковых болей положения
ранней блокады субарахноидального пространства
рентгенологического симптома Эльсберга - Дайка
все перечисленное

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?

нейроцитов

астроцитов

шванновских

олигодендроцитов

микроглиальных

Интрамедуллярные опухоли чаще всего локализуются:

только на уровне грудного утолщения

только поясничного утолщения

только на уровне шейного утолщения

на уровне шейного и поясничного утолщения

на уровне шейного и грудного утолщения

Экстремедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его

-

задней и заднебоковой поверхности

переднебоковой поверхности

задней поверхности

передней поверхности

передней и переднебоковой

Каковы первые проявления опухоли мозолистого тела:

все перечисленные

психические расстройства

апатия

сонливость

нарушение памяти

Назовите характерный признак изменения ликвора при опухолях головного мозга:

клеточно-белковая диссоциация

белково-клеточная диссоциация

нейтрофильный плеоцитоз

лимфоцитарный плеоцитоз

все перечисленное

Назовите стадии развития экстрamedуллярных опухолей:

невральная

менингеальная

корешковая и

половинное поражение спинного мозга (синдром Броун-Секара) и

полного поперечного поражения спинного мозга

Метастазируют в позвоночный канал опухоли:

предстательной железы

рак легких

все перечисленное

грудной железы

почек

Симптом корешковых болей положения наиболее характерен:

для субдуральных менингиом

для эпидуральных неврином

для субдуральных неврином

для эпидуральных менингиом

для всех перечисленных

Для опухоли мозгового конуса наиболее характерно расстройство чувствительности:

седловидная анестезия

по гемитипу

по типу перчаток

по типу чулок

по типу полубрюк

Что не относится к менингеальным симптомам:

симптом Бехтерева

симптом Брудзинского

симптом Лихтенштейна

симптом Оппегнейма

Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта:

через 10 и более часов от начала заболевания

сразу в начале развития заболевания

через 4 ч от начала заболевания

к концу острейшего периода

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

1 ч от начала кровоизлияния
6 ч от начала кровоизлияния
24 ч от начала кровоизлияния

Амнестическая афазия наблюдается при поражении

стыка лобной и теменной доли
стыка височной и теменной доли
теменной доли

Какой патогенетический тип инсульта не выделен в соответствии с критериями TOAST:

инсульт другой неизвестной этиологии
лакунарный
гемодинамический

Лакунарный (микроциркуляторный) инсульт характеризуется:

наличием мерцательной аритмии в анамнезе
прогредиентным течением
наличием быстрого восстановления нарушенных функций

Чем не характеризуется атеротромботический инсульт в соответствии с критериями TOAST:

наличие ТИА в анамнезе в том же сосудистом бассейне
размер очага менее 1.5 см
имеется кардиальный источник эмболии
наличие стенозов >50% в интра- или экстракраниальных артериях

Чем не характеризуется кардиоэмболический инсульт в соответствии с критериями TOAST:

наличие ТИА или инсульта в более чем одном сосудистом бассейне
наличие ТИА в анамнезе в том же сосудистом бассейне
полушарный инфаркт более 1,5 см в диаметре
мерцательная аритмия в анамнезе

Укажите наиболее часто встречаемые типы геморрагического инсульта:

субдуральная гематома
внутри мозговое кровоизлияние
изолированное вентрикулярное кровоизлияние

Причиной субарахноидального кровоизлияния чаще всего бывает:

аневризма или артерио-венозная мальформация
артериальная гипертензия
прием антикоагулянтов

В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют

роль все перечисленные факторы, кроме:

снижения перфузионного давления
снижения активности свертывающей системы
снижения эластичности эритроцитов

Для вертебро-базилярной недостаточности не характерно наличие:

афазии
расстройств зрения
дизартрии
атаксии

Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

гомонимной гемианопсии
биназальной гемианопсии
концентрического сужения полей зрения

Тромбоз основной артерии проявляется:

поражением ствола и потерей сознания
поражением варолиева моста
моторной афазией

Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке:

коротких циркулярных артерий моста
парамедианных артерий моста
нижней задней артерии мозжечка

Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является:

магнитно-резонансная томография
позитронно-эмиссионная томография
компьютерная томография

Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливают при полном регрессе неврологической симптоматики через:

24 часа
48 часов
72 часа

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

Снижение АД, в острейшем периоде ишемического инсульта, не нужно, если:

АД>200/110, независимо от проводимой терапии инсульта
АД>185/105, при проведении тромболитической терапии
АД< 180/100, независимо от проводимой терапии инсульта

Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является:

хлористый кальций и викасол
гепарин с антитромбином III
эпсилонаминокапроновая кислота

Умеренные когнитивные нарушения характеризуются по шкале MMSE:

24-27 баллов
27-30 баллов
20-24 балла

Факторами риска хронической ишемии мозга являются:

артериальная гипертония, сахарный диабет, атеросклероз
тиреотоксикоз, сахарный диабет, молодой возраст
острые инфекционные заболевания, женский пол, монголоидная раса

Какие из перечисленных симптомов характерны для сотрясения головного мозга?

головная боль
менингеальные явления
парезы конечностей
поражение черепных нервов

Какие из перечисленных симптомов не характерны для эпидуральной гематомы:

В. парезы конечностей
Г. менингеальные симптомы
А. «светлый» промежуток
Б. кровь в ликворе
Д. головная боль

При каких видах черепно-мозговой травмы наблюдается «светлый» промежуток:

сотрясение головного мозга
ушиб головного мозга
субарахноидальное кровоизлияние .
субдуральная гематома
диффузное аксональное повреждение

Тяжелое диффузное аксональное повреждение головного мозга характеризуется:

кратковременной потерей сознания
развитием комы после «светлого» промежутка
длительным коматозным состоянием с момента травмы
отсутствием потери сознания

менингеальным синдромом

Укажите, при каких видах травмы спинного мозга возможны стойкие парезы конечностей?

гематорахисе
при всем из перечисленного
сотрясении спинного мозга
гематомиелии

Какие из перечисленных симптомов не характерны для субарахноидального кровоизлияния?

«светлый» промежуток
кровь в ликворе
изменение уровня сознания
менингеальные симптомы
головная боль

Какие симптомы не характерны для сотрясения головного мозга?

кратковременная утрата сознания
параличи
рвота
нистагм
головокружение

Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны:

парезы сгибателей пальцев стопы
боль в области подошвы
боль в области подошвы и парезы сгибателей пальцев стопы
припухлость в области наружной лодыжки
припухлость в области наружной лодыжки и парезы сгибателей пальцев стопы

При поражении срединного нерва не возникает:

нарушение пронации кисти
гипотрофия тенара
нарушение сгибания 1-го, 2-го и отчасти 3-го пальцев кисти
атрофии межкостных мышц кисти
снижение мышечно-суставного чувства в концевых фалангах 2-го и 3-го пальцев кисти

При травматическом параличе Дежерин-Клюмпке нарушается чувствительность:

наружной поверхности предплечья
на внутренней поверхности плеча, предплечья, кисти
на внутренней поверхности кисти
на внутренней поверхности плеча

наружной поверхности предплечья и внутренней поверхности кисти

Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет:

0,1 мм\сут

10 мм\сут

1 мм\сут

1 мм в 10 дней

1 мм в 30 дней

Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны:

паралич Дежерина-Клюмпке

паралич Дюшенна-Эрба

гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц

паралич Дежерина-Клюмпке и гипотрофия зубчатой, ромбовидной мышц

паралич Дюшенна-Эрба и гипотрофия зубчатой, ромбовидной мышц

Для неполного травматического перерыва нервного ствола характерны:

выраженный болевой синдром

сочетание симптомов выпадения с симптомами раздражения в чувствительной сфере

все перечисленное

сосудистые расстройства в зоне иннервации

вегетативно-трофические расстройства в зоне иннервации

Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерно:

паралич разгибателей голени

гипестезия на передней поверхности бедра

все перечисленное

паралич сгибателей бедра

гипестезия на передней поверхности бедра и паралич сгибателей бедра

Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва, применяют:

блокады симпатических ганглиев, симпатэктомию

антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики

антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики и блокады симпатических ганглиев, симпатэктомию

тепловые согревающие процедуры

Какие симптомы не могут возникать при ушибе головного мозга?

общемозговые

дислокационные

оболочечные

вегетативные
очаговые

Казуалгический синдром наиболее часто встречается при ушибе:

большеберцового нерва
млоберцового нерва
локтевого нерва
срединного нерва
малоберцового нерва и локтевого нерва

При травматическом параличе Дюшенна-Эрба страдает функция мышц:

двухглавой
разгибатели кисти
дельтовидной и трехглавой
дельтовидной, двухглавой, надостной, подостной, плечелучевой

Наиболее ранними проявлениям гематомии травмы травматического происхождения является наличие:

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

Какие изменения спинномозговой жидкости наблюдаются при острой субдуральной гематоме?

лимфоцитарный плеоцитоз
примесь крови
понижение давления
нейтрофильный плеоцитоз

Дистимия характеризуется симптоматикой на протяжении:

6 мес
1 год
1 мес
2 года
3 года

Укажите, что не относится к характеристикам астенического синдрома:

гиперстезии
эмоциональная лабильность
оглушенность
повышенная утомляемость
раздражительность

Какой из ниже перечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающий маскированные депрессии от других депрессий?

преобладание соматических жалоб
идеи самоуничтожения и самообвинения
Навязчивые страхи
суточные колебания настроения
суицидальные мысли

Отличительной особенностью проявлений депрессии у соматических пациентов является:

чувство самоуничтожения
неспецифические мышечно-скелетные жалобы
суицидальные мысли
многочисленность жалоб и их неопределенность
утомляемость

Депрессии, возникающие на фоне соматического заболевания, называются:

соматизированными
соматогенными
шизофреническими
дистимическими

Могут ли сохраняться когнитивные нарушения после регресса аффективных?

нет, не могут
да, могут в любом случае
только при наличии субдепрессии
да, могут при наличии церебральной патологии

Рекомендованный курс терапии антидепрессантами:

более 2 лет
1-2 недели
5-6 месяцев
1-2 месяца

Классификация антидепрессантов не включает:

четырёхциклические антидепрессанты
ингибиторы моноаминоксидазы
трициклические антидепрессанты
производные бензодиазепа
производные бутирофенона

Ангедония - это

идея о бессмысленности существования
преувеличенная опасность соматической болезни
утрата чувства наслаждения

чувство утраты эмоций

чувство ослабления или исчезновения влечения к жизни

Противопоказанием к назначению холинолитиков является все, кроме:

зрительный галлюцинации

возраст старше 50 лет

возраст моложе 50 лет

когнитивные нарушения

глаукома

Для лечения синдрома беспокойных ног препаратами первого выбора являются:

бета-блокаторы

амантадины

агонисты дофаминовых рецепторов

леводопа

холинолитики

Вторичный синдром беспокойных ног может быть обусловлен:

недостатком железа

избытком железа

недостатком кальция

избытком кальция

недостатком калия

Тремор, возникающий при удержании позы, называется:

интенционный

покоя

постуральный

кинетический

изометрический

Эссенциальный тремор чаще всего представлен тремором:

постурально-кинетическим

покоя

изометрическим

интенционным

возобновляющимся

Для лечения эссенциального тремора чаще всего используют:

агонисты дофаминовых рецепторов

бета-блокаторы

амантадины

леводопу

нейролептики

Тортиколлис это -

наклон головы в сторону
наклон головы кзади
поворот головы в сторону
наклон головы кпереди
любое положение головы при дистонии

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 уровня кальция в крови
электромиография
определение церрулоплазмина в крови и
исследование роговического кольца Кайзера-Флейшера
исследование сывороточного железа

Для лечения болезни Вильсона-Коновалова используют:

купренил
леводопу
нейролептики
бета-блокаторы
агонисты дофаминовых рецепторов

Для мультисистемной атрофии не характерно:

раннее развитие ортостатической гипотензии
флуктуации психического статуса и
тремор покоя
акинетико-ригидный симптомокомплекс
тазовые нарушения

Для болезни диффузных телец Леви характерно:

тремор покоя
раннее развитие деменции и
зрительные галлюцинации и
флуктуации психического статуса
парез зрения

Для супрануклеарного паралича характерно:

псевдобульбарный синдром и
преимущественное вовлечение проксимальной мускулатуры и

падения, преимущественно назад
асимметричное начало
преимущественное вовлечение дистальной мускулатуры

Для болезни Паркинсона характерно:

раннее развитие тазовых нарушений
развитие деменции в первый год развития заболевания
асимметричное начало и
тремор покоя и
постуральные нарушения

Для сосудистого паркинсонизма характерно:

ахейрокинез
асимметричное начало
двустороннее начало и
преимущественное вовлечение нижних конечностей и
раннее развитие постуральных нарушений

Препаратами первого ряда для лечения пациентов с болезнью Паркинсона старше 70 лет являются:

леводопа
агонисты дофаминовых рецепторов
амантадины
холинолитики
ингибиторы MAO-B

Для коррекции дискинезий "пика дозы" используют:

назначение ингибиторов КОМТ
добавление холинолитика
повышение разовой дозы леводопы.
снижение разовой дозы леводопы

Раннее назначение леводопы увеличивает риск:

когнитивных расстройств
моторных флуктуаций и дискинезий
депрессии и тревоги
постуральной неустойчивости
тазовых нарушений

Для коррекции "истощения" эффекта разовой дозы леводопы используют:

уменьшение кратности приема леводопы с увеличением разовой дозы
увеличение кратности приема леводопы с уменьшением разовой дозы и
назначение леводопы строго до приема пищи
назначение леводопы каждый час в минимальной дозе
модификация диеты с увеличением доли белка в суточном рационе

Невропатия тройничного нерва проявляется:

снижением корнеального рефлекса и
гипестезия в зоне иннервации ветвей нерва и
выраженный болевой синдром
гипестезией в зонах Зельдера
гиперакузией

При невропатии лицевого нерва наблюдаются:

онемение половины лица
гипосмия
полный односторонний парез мимической мускулатуры и
лагофтальм и
симптом Белла

Признаки бульбарного синдрома:

слабость лицевых мышц
дисфония и
дисфагия и
дизартрия
гиперакузия

Ганглионит Гассерова узла проявляется:

снижением вкуса на половине языка
папулезными высыпаниями и
болью в области высыпаний и
гипестезия половины лица
диссоциированное расстройство чувствительности на лице

Вестибулярный неврит проявляется:

несистемным головокружением
системным головокружением и
спонтанным нистагмом и
тошнотой
дизартрией

Поражение обонятельного нерва проявляется:

обонятельными галлюцинациями
аносмией и
гипосмией
диплопией

Невропатия зрительного нерва проявляется:

монокулярной слепотой и
атрофией зрительного нерва

двусторонними мерцающими скотомами
битемпоральной гемианопсией
биназальной гемианопсией

Для моторной полиневропатии характерно:

гиперрефлексия
патологические стопные и кистевые рефлексы
снижение ахилловых и карпо-радиальных рефлексов и
слабость мышц кистей и стоп и
гипотрофии преимущественно дистальных отделов конечностей

Для вегетативной полиневропатии характерны:

вялый монопарез
сегментарные нарушения чувствительности
акроцианоз и
дистальный гипергидроз и
нестабильность артериального давления

Для болевой дистальной полиневропатии характерны:

гиперпатия в дистальных отделах конечностей и
дизестезии в зонах гипестезии и
аллодиния
анизорефлексия
миоклонии

Поясничная радикулопатия проявляется:

тазовыми нарушениями
спастическим парапарезом
симптомами натяжения нервных корешков и
поясничной болью и
снижением ахиллова рефлекса на стороне поражения

Диабетическая полиневропатия проявляется:

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

Для синдрома Гийена-Барре характерно:

миоклонии
проксимальным парапарезом
белково-клеточная диссоциация в цереброспинальной жидкости и
гипестезия и гиперпатия в дистальных отделах конечностей и
прогрессирующий вялый тетрапарез

Диабетическая вегетативная полиневропатия проявляется:

вялым тетрапарезом
ортостатической гипотензией и
сердечными аритмиями и
эректильной дисфункцией
дыхательной недостаточностью

Диабетическая проксимальная полиневропатия проявляется:

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

Алкогольная полиневропатия проявляется:

симптомами натяжения нервных стволов
медленно прогрессирующим вялым тетрапарезом и
гипестезией по типу перчаток и носок и
акроцианозом, дистальным гипергидрозом
трофическими язвами

При невропатии седалищного нерва наблюдаются:

миоклонии
одностороннее повышение коленного рефлекса
задержка мочеиспускания
одностороннее снижение ахиллова рефлекса и
гипестезия в области наружного края голени и стопы

Морфологически невропатии подразделяются на:

моторные
демиелинизирующие и
аксональные и
смешанные
глиальные

Для диагностики поражения периферических нервов используется:

электронейромиография и
панч-биопсия кожи и
ультразвуковое исследование
электроэнцефалография

При лечении больных с диабетической полиневропатией используются:

тромболитики
витамины группы В и

нейрометаболики и
противоэпилептические препараты и
препараты альфа-липоевой кислоты

Дебют идиопатических форм эпилепсий развивается в возрасте?

до 15 лет
15-34 года
35-64 года
65 лет и старше
70 лет и старше

Нейрофизиологические механизмы формирования эпилептического припадка:

гипофункция возбуждающих аминокислот
гиперфункция возбуждающих аминокислот
недостаточность торможения
гипоактивность Na-каналов

«Фоновые» особенности мозга новорожденных, способствующие возникновению генерализованных припадков:

недостаточная специализация отдельных структур ЦНС (функциональная незрелость ЦНС)
высокая степень миелинизации аксонов
зрелость и совершенство корково-подкорковых и межъядерных функциональных связей
функциональная зрелость ЦНС
зрелость медиаторных систем

Эпилептические приступы в пубертатном возрасте приобретают:

приступы сопровождаются выраженными психическими и поведенческими реакциями
нециклический характер
не связаны с периодом пробуждения
тип приступа не усложняется
приступы не сопровождаются поведенческими реакциями

В норме на ЭЭГ взрослого человека в состоянии покоя регистрируется:

тета-ритм
низкочастотный бета-ритм амплитудой выше 15 мкВ
альфа-ритм
дельта- ритм
гипсаритмия

ЭЭГ формируется полностью к:

5годам
12 годам

4годам
18 годам
16 годам

Коррелятами абсанса в ЭЭГ являются:

наличие FIRDA
дезорганизация корковой электрической активности
наличие билатеральных спайков или спайк-волновых комплексов с частотой 2-4 Гц
наличие фокальных пик-волновых комплексов
полифазная пароксизмальная активность

Реакция при пробе с гипервентиляцией служит для:

оценки таламической активации
оценки состояния коры
выявления скрытой эпилептиформной активности

Какой ЭЭГ признак может служить показателем наличия сознания?

наличие вертексных пароксизмов
наличие синхронных разрядов тета-волн
диффузная бета активность
реактивный альфа ритм, включая и устойчивую десинхронизацию

Какая стадия сна наиболее эффективна для выявления эпилептиформной активности у лиц, подозреваемых на наличие фокальной эпилепсии:

3-4 стадия сна
2 стадия сна
дремотное состояние
1 стадия сна
REM стадия сна

Клинические критерии идиопатических фокальных эпилепсий детского возраста:

начало в возрасте старше 15 лет
наличие генерализованных тонических и атонических приступов
наличие изменений при нейровизуализации
дебют до 15 лет, как правило, благоприятный исход
наличие поведенческих и когнитивных нарушений

Основные признаки идиопатических эпилепсий:

возраст зависимый дебют - отсутствует
психопатологические симптомы - отсутствуют
наличие неврологических симптомов - характерно
изменение семиологии приступов в течение заболевания - нередко

Основные признаки симптоматических эпилепсий:

изменения на МРТ отсутствуют

характерно наличие различных типов приступов
наличие генетической предрасположенности
дебют только в раннем возрасте

Клиническая характеристика височных эпилепсий:

характерны приступы в виде мелькания мошек перед глазами, преходящего амавроза, зрительных галлюцинаций
дебют в любом возрасте. Короткие приступы (30-60сек), высокая частота, преимущественно в ночное время
для приступов характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы
приступы сопровождаются парестезиями, дизестезиями

Протокол лечения эпилептического статуса у взрослых на госпитальном этапе в РФ:

1-я стадия – раннего статуса: Бензодиазепины 1-5мг в/в болюсно (при необходимости – повторное введение). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 4г/сутки. Вальпроаты: 500 мг/сутки 3-я стадия – Тиопентал 25-50 мг в*/в болюсно, затем 1-3 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 1 мг/кг, болюсно, затем в/в 0,5-1мг/кг/час +ИВЛ

1-я стадия – раннего статуса: Бензодиазепины 10-20мг в/в болюсно (при необходимости – повторное введение). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 1г/сутки. Вальпроаты: 3 000 мг/сутки 3-я стадия – Тиопентал 100-250 мг в*/в болюсно, затем 3-5 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 2 мг/кг, болюсно, затем в/в 5-10мг/кг/час +ИВЛ

1-я стадия – раннего статуса: Введение пропафола

1-я стадия – раннего статуса: Введение барбитуратов

1-я стадия – раннего статуса: Введение оксибутирата натрия

Клиническая характеристика лобных эпилепсий:

приступы сопровождаются парестезиями, дизестезиями, аутоагнозией
дебют в любом возрасте. Короткие приступы (30-60сек), высокая частота, преимущественно в ночное время
характерны приступы в виде мелькания мошек перед глазами
для приступов характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы

Клиническая характеристика теменных эпилепсий:

для приступов характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы

характерны приступы в виде мелькания мошек перед глазами, преходящего амавроза, зрительных галлюцинаций
возникает в любое время, сопровождается короткими приступами (30-60сек), высокая частота, преимущественно в ночное время
приступы сопровождаются парестезиями, дизестезиями, аутоагнозией

Клиническая характеристика затылочных эпилепсий:

возникают в любом возрасте, сопровождаются короткими приступами (30-60 сек), преимущественно в ночное время
приступы сопровождаются парестезиями, дизестезиями, аутоагнозией
характерны приступы в виде мелькания мушек перед глазами, преходящего амавроза, зрительных галлюцинаций
для приступа характерны ощущения уже виденного или слышанного, различные автоматизмы

Нарушения обмена какого нейромедиатора характерно для болезни Альцгеймера?

ацетилхолина
норадреналина
глутамата
мелатонина
серотонина

Деменция может развиваться:

после 40 лет
после 50 лет
после 30 лет
в любом возрасте
после 60 лет

Деменция -

ограничивает профессиональную деятельность, поведенческую и бытовую активность
не ограничивает профессиональное поведение
не ограничивает бытовую активность
не ограничивает повседневную активность
связана с изменением сознания

Умеренное когнитивное расстройство:

ограничивает бытовую активность
ограничивает повседневную активность
не ограничивает повседневную активность
приводит к утрате профессиональных навыков

Наиболее информативным для обследования больных с когнитивными нарушениями является:

МРТ
КТ
трактография
ЭЭГ

Для поражения затылочной доли не характерно:

нарушения зрительной памяти
метаморфопсии
агнозия
апраксия

Астереогноз возникает при поражении:

язычной извилины теменной доли
верхней теменной дольки
верхней височной извилины
нижней лобной извилины

Доминантным считается полушарие, с которым связана функция:

памяти
речи
восприятия
движений

При афферентной моторной афазии нарушено:

спонтанная речь и
автоматизированная речь и
повторение слов и
артикуляция звуков
понимание речи окружающих

Праксис – это

возможность двигаться
возможность выполнения целенаправленных действий
возможность принимать решения
возможность писать
возможность читать

Для исключения вторичного синдрома беспокойных ног наиболее информативным показателем является:

уровень кальция в крови
уровень натрия в крови
уровень сывороточного железа
уровень ферритина сыворотки крови

Показания для приема этосуксимида:

абсансы
фокальные приступы
генерализованные тонико-клонические припадки
генерализованные тонико-клонические припадки и фокальные приступы

Что не является причиной эпилепсии у взрослых:

энцефалит
травма головного мозга
инсульт
болезнь Паркинсона

Какой препарат не рекомендован при сочетании болезни Паркинсона и эпилепсии?

вальпроаты
левитирацетам
ламотриджин
габапентин

Какой препарат не относится к нормотимикам?

вальпроаты
ламотриджин
карбамазепин
левитирацетам

Препаратами первого выбора при лечении соматизированных депрессий являются:

четырёхциклические антидепрессанты
ингибиторы МАО
трициклические антидепрессанты
СИОЗС

Для диагностики болезни Паркинсона на ранней стадии рекомендовано использовать следующие методы, кроме:

УЗИ черной субстанции
ЭЭГ
полисомнография
обонятельные тесты

К атипичному паркинсонизму относят:

посттравматический паркинсонизм
сосудистый паркинсонизм
болезнь диффузных телец Леви
болезнь Паркинсона

По современным представлениям нейродегенеративный процесс при болезни Паркинсона начинается:

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

К ранним признакам болезни Паркинсона относится все, кроме:

зрительные галлюцинации

нарушение поведения в фазе сна с быстрыми движениями глаз

гипосмия

запоры

депрессия

Для тикозного гиперкинеза характерно:

вовлечение мышц конечностей

дебют во взрослом возрасте

усиление во сне

преимущественная локализация в мышцах лица и плечевого пояса

Доказанной эффективностью при лечении острого периода синдрома Гийена-Барре обладают:

витамины группы В

антибиотики

плазмоферез и

внутривенное введение иммуноглобулинов

стероиды

Для туберкулезного менингита

лифоцитарный плеоцитоз и

увеличение количества белка и

снижение уровня глюкозы

преобладание нейтрофилов

повышение уровня глюкозы