

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.42 «НЕВРОЛОГИЯ»**

1	Демиелинизирующие заболевания
1	Клетки центральной нервной системы, синтезирующие миелин
	Шванновские клетки
	Олигодендроциты
	Астроциты
	Микроглиоциты
	Эпендимоциты
2	Клетки периферической нервной системы, синтезирующие миелин
	Шванновские клетки
	Олигодендроциты
	Астроциты
	Микроглиоциты
	Эпендимоциты
3	Наиболее иммуногенный белок миелина центральной нервной системы человека
	Основной белок миелина
	Миелин-ассоциированный гликопротеин
	Протеолипидный протеин
	Фибриллярный белок
	Миелин-олигодендроцитарный гликопротеин
4	Миелинизация нервных волокон завершается в
	1-2 года
	2-3 года
	4-5 лет
	6-7 лет
	7-8 лет
5	К демиелинизирующим заболеваниям относится
	Ишемический инсульт
	Болезнь Паркинсона
	Рассеянный склероз
	Мультисистемная атрофия
	Болезнь Альцгеймера
6	В типичных случаях рассеянный склероз начинается в возрасте
	От 16 до 45 лет
	От 45 до 60 лет
	От 35 до 50 лет
	От 10 до 20 лет
	От 20 до 45лет
7	Рассеянный склероз относится к заболеваниям
	Сосудистым
	Травматическим
	Пароксизмальным состояниям
	Демиелинизирующим
	Токсическому повреждению мозга
8	Демиелинизацией может сопровождаться
	Менингит

	Энцефалит
	НейроСПИД
	Мультисистемная атрофия
	Дисциркуляторная энцефалопатия
9	Врожденные заболевания с разрушением миелина относятся к
	Миелинокlastиям
	Миелинопатиям
	Рассеянному склерозу
	Врожденным энцефалопатиям
	Антифосфолипидному синдрому
10	Демиелинизирующий компонент преобладает в патогенезе
	Острого рассеянного энцефаломиелита
	Менингита
	Васкулита
	Энцефалита
	Герпетического энцефалита
	Бактериального менингоэнцефалита
11	Наиболее часто рассеянный склероз дебютирует в возрасте
	0-18 лет
	18-45 лет
	40-55 лет
	55-65 лет
	В любом возрасте с одинаковой частотой
12	Зона высокого риска заболеваемости рассеянным склерозом
	>50 случаев на 100000 населения
	>30 случаев на 100000 населения
	>20 случаев на 100000 населения
	>10 случаев на 100000 населения
	>5 случаев на 100000 населения
13	Зоны среднего риска заболеваемости рассеянным склерозом
	>50 случаев на 100000 населения
	10-50 случаев на 100000 населения
	5-10 случаев на 100000 населения
	1-5 случаев на 100000 населения
	>100 случаев на 100000 населения
14	Зоны низкого риска заболеваемости рассеянным склерозом
	>50 случаев на 100000 населения
	30-50 случаев на 100000 населения
	20-30 случаев на 100000 населения
	10-20 случаев на 100000 населения
	Менее 10 случаев на 100000 населения
15	Изменение риска развития рассеянного склероза при смене зон проживания происходит при миграции в возрасте
	До 5 лет
	До 10 лет
	До 15 лет
	До 25 лет
	До 35 лет
16	К особенностям рассеянного склероза относят
	Болеют преимущественно лица негроидной расы
	Наличие градиента «север-юг»

	У мужчин встречается чаще
	Семейный РС встречается в 50% случаев
	Дебют чаще всего возникает в детском возрасте
17	При рассеянном склерозе чаще всего наблюдается поражение
	Лицевого нерва
	Зрительного нерва
	Слухового нерва
	Подъязычного нерва
	Блокового нерва
18	Классическим типом течения рассеянного склероза является
	Ремитирующий (волнообразный) тип
	Вторично-прогрессирующий тип
	Первично-прогрессирующий тип
	Вторично-прогрессирующий с обострениями
	Первично-прогрессирующий с обострениями
19	Степень инвалидизации при рассеянном склерозе оценивается по шкале
	Шкала Глазго
	Шкала Апгар
	Шкала EDSS
	Шкала Бека
	Шкала NIHSS
20	Характеристика ремитирующего типа течения рассеянного склероза
	Постепенное нарастание неврологического расстройства у пациентов
	Эпизодические обострения с полными и неполными клиническими восстановлениями
	Неуклонное нарастание неврологической симптоматики с самого начала заболевания
	Прогрессирующее нарастание неврологического дефицита с самого начала заболевания, на фоне которого наступают обострения
	Появление новой клинической симптоматики или усугубление уже имеющейся, которое может развиваться на фоне сопутствующего заболевания
21	В основе атактических нарушений при рассеянном склерозе лежит
	Поражение ствола головного мозга
	Поражение мозжечка
	Поражение спинного мозга
	Поражение бледного шара
	Поражение моста
22	Первым симптомом дебюта первично-прогрессирующего рассеянного склероза чаще всего является
	Нижний спастический парализ
	Стволовые расстройства
	Когнитивные нарушения
	Зрительные нарушения
	Гемиплегия
23	Нижний спастический парализ обусловлен поражением
	На уровне ствола
	На уровне внутренней капсулы
	Корковых отделов головного мозга
	Спинного мозга
	Периферических нервов
24	Дебют рассеянного склероза чаще всего представлен
	Нейropsихологическими нарушениями
	Когнитивными нарушениями

	Зрительными нарушениями
	Тазовыми нарушениями
	Аффективными нарушениями
25	Зрительные нарушения при рассеянном склерозе чаще всего обусловлены
	Дегенерацией сетчатки
	Ретробульбарным невритом
	Поражением хиазмы
	Атрофией зрительного нерва
	Очагами в зрительной коре
26	Синдром «горячей ванны» характерен для
	Воспалительной демиелинизирующей полинейропатии
	Рассеянного склероза
	Болезни Паркинсона
	Ишемического инсульта
	Геморрагического инсульта
27	Синдром «горячей ванны» характеризуется
	Уменьшением выраженности симптомов
	Нарастанием выраженности симптомов
	Не сопровождается изменением выраженности симптомов
	Уменьшением болевого синдрома
	Увеличением болевого синдрома
28	Симптом Лермитта характеризуется
	Ощущением прохождения тока по периферическим нервам
	Появлением болевого синдрома в конечностях
	Ощущением прохождения тока вдоль позвоночника
	Нарастанием симптомов после повышения температуры тела
	Ощущением прохождения тока в области лица
29	Поражение пирамидного тракта при рассеянном склероза наиболее часто представлено
	Верхний спастический парализ
	Нижний спастический парализ
	Моноплегия
	Гемиплегия
	Периферический парез
30	Одним из наиболее ранних симптомов поражения пирамидного тракта при рассеянном склерозе является
	Выпадение брюшных рефлексов
	Выпадение сухожильных рефлексов
	Выпадение периостальных рефлексов
	Появление пареза
	Появление спастического мышечного тонуса
31	Примером синдрома клинического расщепления является
	Сочетание гиперрефлексии и мышечной гипотонии
	Сочетание гиперрефлексии и симптома Бабинского
	Сочетание гиперрефлексии и спастического мышечного тонуса
	Сочетание гипорефлексии и низкого мышечного тонуса
	Сочетание гипорефлексии и отсутствия патологических стопных знаков
32	Наиболее частой причиной нарушения координации при рассеянном склерозе является
	Поражение проводников мозжечка
	Поражение проводников глубокой чувствительности
	Поражение преддверно-улиткового нерва
	Нарушение зрения

	Поражение пирамидной системы
33	Предполагаемой причиной симптома Лермитта является
	Перивентрикулярные очаги
	Спинальный очаг на грудном уровне
	Спинальный очаг на поясничном уровне
	Спинальный очаг на шейном уровне
	Очаги в мозолистом теле
34	Спинальный очаг демиелинизации на шейном уровне обуславливает
	Симптом Лермитта
	Симптом горячей ванны
	Синдром непостоянства клинических симптомов
	Синдром клинической диссоциации
	Нарушение чувствительности по полиневритическому типу
35	Клиническая картина при рассеянном склерозе всегда коррелирует с
	Нейровизуализацией
	Иммунологическими данными
	Биохимическими данными
	Результатами нейрофизиологических тестов
	Никогда не коррелирует с результатами каких-либо обследований
36	Наиболее часто при рассеянном склерозе диагностируется следующий тип течения
	Вторично-прогрессирующий
	Ремитирующий
	Первично-прогрессирующий
	Вторично-прогрессирующий с обострениями
	Первично-прогрессирующий с обострениями
37	Ремитирующее течение рассеянного склероза диагностируется, если наблюдается
	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
	Смена волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий на неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений
	Возникновение обострений на фоне неуклонно прогрессирующего течения
38	Вторично-прогрессирующее течение рассеянного склероза диагностируется, если
	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
	Смена волнообразного течения с периодами ухудшения и улучшения состояния и отсутствие нарастания симптомов в периоды ремиссий на неуклонное прогрессирующее нарастание неврологических нарушений
	Возникновение обострений на фоне неуклонно прогрессирующего течения
39	Для купирования обострения рассеянного склероза применяются препараты
	Кортикостероиды
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические

	Антиоксидантные
40	Развитие обострений рассеянного склероза предупреждают препараты
	ПИТРС
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические
	Антиоксидантные
41	Прогрессирование рассеянного склероза замедляют препараты
	Цитостатики
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические
	Антиоксидантные
42	На прогрессирование рассеянного склероза могут влиять препараты
	Нейропротективные
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические
	Антиоксидантные
43	При обострении рассеянного склероза наиболее часто применяется
	Солу-Медрол
	Мексидол
	Актовегин
	Бетагистин
	Кортексин
44	При прогрессировании рассеянного склероза наиболее часто применяется препарат
	Митоксантрон
	Мексидол
	Актовегин
	Бетагистин
	Глиатилин
45	В качестве патогенетического лечения рассеянного склероза применяются препараты группы
	ПИТРС
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические
	Антиоксидантные
46	К ПИТРС относятся препараты
	Бета-интерфероны
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические
	Антиоксидантные
47	К 1-ой линии ПИТРС относятся
	Бета-интерфероны
	Сосудистые
	Метаболические
	Дофаминэргические
	Антиоксидантные
48	ПИТРС 1-ой линии показаны при рассеянном склероза с течением

	Ремиттирующим
	Первично-прогрессирующим
	Вторично-прогрессирующим
	При любом типе течения
	Не показаны при рассеянном склерозе
49	К ПИТРС относится препарат
	Копаксон
	Мексидол
	Актовегин
	Бетагистин
	Кортексин
50	К миелинокластиям не относят
	Рассеянный склероз
	Острый рассеянный энцефаломиелит
	Оптикомиелит Девика
	Оптический неврит
	Врожденная лейкодистрофия
51	Современная терапия рассеянного склероза основана на следующих принципах
	Ранняя и точная диагностика
	Не зависит от активности патологического процесса
	Подбор патогенетического лечения
	Определение стадии рассеянного склероза
	Подбор симптоматической терапии
52	В настоящее время в основе терапии рассеянного склероза лежат все нижеперечисленные принципы
	Комплекс медико-социальной реабилитации и психической адаптации больного
	Подбор патогенетической терапии
	Отсутствие необходимости назначения симптоматического лечения
	Ранняя диагностика
	Определение стадии рассеянного склероза и активности патологического процесса
53	Лечение рассеянного склероза направлено на
	Лечение обострений
	Предупреждение обострений
	Подбор симптоматической терапии
	Улучшение психической адаптации
	Полный регресс неврологической симптоматики
54	Оценка эффективности лечения проводится по следующим показателям:
	Данные КТ
	Частота обострений
	Тяжесть обострений
	Длительность обострений
	Скорость прогрессирования
55	Для рассеянного склероза характерны
	Симптом горячей ванны
	Симптом клинического расщепления
	Непостоянство клинических симптомов
	Симптом Лермитта
	Постоянство клинических симптомов
56	Препараты, относящиеся к 1-ой линии ПИТРС
	Бета-интерфероны 1b

	Бета-интерфероны 1a
	Глатирамера ацетат
	Финголимод
	Бета-интерфероны и глатирамера ацетат
57	К ПИТРС относятся препараты
	Метаболические
	Бета-интерфероны 1b
	Бета-интерфероны 1a
	Глатирамера ацетат
	Натализумаб
58	В качестве патогенетического лечения при рассеянном склерозе применяют препараты
	Цитостатики
	Бета-интерфероны
	Кортикостероиды
	Глатирамера ацетат
	Антиоксидантные
59	Ретробульбарный неврит проявляется
	Снижением остроты зрения
	Появлением скотом
	Выпадением полей зрения
	Нистагмом
	Изменениями на глазном дне
60	К демиелинизирующим заболеваниям относятся
	Рассеянный склероз
	Острый рассеянный энцефаломиелит
	Оптикомиелит Девика
	Оптический неврит
	Эпилепсия
61	К особенностям рассеянного склероза относят
	Болеют преимущественно лица европеоидной расы
	Наличие семейного РС 5-10% случаев
	Наличие градиента «север-юг»
	Чаще болеют женщины
	Изменение риска развития РС при смене зон проживания происходит при миграции в возрасте после 15 лет
62	К доказанным внешним факторам риска рассеянного склероза относят
	Детские инфекции (краснуха, корь)
	Хронические бактериальные инфекции носоглотки в детском возрасте
	Психоэмоциональный стресс
	Вирус Эпштейна-Барра
	Черепно-мозговая травма
1	Заболевания периферической нервной системы
63	Корешковый синдром обусловлен
	Остеoarтрозом фасеточных суставов
	Грыжей межпозвонкового диска
	Мышечным спазмом
	Гипертрофией желтой связки
	Оссификацией передней связки
64	Причиной остеохондроза является
	Травма
	Воспаление

	Новообразование
	Дегенеративный процесс
	Остеоартроз
65	Для диагностики грыжи межпозвонкового диска применяется
	Рентгенография
	МРТ
	ЭМГ
	УЗДГ
	Исследование клеточного состава крови
66	Для диагностики нестабильности позвонков используется
	МРТ
	Рентгенография с функциональными пробами
	Люмбальная пункция
	Мануальное обследование
	КТ
67	Выявление и оценка выраженности остеопороза проводятся при помощи
	МРТ
	КТ
	Рентгенографии
	Денситометрии
	Однофотонной эмиссионной компьютерной томографии
68	Дифференциальная диагностика грыжи межпозвонкового диска проводится с
	Экстремедуллярная опухоль
	Интрамедуллярная опухоль
	Миопатия
	Полинейропатия
	Сакроилеит
69	Церроброспинальная жидкость при дорсопатии
	Повышено содержание белка
	Плеоцитоз
	Норма
	Ксантохромия
	Снижена концентрация глюкозы
70	Симптом «рыбьих позвонков» характерен для
	Остеохондроза
	Остеопороза
	Дисцита
	Спондилита
	Остеоартроза
71	Боль при остеоартрозе дугоотростчатых суставов возникает при
	Наклоне вперед
	Наклоне назад
	Натуживании
	Вызывании симптома Лассега
	Лежачем положении
72	Оживление сухожильных рефлексов и появление патологических рефлексов при боли в спине свидетельствует о
	Миелопатии
	Радиклопатии
	Полинейропатии
	Воспалительном поражении оболочек мозга

	Поражении эпиконуса
73	Возникновение дорсопатии непосредственно после травмы спины требует проведения МРТ Рентгенографии Люмбальной пункции УЗДГ Осмotra глазного дна
74	Признаки эпидурального абсцесса Смещение позвонков Изменение структуры позвонков Сужение суставной щели Жидкостной плотности объемное образование кнаружи от твердой мозговой оболочки Остеофиты по краям тел позвонков
75	Признак компрессии поясничного корешка L5-S1 Боль в пояснице С-м Ласега Оживление сухожильных рефлексов Боль в паховой области Гипестезия по типу «носков»
76	Клиническое проявление дорсопатии Боль в пояснице при движении Симптом Ласега Сухожильная гиперрефлексия Задержка мочеиспускания Сегментарная гипестезия
77	Задержка мочеиспускания возникает при Дорсопатии Поражении эпиконуса Поражении 5 поясничного корешка Сакроилеите Поражении 4 поясничного корешка
1	Возможности медикаментозных и немедикаментозных методов в лечении вертеброгенных поражений
78	Больному с острой дорсопатией показано Постельный режим Лечебная гимнастика Посильная физическая нагрузка Упражнения на спортивных снарядах Плавание
79	Группа препаратов, показанная при дорсопатии НПВП Седативные Антидепрессанты Анаболические стероиды Кортикостероиды
80	Для устранения мышечного спазма применяют Тизанидин Платифиллин Папаверин Дексаметазон Метамизол

81	Наиболее частые осложнения приема неселективных ингибиторов циклооксигеназ
	Язва желудка
	Бронхоспазм
	Диарея
	Дизурия
	Тахикардия
82	Основные побочные эффекты селективных ингибиторов ЦОГ
	Язва желудка
	Диарея
	Тромбоз
	Головная боль
	Ретроперитонеальный фиброз
83	Сокращение сроков лечения дорсопатий достигается приемом НПВП и
	Аналгетиков
	Витаминов группы В
	Гипнотиков
	Вазодилататоров
	Антиагрегантов
84	Снижение риска ulcerогенного эффекта достигается
	Парентеральным применением препаратов
	Назначением малых доз НПВП
	Одновременным назначением гастропротекторов
	Комбинацией анальгетиков и НПВП
	Приемом препаратов после еды
85	Основной эффект трансдермальных форм НПВП
	Локальное обезболивающее действие
	Согревающий
	Местнораздражающий
	Миорелаксирующий
	Охлаждающий
86	Показания к назначению слабых опиоидов
	Корешковый синдром
	Отсутствие эффекта от НПВП и анальгетиков
	Задержка мочеиспускания
	Парез мышц голени
	Депрессивное расстройство
87	Основное показание к оперативному лечению грыжи межпозвонкового диска
	Некупируемый на протяжении 3 мес болевой синдром
	Протрузия диска по данным МРТ
	Радикулопатия
	Ремитирующий характер боли
	Развитие депрессии
88	Показания к проведению мануальной терапии
	Корешковый синдром
	Недержание мочи
	Острый болевой синдром
	Нестабильность позвонков
	Дорсопатия
89	При дорсопатии для купирования боли показано
	Сухое вытяжение

	Подводное вытяжение
	Лечебная гимнастика
	Ароматерапия
	Рефлексотерапия
90	При хронической боли при дорсопатии показано применение
	Противоэпилептических препаратов
	Опиоидов
	Вазодилататоров
	Гипнотиков
	Антиагрегантов
91	Основная цель применения антидепрессантов при хронической дорсопатии
	Устранение депрессии
	Купирования боли
	Восстановление трофики тканей
	Нормализация кальциевого обмена
	Устранение миофасциального синдрома
92	Оптимальная физическая нагрузка при подострой дорсопатии
	Бег
	Тяжелая атлетика
	Йоговская гимнастика
	Занятия на турнике
	Иппотерапия
93	При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
	Верхней прямой
	Наружной прямой
	Нижней прямой
	Нижней косой
94	Мидриаз возникает при поражении
	Верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
	Нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
	Мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
	Среднего непарного ядра
	Ядра медиального продольного пучка
95	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 правом полушарии мозжечка
	В мосту мозга слева
	В области верхушки пирамиды левой височной кости
	В правом мосто-мозжечковом углу
96	Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла характерно
	Снижение корнеального рефлекса
	Нарушение вкуса на передних 2\3 языка
	Гиперакузия
	Снижение корнеального рефлекса и нарушение вкуса на передних 2\3 языка, гиперакузия
	Снижение корнеального рефлекса и нарушение вкуса на передних 2\3 языка
97	Для невралгии тройничного нерва характерно
	Снижение корнеального рефлекса
	Нарушение вкуса на задней трети языка
	Гипалгезия во внутренней зоне Зельдера

	Гипертрофия жевательной мускулатуры
	Снижение корнеального рефлекса, нарушение вкуса на задней трети языка, гипалгезия во внутренней зоне Зельдера, гипертрофия жевательной мускулатуры
1	Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (Гийена-Барре и др.)
98	Для полинейропатии Гийена-Барре характерно
	Поражение черепных нервов
	Выраженные тазовые расстройства
	Стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
	Все перечисленное
	Выраженные тазовые расстройства и стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
99	Для полинейропатии Гийена-Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе
	С 1 дня заболевания
	С 3 дня заболевания
	Со 2 недели заболевания
	С 3 недели заболевания
	С 4 недели заболевания
100	Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена-Барре характеризуется
	Поражением языкоглоточного нерва
	Двусторонним парезом лицевого нерва
	Поражением каудальной группы черепных нервов
	Поражением глазодвигательных нервов
	Поражением языкоглоточного нерва, двусторонним парезом лицевого нерва, поражением каудальной группы черепных нервов, поражением глазодвигательных нервов
101	К демиелинизирующим относится полинейропатия
	Гийена-Барре
	Диабетическая
	Порфирийная
	Алкогольная
	Дифтерийная
102	Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, являются
	Инфекционный
	Токсический
	Сосудистый
	Метаболический
103	Для алкогольной полинейропатии характерно
	Преимущественное поражение нижних конечностей
	Преимущественное поражение верхних конечностей
	Боли в голенях и стопах
	Боли в предплечьях и кистях
	Преимущественное поражение нижних конечностей и боли в голенях и стопах
104	Лекарственные полинейропатии чаще вызывают
	Цитостатики
	Гипотензивные препараты
	Противотуберкулезные препараты
	Цитостатики и противотуберкулезные препараты
	Цитостатики и гипотензивные препараты
105	Диабетическая полинейропатия развивается в результате
	Поражения сосудов периферических нервов
	Нарушение метаболизма глюкозы
	Токсического повреждения миелина периферических нервов

	Поражения сосудов периферических нервов и токсического повреждения миелина периферических нервов
	Поражения сосудов периферических нервов и нарушения метаболизма глюкозы
106	Полиневропатия, связанная с недостаточностью витамина В1, возникает
	При хроническом алкоголизме
	При пеллагре
	При порфирии
	При хроническом алкоголизме и пеллагре
	При хроническом алкоголизме и порфирии
107	Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие
	Расстройств глубокой чувствительности
	Бульбарных расстройств
	Тазовых нарушений
	Расстройств глубокой чувствительности и бульбарных расстройств
	Расстройств глубокой чувствительности и тазовых нарушений
108	Для диагностики наследственной полиневропатии используют
	МРТ
	ЭНМГ
	УЗДГ
	Рентгенографию
	Офтальмоскопию
109	Дебют наследственной моторно-сенсорной невропатии наблюдается
	При рождении
	На 2 десятилетия
	После 50 лет
	В старческом возрасте
	Нет возрастной зависимости
110	Основное проявление наследственной полиневропатии
	Мышечные атрофии
	Болевой синдром
	Когнитивное снижение
	Эпилептический синдром
	Центральные парезы
111	Основные результаты ЭНМГ при наследственной полиневропатии
	Норма
	«Ритм частотола»
	Феномен истощения
	Полифазная активность
	Снижение скорости распространения импульса
112	Дифференциальный диагноз наследственных полиневропатий проводится с
	Токсическими полиневропатиями
	Вертеброгенными поражениями нервной системы
	С другими полиневропатиями
	Болезнью Вильсона-Коновалова
	Детским церебральным параличом
113	Основные проявления аутосомно-доминантной сенсорной невропатии
	Вялый тетрапарез
	Корешковый болевой синдром
	Миелопатический синдром
	Диссоциированные нарушения чувствительности с невропатическим болевым синдромом
	Спастический парапарез

114	Лечение пациентов с полиневропатиями
	Миорелаксанты
	Вазодилататоры
	Ноотропные средства
	Неспецифическая метаболическая терапия
	НПВП
115	Наиболее тяжелые осложнения наследственных полиневропатий
	Эпилептический синдром
	Гепатомегалия
	Инфекции дыхательных путей
	Кардиоэмболический синдром
116	Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете характерны проявления
	ортостатическая гипотензия
	артериальная гипертензии в положении лежа
	ночные поносы
	запоры
	повышенная реакция на гипогликемию
1	Психоневрология
117	Тип эмоциональных переживаний
	Эмоциональный стресс
	Неуравновешенность
	Воображение
	Забывчивость
118	Длительные, устойчивые, предметные отношения к какому-либо объекту, это
	Внимание
	Чувства
	Симпатия
	Настроение
119	Реакция не только на текущие события, но и вспоминаемые, это
	Темперамент
	Характер
	Эмоции
	Общение
120	Эмоциональное состояние, сопереживание к другому объекту, это
	Амбивалентность
	Симпатия
	Настроение
	Презрение
121	Основанием разделения эмоций на стенические и астенические является
	мобилизация ресурсов организма
	потребности
	сила проявлений
	длительность проявлений
	знак
122	Устойчивую склонность человека воспринимать угрозу своему «Я» в разных ситуациях характеризует такое его эмоциональное состояние, как
	Настроение
	Стресс
	Тревога

	Гнев
123	Эмоциональные процессы и состояния в жизни организма выполняют функцию
	Только приспособительную
	Только мобилизационную
	Только приспособительную и интегративную
	Приспособительную, мобилизационную и интегративную
124	Для постановки диагноза депрессии симптомы должны существовать в течение
	1-2 дня
	1-2 недели
	2-4 недели
	1-2 месяца
	6 месяцев
125	Триада симптомов в виде повышенного радостного настроения, ускоренного мышления, повышенной двигательной активности встречается при синдроме
	Парафреническом
	Депрессивном
	Ипохондрическом
	Маниакальном
	Паранойальном
126	Триада симптомов в виде тоскливо-печального настроения, замедленного мышления, двигательной заторможенности встречается при синдроме
	Маниакальном
	Кататоническом
	Паранойальном
	Депрессивном
	Ипохондрическом
127	Пароксизмально возникающее тоскливо-злобное настроение с склонностью к агрессивным действиям характерно для синдрома
	Депрессивного
	Обсессивного
	Делириозного
	Дисфорического
128	Дисфория относится к синдромам
	Бредовым
	Синдромам нарушения сознания
	Аффективным
	Кататоническим
	Галлюцинаторным
129	Болезненное повышение настроения с ускорением двигательной и мыслительно-речевой деятельности называется
	Депрессивным состоянием
	Маниакальным состоянием
	Гебефреническим синдромом
	Кататоническим синдромом
	Аментивным синдромом
130	Болезненное понижение настроения с двигательной заторможенностью и общим угнетением психических функций называется
	Дисфорией
	Эйфорией
	Манией
	Депрессией

	Апатией
131	Характерным, отличающим признаком маскированной депрессии от других видов депрессий является
	Бредовые идеи самоуничужения и самообвинения
	Навязчивые страхи
	Суточные колебания настроения
	Преобладание соматических жалоб
	Суицидальные мысли
132	Описанию и определению маскированной депрессии соответствует
	Выраженный аффективный компонент депрессивной триады
	Выраженная двигательная и психическая заторможенность
	Депрессивный аффект выражен слабо. Его место занимают соматические жалобы
	Не выраженные двигательная и психическая заторможенность
	Выраженный слабо идеаторный компонент. Двигательная заторможенность отсутствует
133	Апатия – это
	снижение настроения
	повышение настроения
	злобно – тоскливое настроение
	отсутствие эмоциональных реакций на внешние раздражители
134	Ангедония – это
	Преувеличенная опасность соматической болезни
	Чувство утраты эмоций
	Идея о бессмысленности существования
	Чувство ослабления или исчезновения влечения к жизни
	Утрата чувства наслаждения
135	Выделите из предложенных симптомов наиболее характерные соматические признаки депрессии
	Потеря в весе
	Тахикардии
	Запоры
	Брадикардии
	Нарушения дыхания
136	Отличием маскированной депрессии является
	Отсутствие органического заболевания
	Обострение соматического заболевания
	Выраженная депрессивная симптоматика
	Утрата эмоций
137	Врач должен заполнять
	Шкала Гамильтона
	Шкала Бэка
	Шкала CES-D
	Госпитальная шкала
138	Самоопросниками является
	Шкала Бэка
	Корнельская шкала
	Шкала Гамильтона
	Шкала Монтгомери–Асберг
139	У больного с депрессивным эпизодом необходимо исключить наличие
	Опухоли
	Субдуральной гематомы

	Инсульта
	Шизофрении
140	Наиболее информативен при депрессии метод
	КТ
	ОФЭКТ
	МРТ
	фМРТ
141	Биохимическим маркером депрессии является
	Дексаметазоновый тест
	Серотониновый тест
	Нодреналиновый тест
	Преднизолоновый тест
142	Средняя суточная доза трициклических антидепрессантов, оказывающих эффект при вегетативных кризах
	12.5-25 мг
	25-50 мг
	50-100 мг
	100-150 мг
	150-300 мг
143	Для лечения дистимии используются
	Нейролептики
	Антидепрессанты
	Ноотропы
	Транквилизаторы
	Противосудорожные
144	К трициклическим антидепрессантам относится
	Амитриптилин
	Флуоксетин
	Сертралин
	Мапротилин
	Аминазин
145	При нарушениях сна в виде поздних засыпаний в рамках невротической депрессии показан
	Аминазин
	Пирацетам
	Миансерин
	Азалептин
	Галоперидол
146	При апатической депрессии показаны антидепрессанты с
	Седативным действием
	Стимулирующим действием
	Сбалансированным действием
	Не показаны
	Необходимо сочетание с психостимуляторами
147	Пациентам с депрессией и выраженной инсомнией показан
	Амитриптилин
	Циталопрам
	Флуоксетин
	Тразодон
	Агомелатин
148	Низкая приверженность антидепрессивной терапии может быть компенсирована

	Плохой переносимостью
	Однократным приемом
	Низкой эффективностью
	Высокой стоимостью
149	Клинический эффект СИОЗС отмечается через
	1-2 дня
	3-4 дня
	6-7 дней
	8-10 дней
	10-12 дней
150	Может ли невролог лечить депрессию?
	Да
	Нет
	После консультации психиатра
	Совместно с психиатром
	Совместно с психологом
151	При наличии суицидальных мыслей врач обязан
	Госпитализировать больного
	Вызвать психиатра
	Назначить транквилизаторы
	Назначить нейролептики
	Назначить антидепрессанты
152	Какие шкалы применяются для оценки когнитивных функций
	Шкала активности Френчай
	Шкала Бартела
	Шкала Ренкин
	МИНИ-КОГ
	Шкала NIHSS
153	Длительность противорецидивной терапии антидепрессантами
	1 месяц
	6 месяцев
	1 год
	2 года
	3 года
154	Виды эмоций
	Эмоциональный тон ощущений
	Собственно эмоции
	Чувства
	Аффекты
	Приступы смеха
155	К антидепрессантам седативного действия относятся
	Мелипрамин
	Индопан
	Пиразидол
	Амитриптилин
156	Нарушение обмена серотонина сопровождается
	Соматизированной тревогой
	Приступами паники
	Страхом
	Приступами смеха

157	При депрессии могут быть повышены гормоны
	Адреналин
	Кортизол
	Норадреналин
	Соматотропин
158	Для биохимического подтверждения депрессии можно применять
	Дексаметазоновый тест
	Серотониновый тест
	Тиролибериновый тест
	Преднизолоновый тест
159	При нейровизуализации пациента с депрессией можно обнаружить следующие морфологические изменения
	Снижение объема лобной коры
	Снижение объема гиппокампа
	Снижение объема базальных ганглиев
	Амигдалы
160	Невербальными проявлениями депрессии являются
	Невыразительность жестов
	Безразличие (вплоть до неряшливости) к внешнему виду
	Неловкость и замедленность движений
	Грустное выражение лица
161	К шкалам оценки депрессии относятся
	Госпитальная шкала
	Шкала Гамильтона
	Шкала CES-D
	Корнельская шкала
	Шкала качества жизни
162	Самые распространенные варианты клинической картины маскированной депрессии
	Нарушения биологического ритма
	Соматизированные расстройства
	Алгии
	Внезапный смех
163	Факторы, осложняющие терапию депрессии пожилых
	Высокая частота сопутствующих соматических заболеваний
	Риск лекарственных взаимодействий
	Низкая комплаентность
	Снижение почечной и печеночной функции
164	Больные с поздней депрессией имеют
	Увеличенный риск суицида
	Низкую комплаентность
	Резистентность к психотерапевтическому воздействию
	Оглушенность
165	У больных с депрессией часто встречаются такие соматические симптомы, как
	Нарушения сна
	Боль в спине
	Неспецифические мышечно-скелетные жалобы
	Утомляемость
166	Депрессия у пожилых может быть
	Брюзжащей
	Соматизированной

	Тревожной
	Бессимптомной
167	К характеристикам астенического синдрома относится
	Эмоциональная лабильность
	Повышенная утомляемость
	Гиперестезии
	Оглушенность
	Раздражительность
168	Ипохондрический синдром включает в себя
	Чрезмерно утрированное внимание к здоровью
	Фобии с переживанием заболеть неизлечимой болезнью
	Бредовую убежденность в несуществующей болезни
	Анозогнозическое переживание болезни
	Неправильную трактовку симптоматики
169	По современной классификации (МКБ – 10) вариантами течения депрессий являются
	Единственный депрессивный эпизод
	Повторяющаяся (рекуррентная) депрессия
	Биполярные расстройства
	Дистимия
170	По степени выраженности депрессии делятся на
	Легкие
	Умеренные
	Тяжелые
	Необратимые
171	Для депрессивного синдрома характерны
	Переживание тоски
	Двигательная заторможенность
	Псевдогаллюцинации
	Идеаторная заторможенность
	Бредовые идеи самоуничужения
172	К признакам депрессивного двигательного торможения относятся
	Замедление движений
	Бедность мимики
	Ощущение мышечной слабости
	Повышенная чувствительность
	Явления депрессивного ступора
173	Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии
	Наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
	Наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента dolorosa
	Депрессивный ступор
	Нарушение сердечного ритма
174	Для депрессивной триады характерно
	Аффект тоски
	Двигательное торможение
	Меланхолический раптус
	Идеаторное торможение
	Депрессивное содержание мышления
175	Депрессивное идеаторное торможение выражено в виде
	Концентрации мышления на депрессивной фабуле
	Затруднения запоминания

	Затруднения воспроизведения
	Явлений прогрессирующей амнезии
	Депрессивного моноидеизма
176	Классическая депрессивная триада характеризуется
	Эмоциональным торможением
	Двигательным торможением
	Идеаторным торможением
	Эмоциональной импульсивностью
1	Наследственные дегенеративные заболевания
177	Классическая триада болезни Паркинсона включает в себя
	Тремор, ригидность, постуральную неустойчивость
	Тремор, ригидность, депрессию
	Тремор, ригидность, брадикинезию
	Брадикинезию, ригидность, постуральную неустойчивость
	Брадикинезию, тремор, постуральную неустойчивость
178	Кардинальный симптом болезни Паркинсона, наличие которого обязательно для выставления диагноза
	Ригидность
	Тремор действия
	Постуральный тремор
	Тремор покоя
	Брадикинезия
	Постуральные нарушения
179	Классический вариант тремора при болезни Паркинсона
	Кинетический
	Интенционный
	Покоя
	Постуральный
	Изометрический
180	Феномен «возобновляющегося тремора» характерен для
	Эссенциального тремора
	Болезни Паркинсона
	Гепатоцеребральной дистрофии
	Дистонического тремора
	Тремора при атипичном паркинсонизме
181	Замедление движений при выполнении моторных проб называется
	Гипокинезия
	Брадикинезия
	Олигокинезия
	Акинезия
	Общая заторможенность
182	«Брадикинетический декремент» характерен для
	Эссенциального тремора
	Мультисистемной атрофии
	Прогрессирующего супрануклеарного паралича
	Болезни Паркинсона
	Сосудистого паркинсонизма
183	Наличие постуральной неустойчивости позволяет диагностировать следующую стадию болезни Паркинсона
	1 стадию
	2 стадию
	3 стадию
	4 стадию

	5 стадию
184	Тремор при болезни Паркинсона имеет частоту
	1-2 Гц
	3-6 Гц
	6-10 Гц
	11-12 Гц
	13-15 Гц
185	Четвертый кардинальный симптом болезни Паркинсона - это
	Тремор
	Брадикинезия
	Ригидность
	Постуральная неустойчивость
	Депрессия
186	Появление постуральных нарушений в первый год заболевания позволяет исключить
	Болезнь диффузных телец Леви
	Болезнь Паркинсона
	Мультисистемная атрофия
	Прогрессирующий супрануклеарный паралич
	Кортико-базальная дегенерация
187	Ахейрокинез - это
	Замедленность движений
	Утрата содружественных движений рук при ходьбе
	Нарушение позы
	Постуральные нарушения
	Уменьшение амплитуды движений
188	Диспросодия - это
	Дизартричная речь
	Замедленная речь
	Гипофоничная речь
	Монотонная речь
	Скандированная речь
189	Хорошая стойкая реакция на препараты леводопы характерна для
	Болезни диффузных телец Леви
	Болезни Паркинсона
	Мультисистемной атрофии
	Прогрессирующего супрануклеарного паралича
	Кортико-базальной дегенерации
190	Тремор покоя по типу «счета монет» характерен для
	Болезни диффузных телец Леви
	Болезни Паркинсона
	Мультисистемной атрофии
	Прогрессирующего супрануклеарного паралича
	Кортико-базальной дегенерации
191	Тремор покоя по типу «скатывания пиллюль» характерен для
	Болезни диффузных телец Леви
	Болезни Паркинсона
	Мультисистемной атрофии
	Прогрессирующего супрануклеарного паралича
	Кортико-базальной дегенерации
	Брадикинетический декремент

192	Против диагноза болезни Паркинсона свидетельствует
	Тремор покоя
	Пластическая ригидность
	Постуральная неустойчивость
	Окулогирные кризы
	Брадикинетический декремент
193	Против диагноза болезни Паркинсона свидетельствует
	Тремор покоя
	Пластическая ригидность
	Постуральная неустойчивость
	Плохой ответ на препараты леводопы
194	Препараты леводопы рекомендуется принимать
	Во время приема пищи
	Непосредственно до еды
	Сразу после еды
	За 30 минут до еды или через 1 час после еды
	С белковой пищей
195	Не рекомендуется принимать препараты леводопы с белковой пищей т.к.
	Леводопа разрушается в желудке под действием ферментов пищеварения
	Леводопа конкурирует за всасывание через кишечную стенку и гематоэнцефалический барьер с аминокислотами пищи
	При комбинации леводопы с белковой пищей усиливаются побочные эффекты препарата
	При комбинации леводопы с белковой пищей проявляется токсичность леводопы
196	Сроки начала леводопа-терапии при болезни Паркинсона определяются
	Возрастом, степенью двигательного дефекта, наличием когнитивных нарушений
	Только возрастом
	Только степенью двигательного дефекта
	Только наличием когнитивных нарушений
	Комплаентностью
197	Препаратом первого выбора в возрасте старше 70 лет при лечении болезни Паркинсона является
	Амантадин
	Агонист дофаминовых рецепторов
	Ингибитор МАО-В
	Леводопа
	Ингибитор КОМТ
198	Препаратом первого выбора в возрасте моложе 70 лет при минимальном двигательном дефекте на 1 стадии болезни Паркинсона является
	Амантадин
	Ингибитор МАО-В
	Агонист дофаминовых рецепторов
	Леводопа
	Ингибитор КОМТ
199	Паркинсонизм «нижней части тела» характерен для
	Болезни Паркинсона
	Сосудистого паркинсонизма
	Лекарственного паркинсонизма
	Токсического паркинсонизма
	Гепатоцеребральной дегенерации
	Сочетания болезни Паркинсона и дисциркуляторной энцефалопатии
200	Для сосудистого паркинсонизма характерны следующие изменения на МРТ
	Атрофия среднего мозга

	Изменение интенсивности сигнала от скорлупы
	Изменение интенсивности сигнала от понтоцеребеллярных волокон
	Обширный лейкоареоз или двусторонние подкорковые инфаркты в скорлупе и бледном шаре
	Атрофия корковых отделов
201	Против диагноза сосудистого паркинсонизма свидетельствует
	Подострое начало
	Ступенеобразное прогрессирование
	Псевдобульбарный синдром
	Высокая эффективность препаратов леводопы
	Лобная дисбазия
202	Преходящая остановка дыхания и кровообращения может привести к развитию
	Токсического паркинсонизма
	Сосудистого паркинсонизма
	Болезни Паркинсона
	Постгипоксического паркинсонизма
	Мультисистемной дегенерации
203	При мультисистемной атрофии для симптоматической терапии болезни Паркинсона в качестве средства первой линии выступают
	Холинолитики
	Препараты леводопы
	Ингибиторы МАО-В
	Ингибиторы КОМТ
	Бензодиазепины
204	Паркинсонизм при мультисистемной атрофии
	Хорошо корригируется агонистами дофаминовых рецепторов
	Всегда является строго латерализованным
	Никогда не сопровождается постуральной неустойчивостью
	Рано приводит к появлению постуральных нарушений
	Никогда не сопровождается тремором
205	Вегетативные нарушения при мультисистемной атрофии
	Появляются на поздних стадиях заболевания
	Никогда не бывают клинически значимыми
	Чаще всего представлены слюнотечением, запорами
	Чаще всего представлены ортостатической гипотензией, нейрогенным нарушением мочеиспускания
	Не требуют медикаментозной коррекции
206	Мультисистемная атрофия представлена (выберите наиболее полный ответ)
	Симметричным синдромом паркинсонизма
	Сочетанием синдрома паркинсонизма и мозжечковых нарушений
	Сочетанием синдрома паркинсонизма, вегетативных и мозжечковых нарушений
	Асимметричным синдромом паркинсонизма
	Синдромом паркинсонизма, парезом зрения вниз, вегетативными нарушениями
207	Против диагноза прогрессирующего супрануклеарного паралича свидетельствует
	Ретроколлиз
	Гипокинезия и ригидность в аксиальных отделах
	Парез вертикального зрения
	Выраженная постуральная неустойчивость с частыми падениями
	Нарушение сложных видов чувствительности
208	Прогрессирующий супрануклеарный паралич характеризуется (выберите наиболее полный ответ)
	Асимметричным синдромом паркинсонизма

	Асимметричный синдромом паркинсонизма и глазодвигательными нарушениями
	Медленно-прогрессирующим синдромом паркинсонизма и мозжечковыми нарушениями
	Быстро прогрессирующими синдромом паркинсонизма, глазодвигательными нарушениями, псевдобульбарным синдромом, когнитивными нарушениями
	Тремором покоя, падениями вперед, антероколлизом, парезом зрения вниз
209	При кортикобазальной дегенерации отмечается
	Асимметричная атрофия всех отделов коры
	Асимметричная атрофия только височных отделов коры
	Симметричная атрофия височных и затылочных отделов коры
	Асимметричная атрофия лобных и теменных отделов коры
	Симметричная атрофия всех отделов коры
210	Паркинсонизм при кортикобазальной дегенерации
	Носит симметричный характер
	Носит асимметричный характер
	Не сочетается с дистонией
	Всегда сопровождается тремором покоя
	Не сопровождается нарушением сложных видов чувствительности
211	При болезни диффузных телец Леви наиболее часто галлюцинации носят характер
	Слуховых
	Зрительных
	Тактильных
	Обонятельных
	Галлюцинации не характерны
212	При болезни диффузных телец Леви когнитивные нарушения развиваются
	Через 3 года после появления симптомов паркинсонизма и позже
	В первый год после появления симптомов паркинсонизма
	В первый год после симптомов паркинсонизма или предшествуют развитию симптомов паркинсонизма
	На поздних стадиях заболевания
	Всегда предшествуют появлению симптомов паркинсонизма
213	Флуктуации психического статуса характерны для
	Болезни Паркинсона
	Мультисистемной атрофии
	Прогрессирующего супрануклеарного паралича
	Кортикобазальной дегенерации
	Болезни диффузных телец Леви
214	Эссенциальный тремор наиболее часто характеризуется
	Тремором покоя
	Кинетическим тремором
	Постурально-кинетическим тремором
	Интенционным тремором
	Тремором «бьющихся крыльев»
215	Препаратами первого выбора для лечения эссенциального тремора являются
	Агонисты дофаминовых рецепторов
	Препараты леводопы
	Амантадины
	Бета-блокаторы
	Атипичные нейролептики
216	Дрожание при эссенциальном треморе
	Одностороннее
	Имеет частоту 4-6 Гц

	Постурально-кинетическое
	Увеличивается в покое
	Не нарушает выполнение повседневных действий
217	В пользу диагноза болезни Паркинсона свидетельствуют:
	Тремор покоя по типу «скатывания пилюль»
	Наличие ригидности
	Наличие брадикинезии
	Хорошая стойкая реакция на препараты леводопы
	Парез зрения вниз
218	Для сосудистого паркинсонизма характерно
	Ахейрокинез
	Лобная дисбазия
	Апраксия ходьбы
	Ходьба с широко расставленными ногами
	Постуральная неустойчивость
219	Для лекарственного паркинсонизма характерно
	Гипокинезия
	Ригидность
	Предшествующий прием нейролептика
	Симметричность симптомов
	Прогрессирование симптомов на фоне отмены препарата
1	Дистонии
220	Если дистония захватывает две и более смежных частей тела, то это дистония
	Фокальная
	Сегментарная
	Мультифокальная
	Генерализованная
	Гемидистония
221	Если дистония вовлекает две и более несмежных части тела (например, лицо и нога), то это дистония
	Фокальная
	Сегментарная
	Мультифокальная
	Генерализованная
	Гемидистония
222	Формирование патологических поз и наличие корригирующих жестов характерно для
	Тяжелого тремора
	Дистонии
	Хореи
	Тиков
	Миоклонии
223	Тортиколлис - это
	Поворот головы в сторону
	Наклон головы в сторону
	Наклон головы кзади
	Наклон головы кпереди
	Любое положение головы при дистонии
224	Непроизвольные внезапные кратковременные отрывистые неритмичные или ритмичные сокращения отдельных мышц или мышечных групп, называются
	Тремор
	Хорея

	Дистония
	Миоклония
	Тики
225	Быстрые неритмичные колебательные движения конечностей или других частей тела, делающие невозможным удержание определенной позы и вызванные кратковременной атонией мышц, поддерживающих позу, называется
	Позитивная миоклония
	Астериксис
	Ортостатический тремор
	Изометрический тремор
	Баллизм
226	Моторные тики считаются хроническими, если они наблюдаются более
	6 месяцев
	1 год
	3 года
	5 лет
	10 лет
227	Гиперкинез, который может сохраняться во время сна, это
	Хорея
	Тремор
	Тики
	Стволовая миоклония
	Атетоз
228	Гиперкинез, который можно задержать на некоторое время усилием воли, это
	Хорея
	Тремор
	Тики
	Стволовая миоклония
	Атетоз
229	При синдроме Туретта поведенческие расстройства чаще всего включают
	Девиации сексуального поведения
	Синдром дефицита внимания и обсессивно-компульсивные расстройства
	Анорексия
	Булимия
	Ранняя алкоголизация
230	Наиболее диагностически значимым для постановки диагноза гепатолентикулярной дегенерации является
	МРТ головного мозга
	УЗИ печени
	Исследование церулоплазмина
	Исследование содержания кальция в сыворотке крови
	Исследование печеночные ферменты
231	Для постановки диагноза Синдром Туретта необходимо, чтобы у больного было
	Генерализованные моторные тики с детства
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики, которые наблюдаются хотя бы в течение 6 месяцев
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики, которые наблюдаются в течение 1 года
	Генерализованные моторные тики, один или более вокальные тики, которые наблюдаются в течение 1 года, и дебют заболевания до 21 года
	Сложные вокальные тики

232	Псевдогипертрофии наблюдаются при следующих формах мышечной дистрофии
	Дюшенна
	Беккера
	Ландузи-Дежерина
	Дюшенна и Беккера
	Дюшенна и Ландузи-Дежерина
233	Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением
	Цереброспинальных пирамидных путей
	Мотонейронов передних рогов спинного мозга
	Периферических нервов
	Мутаций в гене дистрофина
234	Спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана наследуется
	По аутосомно-доминантному типу
	По аутосомно-рецессивному типу
	По рецессивному типу, сцепленному с X-хромосомой
	По доминантному типу, сцепленному с X-хромосомой
235	Амиотрофия Шарко-Мари-Тута обусловлена первичным поражением
	Передних рогов спинного мозга
	Периферических нервных волокон
	Мышц дистальных отделов конечностей
	Передних рогов спинного мозга и мышц
236	К типичным симптомам мозжечковых атаксий относят
	Нарушение походки
	Скандированная речь
	Нистагм
	Нарушение глубокой чувствительности
	Мышечная гипотония
237	Причинами sporadicческой мозжечковой атаксии являются
	Паранеопластический процесс
	Целиакия
	Гипотиреоз
	Дефицит витамина В12
	Артериальная гипертензия
1	Миотонии. Наследственные деменции. Базальные ганглии и экстрапирамидная система. Анатомия, связи с корковыми и стволовыми структурами; строение и функция фронто-стриато-паллидо-таламо-кортикальных нейронных кругов
238	Тип наследования при миотонии Томсена характеризуется как
	Аутосомно-доминантный
	Аутосомно-рецессивный
	Сцепленный с X-хромосомой
	Аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный
239	При дистрофической миотонии преобладает слабость мышц:
	Головы и шеи
	Проксимальных отделов конечностей
	Дистальных отделов конечностей
	Головы, шеи, проксимальных отделов конечностей
	Головы, шеи, дистальных отделов конечностей
240	Приступ при гипокалиемической форме пароксизмальной миоплегии обычно возникает:
	Во время тяжелой физической нагрузки
	Сразу же после физической нагрузки

	В состоянии полного покоя днем
	Во время ночного сна
241	Миастенический криз сопровождается
	Пароксизмальным усилением мышечной слабости
	Угнетением глотания
	Гиперсаливацией, брадикардией
	Нарушением витальных функций
242	Возможный возраст дебюта болезни Альцгеймера
	После 40 лет
	После 50 лет
	После 60 лет
	После 70 лет
	После 80 лет
243	Препараты следующих групп имеют терапевтическое значение для лечения мнестических расстройств
	Соли лития
	Антидепрессанты
	Транквилизаторы
	Ноотропы
	Нейролептики
244	Эффективность следующих препаратов доказана в лечении деменции
	Ингибиторы холинэстеразы
	Антидепрессанты
	Транквилизаторы
	Ноотропы
	Нейролептики
245	Механизм действия мемантина связан с
	Холинергической системой
	Глутаматергической
	Норадренергической
	Серотонинергической
	Мелатонинергической
246	К клиническим формам лобно-височной деменции относят
	Поведенческий вариант
	Семантическую деменцию
	Первично-прогрессирующую афазию со снижением беглости речи
	Поведенческий вариант и первично-прогрессирующую афазию со снижением беглости речи
	Деменция с телами Леви
247	Для первичной прогрессирующей афазии со снижением беглости речи (семантической деменции) характерно
	Скучная, немногословная речь
	«Телеграфный» стиль речи
	Нарушение повторения за врачом
	Отчуждение смысла слов
	Заикание или оральная апраксия
248	Для первичной прогрессирующей афазии без снижения беглости речи характерно
	Беглая, но не информативная речь
	Нарушение номинативной функции речи
	Нарушение повторения за врачом
	Вербальные парафазии
	Нарушение понимания обращенной речи

249	Исключают диагноз болезни Альцгеймера
	Внезапное начало деменции;
	Очаговая неврологическая симптоматика
	Эпилептические припадки
	Нарушения ходьбы на ранних стадиях заболевания
250	При поражении паллидонигральной системы отмечается походка
	Спастическая
	Спастика-атактическая
	Гемипаретическая
	Шаркающая, мелкими шажками
	Мозжечковая
251	Симптомы, не характерные для поражения паллидонигральной системы
	Гипокинезия
	Сиалорея
	Скандированная речь
	Повышение мышечного тонуса по пластическому типу
	Гипомимия
1	Нарушения чувствительности и вегетативной нервной системы. Нарушения высших психических функций
252	Проводники поверхностной чувствительности перекрещиваются
	Передняя серая спайка спинного мозга
	Межоливный слой продолговатого мозга
	Варолиев мост
	Средний мозг
	Задние рога
253	Нарушение чувствительности по проводниковому типу может быть
	Задние корешки
	При поражении боковых и задних столбов спинного мозга
	Поражение боковых столбов спинного мозга
	Поражение половины поперечника спинного мозга
	Поражение всего поперечника спинного мозга
254	Медиаторы, не участвующие в проведении болевой чувствительности
	Серотонин
	Норадреналин
	Дофамин
	Опиаты
255	Волокна, проводящие болевую чувствительность
	Миелинизированные
	Слабо миелинизированные
	Безмиелиновые
	Миелинизированные и безмиелиновые
256	При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
	Одностороннюю гомонимную гемианопсию
	Нижнеквadrантную гемианопсию
	Битемпоральную гемианопсию
	Биназальную гемианопсию
	Верхнеквadrантную гемианопсию
257	При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
	Одностороннюю гомонимную гемианопсию
	Нижнеквadrантную гемианопсию

	Битемпоральную гемианопсию
	Биназальную гемианопсию
	Верхнеквадрантную гемианопсию
258	Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении
	Наружных отделов зрительного перекреста
	Язычной извилины
	Глубинных отделов теменной доли
	Первичных зрительных центров в таламусе
	Внутренних отделов зрительного перекреста
259	Для поражения задней центральной извилины характерна следующая комбинация симптомов
	Моноанестезия или гемианестезия, парестезии в противоположной очагу половине тела
	Гемиатаксия, гемианопсия
	Моноанестезия и гемиальгии
	Гиперпатия и гемианестезия
	Гемианестезия и гемиатаксия
260	Сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов
	C2-C5
	T5-T8
	D2-D5
	T10-D1
	S2-S5
261	При поражении симпатических клеток C8-Th1 сегментов спинного мозга наблюдается следующая комбинация симптомов
	Птоз, миоз, энофтальм
	Птоз, мидриаз, экзофтальм
	Мидриаз, экзофтальм, косоглазие
	Птоза, экзофтальма
	Миоз, экзофтальм
262	Симпатические клетки в спинном мозге располагаются
	В передних рогах
	В задних рогах
	В передних и задних рогах
	В боковых рогах
	В передних, задних и боковых рогах
263	Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов
	C5-T10
	T1-T12
	C8-L3
	T6-L4
	L5-S1-S2
264	Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов
	L4-L5-S1
	L5-S1-S2
	S1-S3
	S2-S4
	S3-S5
265	Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов
	C6-C7

	C7-C8
	T1-T2
	T2-T3
	C5-T10
266	Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
	На свет
	На болевое раздражение
	На конвергенцию
	На аккомодацию
	На страх
267	Критерием положительной гипервентиляционной пробы является
	Возникновение предобморочного состояния
	Появление дрожи
	Появление страха
	Появление положительного симптома Хвостека
	Воспроизведение имеющихся у больного симптомов
268	В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
	Ашнера (глазосердечный рефлекс)
	Клиностагическая
	Ортостатическая
	Шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
269	При оценке дермографизма следует учитывать, что в норме
	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
	Красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища; белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
270	Синдром Аргайла Робертсона наблюдается
	При рассеянном склерозе
	При синдроме Парино
	При нейросифилисе
	При сахарном диабете
	При алкоголизме
271	Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
	Вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
	Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
	Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
	Спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
	Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног
272	Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
	C5-C8
	C5-C8, T1-T2
	C6-C8
	C8-T2
	C8-T2
273	При поражении правой теменной доли возникают следующие нарушения высших корковых функций
	Сенсорная афазия
	Апраксии

	Нарушение схемы тела
	Агнозии
	Моторная афазия
274	При поражении корковых речевых центров возникает следующий вид речевых расстройств
	Афония
	Анартрия
	Афазия
	Дизартрия
	Аллексия
275	При поражении левой лобной доли возникает
	Моторная афазия
	Сенсорная афазия
	Амнестическая афазия
	Семантическая
	Динамическая
276	Истинный астереогноз обусловлен поражением
	Лобной доли
	Височной доли
	Теменной доли
	Затылочной доли
	Лобной и височной
277	Амнестическая афазия наблюдается при поражении
	Лобной доли
	Теменной доли
	Стыка лобной и теменной доли
	Стыка височной и теменной доли
	Височной
278	Для изолированной сенсорной афазии характерна следующая комбинация симптомов
	Парафазии, «словесный салат», нарушение понимания простых и сложных инструкций
	Персеверация, словесный эмбол, «телеграфный стиль»
	Нарушение повторения слов и предложений, нарушение рядовой речи, неправильное название предметов
	Нарушение фонематического слуха, словесный эмбол, неправильное название предметов
	Нарушение понимания возвратных, сравнительных, атрибутивных конструкций
1	Кровообращение головного и спинного мозга. Артерии, вены, ликворная система
279	Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
	Гомонимной гемианопсии
	Битемпоральной гемианопсии
	Биназальной гемианопсии
	Концентрического сужения полей зрения
	Амавроз
280	Границы систолического артериального давления у нормотоников, поддерживающие ауторегуляцию мозгового кровотока:
	50-180 мм рт. ст
	90-200 мм рт. ст.
	110-200 мм рт. ст.
	90-150 мм рт. ст.
	150-250 мм рт ст
281	Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медулярный синдром) возникает при закупорке:
	Коротких циркулярных артерий моста

	Длинных циркулярных артерий моста
	Парамедианных артерий моста
	Нижней передней артерии мозжечка
	Нижней задней артерии мозжечка
282	Аноксическая деполяризация мембран и гибель клеток с образованием инфаркта мозга уровне кровотока в головном мозге развивается при
	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
283	Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние
	Тонуса и реактивности сосудов
	Реологических свойств крови
	Свертывающей-противосвертывающей системы крови
	Архитектоники артериального круга большого мозга (виллизиева круга)
	Системной и церебральной гемодинамики
284	В прямой венозный синус впадает
	Большая вена мозга (вена Галена)
	Внутренняя вена мозга
	Базальные вены Розенталя
	Большая вена мозга (вена Галена) и базальные вены Розенталя
285	Кровоснабжение поясничного и крестцового отделов спинного мозга осуществляется за счет
	Передней корешковой артерии
	Задней корешковой артерии
	Большой передней корешковой артерией Адамкевича
	Дополнительной передней корешковой артерией Демпрож-Гуттерона
	Большой передней корешковой артерией Адамкевича и дополнительной передней корешковой артерией Демпрож-Гуттерона
286	Артерия Демпрож-Гуттерона кровоснабжает
	Шейный отдел спинного мозга
	Грудной отдел
	Нижнегрудной и поясничный
	Нижнегрудной, поясничный и крестцовый
	Шейный и грудной
287	Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается
	Сдавлением шейных вен
	Давлением на переднюю брюшную стенку
	Наклоном головы вперед
	Разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
	Поворотом головы в сторону
288	Место выработки ликвора
	Лимфатические сосуды в полости черепа
	Артерии арахноидальной оболочки
	Артерии конвекситальной поверхности головного мозга
	Пахионовые грануляции
	Вены и венозные синусы черепа
289	В норме давление ликвора в положении сидя равно
	110-180 мм вод. ст.
	280-310 мм вод. ст.

	220-260 мм вод. ст.
	160-220 мм вод. ст.
	70-120 мм вод.ст.
290	Сопор в отличие от комы характеризуется
	Сохранностью вербального контакта
	Сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
	Отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
	Отсутствием реакций на внешние раздражители
291	В норме давление ликвора в положении сидя равно
	110-180 мм вод. ст.
	280-310 мм вод. ст.
	220-260 мм вод. ст.
	160-220 мм вод. ст.
	70-120 мм вод.ст.
292	Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии
	Наружной
	Внутренней
	Открытой или сообщающейся
	Гиперпродуктивной
	Арезорбтивной
293	При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление
	Стойко высокое
	Нормальное
	Пониженное
	Неустойчивое с тенденцией к повышению
	Неустойчивое с тенденцией к понижению
294	Усиление пальцевых вдавлений на краниограмме характерно для гидроцефалии
	Только наружной
	Окклюзионной
	Сообщающейся
	Сообщающейся и наружной
295	Декомпенсация гидроцефалии особенно часто возникает
	При вирусных инфекциях
	При кишечных инфекциях
	При нейроинфекциях
	При черепных травмах
	При черепных травмах и инфекциях
296	К менингеальным симптомам не относится
	Болезненность выходов тройничного нерва
	Симптом Лихтенштейна
	Симптом Кернига
	Симптом Бехтерева
	Симптом Опpegнейма
297	Для вызывания нижнего симптома Брудзинского
	Сгибают голову больного вперед
	Надавливают на область лонного сочленения
	Выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
	Сдавливают четырехглавую мышцу бедра
	Сдавливают ахиллово сухожилие
298	К общемозговым симптомам относится

	Неустойчивость при ходьбе
	Головная боль
	Двоение в глазах
	Слабость в конечностях
	Ригидность затылочных мышц
299	К нарушениям сознания относятся
	Оглушение
	Сопор
	Кома
	Ясное сознание
300	Ветвями базилярной артерии являются
	Задняя мозговая артерия
	Передняя нижняя мозжечковая артерия
	Верхняя мозжечковая артерия
	Задняя мозжечковая артерия
	Артерия лабиринта
301	К структурным единицам венозной системы головного мозга относят
	Посткапиллярные венулы
	Мозговые вены
	Венозные синусы
	Артериовенозные анастомозы
	Магистральные вены
302	К ветвям внутренней сонной артерии относятся
	Глазная артерия
	Передняя ворсинчатая артерия
	Задняя соединительная артерия
	Передняя мозговая артерия
	Артерия лабиринта
1	Головные боли. Альтернирующие синдромы. Бульбарный и псевдобульбарный паралич
303	Начало кластерных головных болей характерно в возрасте
	10-17 лет
	18-25 лет
	25-40 лет
	45 лет
	46-60 лет
304	С хроническими болями коморбиден синдром
	Психо-вегетативный синдром
	Синдром хронической усталости
	Синдром Пархона
	Гипертензионный
305	Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы
	На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
	На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
	На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
	На длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
306	Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение
	Анальгетиков
	Спазмолитиков

	Противосудорожных средств
	Триптанов
307	К патогенетическим типам головной боли относится
	Сосудистая
	Ливоро-динамическая
	Головные боли напряжения
	Психалгическая
	Диффузная
308	Для лечения мигрени применяются
	Нестероидные противовоспалительные препараты
	Триптаны
	Антиэпилептические препараты
	Антагонисты кальция
	Нейролептики
309	При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
	В основании ножки мозга
	В заднебоковом отделе продолговатого мозга
	В области красного ядра
	В основании нижней части моста мозга
	В нижних отделах продолговатого мозга
310	Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов
	Лицевого и отводящего
	Лицевого и глазодвигательного
	Языкоглоточного нерва и блуждающего
	Подъязычного и добавочного
	Блуждающего, подъязычного и добавочного
311	Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
	Ножек мозга
	Моста мозга
	Продолговатого мозга
	Покрышки среднего мозга
	Лучистого венца
312	Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня
	Верхних отделов продолговатого мозга
	Средних отделов продолговатого мозга
	Нижних отделов продолговатого мозга
	Красных ядер
	Моста мозга
313	Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении
	Кортико-нуклеарных и мозжечковых путей доминантного полушария
	Кортико-нуклеарных и мозжечковых путей недоминантного полушария
	Кортико-нуклеарных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
	Кортико-нуклеарных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария
	Кортико-нуклеарных путей доминантного и недоминантного полушарий
314	Бульбарный паралич развивается при поражении
	Ножек мозга
	Моста
	Продолговатого мозга
	Ствола

	C1-C2
315	Бульбарный синдром возникает за счет поражения ядер
	IX, X
	IX, X, XI
	IX, X, XI, XII
	VIII, IX, X, XII
	VIII, IX, X
316	Для бульбарного синдрома характерно
	Рефлексы орального автоматизма
	Насильственный смех и плач
	Атрофия мышц губ
	Выпадение глоточного и небного рефлекса
	Рефлексы орального автоматизма и насильственный смех и плач
317	Для псевдобульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения не характерно наличие
	Дизартрии
	Дисфонии
	Дисфагии
	Фибрилляции языка
	Симптомов орального автоматизма
318	Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко) является характерным наличие
	Паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага
	Атаксии на стороне очага
	Сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага
	Нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне
	Гемипареза на противоположной очагу стороне
1	Нарушения сна и патология ВНС. Старение
319	Цикла сна состоит из фаз
	Двух
	Трех
	Четырех
	Пяти
	Шести
320	В фазу REM-сна происходит
	Кодирование информации, полученной за день и планирование действий
	Кодирование информации
	Планирование действий
	Вегетативная (метаболическая) регуляция внутренних органов
321	Структуры мозга, ответственные за выработку мелатонина
	Гипоталамус
	Ретикулярная формация ствола
	Лимбическая система
	Шишковидная железа
	Мамилярные тела
322	Структуры, не регулирующие на ритмы сна
	Ретикулярная формация
	Гиппокамп
	Поясная извилина
	Таламус
	Гипоталамус

323	Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется
	Дистальным акроцианозом
	Потливостью
	Тахикардией
	Снижением температуры тела
	Диареей
324	Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями
	Височной эпилепсией
	Феохромоцитомой
	Гипогликемией
	Нейрогенной гипервентиляцией
	Височной эпилепсией, феохромоцитомой , гипогликемией
325	Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами
	Периферической вегетативной недостаточностью
	Ангиотрофалгическими синдромами
	Психовегетативным синдромом
	Периферической вегетативной недостаточностью и ангиотрофалгическими синдромами
326	Синдром миелогенной перемежающейся хромоты характеризуется
	Слабостью и чувством онемения ног, иногда с нарушением функций тазовых органов, возникающими при ходьбе и проходящими после непродолжительного отдыха
	Мучительными парестезиями, возникающими при ходьбе. Слабость присоединяется позже
	Исчезновением пульса на периферической артерии после физической нагрузки
	Интенсивной жгучей или колющей болью в дистальной части ноги, обостряющейся в положении лёжа
	Болью при попытке наступить на ногу
327	Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами
	Нейроэндокриннометаболическими расстройствами
	Психовегетативным синдромом
	Астеноневротическим синдромом
	Нейроэндокриннометаболическими расстройствами и психовегетативным синдромом
328	Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является
	Нарушение накопления мочи
	Нарушение опорожнения мочевого пузыря
	Императивные позывы
	Периодическое недержание
329	Морфологически нормальное старение мозга характеризуется
	Увеличение синаптических контактов и снижение объема серого вещества мозга
	Увеличение количества белого вещества по сравнению с серым веществом мозга
	Уменьшением синаптических контактов и увеличением объема серого вещества мозга
	Уменьшением синаптических контактов и снижением объема серого вещества мозга
	Увеличение синаптических контактов и увеличением объема серого вещества мозга
330	Клинически нормальное старение выражается
	Снижением бытовой активности
	Симптомами умеренных когнитивных расстройств
	Симптомами деменции
	Снижения оперативной памяти
	Появление рассеянной очаговой неврологической симптоматики

331	Патологический апоптоз характеризуется
	Разрежением клеточного пула мозга
	Иммунизацией мозга и развитием нейродегенеративных изменений мозга
	Усилением репаративных процессов мозга
	Активацией гуморального иммунитета
1	Пароксизмальные состояния
332	Дебют идиопатических форм эпилепсий проявляется в возрасте
	До 15 лет
	15-34 года
	35-64 года
	65 лет и старше
	70 лет и старше
333	Нейрофизиологические механизмы формирования эпилептического припадка состоят в
	Гиперфункции ГАМК-ергической системы
	Гиперфункции возбуждающих аминокислот
	Гипофункции возбуждающих аминокислот
	Прорыве торможения
	Балансе нейронального возбуждения и ингибирования
334	Прием эстрогенов у женщин, страдающих эпилепсией
	Стимулирует проницаемость в ГАМК-рецепторах
	Вызывает угнетение проницаемости в ГАМК-рецепторах
	Стимулирует синтез ГАМК, подавлением фермента аминокислотдекарбоксилазы
	Угнетает NMDA-рецепторы в гиппокампе
	Повышает концентрацию ГАМК в крови
335	«Фоновые» особенности мозга новорожденных, способствующих возникновению генерализованных припадков состоят в
	Высокой степени миелинизации аксонов
	Зрелости и совершенстве корково-подкорковых и межъядерных функциональных связей
	Функциональной зрелости ЦНС
	Недостаточной специализации отдельных структур ЦНС (функциональная незрелость ЦНС)
	Зрелости медиаторных систем
336	Эпилептические приступы в пубертатном возрасте приобретают
	Нециклический характер
	Не связаны с периодом пробуждения
	Тип приступа не усложняется
	Приступы сопровождаются выраженными психическими и поведенческими реакциями
	Приступы не сопровождаются поведенческими реакциями
337	Ритм ЭЭГ – это
	Спонтанная электрическая активность мозга: состоящая из волн, имеющих относительно постоянный период
	Комплексы спайк-волна
	Полиспайки
	Острые волны
	Любое изменение разницы потенциалов между парой электродов в ЭЭГ записи
338	В норме на ЭЭГ взрослого человека в состоянии покоя регистрируется
	Альфа-ритм
	Низкочастотный бета-ритм амплитудой выше 15 мкВ
	Дельта-ритм
	Тета-ритм
	Гипсаритмия
339	ЭЭГ ребенка 6 месяцев жизни имеет следующую характеристику
	Резко выражен бета-ритм частотой 18-25 Гц
	В затылочной области определяется устойчивая активность частотой 5 Гц и амплитудой 50 мкВ.
	В затылочной области сформирован альфа-ритм частотой 7-8,5 Гц
	Отмечается снижение активности передних отделов мозга с усилением активности теменно-затылочных отделов мозга

	Устойчивый альфа-ритм частотой 10-10,5 Гц и амплитудой 50-100 мкВ, выраженный во всех областях коры головного мозга
340	У больного височная эпилепсия. Оптимальными отведениями для выявления эпилептиформной активности являются
	Биполярное, с участием височных электродов
	Отведение с усредненным электродом
	Референтное с ипсилатеральным ушным электродом
	Вертексное отведение
	Референтное с объединенным ушным электродом
341	ЭЭГ формируется полностью к
	4 годам
	5 годам
	12 годам
	16 годам
	20 годам
342	Усиление альфа-ритма при открывании глаз является показателем
	Активного бодрствования
	Реакции напряжения в ЭЭГ
	Реакции перехода к расслаблению
	Дремы
	Состояния перехода от дремоты к бодрствованию
343	Коррелятами абсанса в ЭЭГ являются
	Наличие билатеральных спайков или спайк-волновых комплексов с частотой 2-4 Гц
	Дезорганизация корковой электрической активности
	Наличие фокальных пик-волновых комплексов
	Наличие FIRDA
	Полифазная пароксизмальная активность
344	Гипногенная гиперсинхрония характерна для ЭЭГ сна у детей в возрасте
	1 месяц
	6-8 месяцев
	Старше 3-х лет
	От 1 года до 5 лет
	С 12 лет
345	Комплексные фокальные припадки характеризуются
	Односторонним или билатеральным фокусом в височной или лобной области
	Локальными разрядами строго в одной зоне коркового представительства
	Генерализованными вспышками с фокальным началом 1
	Миоклоническими подергиваниями с разрядами
	Коррелятом абсанса
346	Реакция при пробе с гипервентиляцией служит для
	Оценки состояния коры
	Выявления скрытой эпилептиформной активности
	Оценки РФ
	Оценки таламической активации
	Выявления дизритмии
347	Основные критерии ответа (реакции) в ЭЭГ на афферентные стимулы у больных с нарушенным сознанием
	Появление альфа при стимуляции
	Депрессия альфа или других фоновых ритмов
	Усиление синхронизации при окончании стимуляции
	Наличие реакции навязывания ритма
	Появление тета-ритма при стимуляции

348	ЭЭГ признак наличия сознания
	Реактивный альфа ритм включая и устойчивую десинхронизацию
	Диффузная бета активность
	Альфа и тета активность в передних отделах
	Наличие вертексных пароксизмов
	Наличие синхронных разрядов тета-волн
349	Клиническое заключение по ЭЭГ, согласно международным рекомендациям, должно включать
	Описание, заключение, интерпретацию (как соотносятся результаты ЭЭГ с клиникой)
	Только описание и заключение
	Только заключение по ЭЭГ
	Анкетные данные и описание ЭЭГ
	Полное автоматизированное заключение
350	Стадия сна наиболее эффективная для выявления эпилептиформной активности у лиц, подозреваемых на наличие комплексной парциальной эпилепсии
	1 стадия сна
	Дремотное состояние
	3-4 стадия сна
	2 стадия сна
	REM стадия сна
351	ЭЭГ является специфическим тестом для диагностики эпилепсии поскольку
	Отражает патологическую разрядную активность нейронов, вызывающих припадки
	Регистрирует состояние коры
	Регистрирует состояние лимбико-ретикулярного комплекса
	Выявляет состояние изменения метаболизма
	Во время припадка ЭЭГ меняется
352	Затылочные дельта волны у подростков встречаются в основном в возрасте до 10-12 лет и являются
	Признаком нарушения когнитивных функций мозга
	Признаком лекарственной интоксикации
	Признаком энцефалопатии
	Нормальным физиологическим феноменом, не имеют клинического значения
	Признаком поражения срединных структур мозга
353	Для диагностики эпилепсий ядерно-магниторезонансную томографию (ЯМР) необходимо проводить
	Без последовательного измерения T-1 тканевого параметра релаксации
	Без последовательного измерения T-2 тканевого параметра релаксации
	С последовательностью измерения T-1 тканевого параметра релаксации должна быть применена с (E5mm) и прерывными срезами
	С последовательностью измерения T-1 тканевого параметра релаксации должна быть применена с (E1mm) и непрерывными срезами; определение показателя релаксации тканей T-2 должно проводиться в обеих плоскостях в каждом исследуемом случае
	С определением показателя релаксации тканей T-2 должно проводиться в одной плоскости в каждом исследуемом случае
354	Идиопатических фокальные эпилепсии детского возраста проявляются
	Наличием нейровизуализационных (neuroimaging) свидетельств головного мозга
	Началом в возрасте старше 15 лет
	Наличием генерализованных тонических и атонических приступов
	Дебютом до 15 лет и длительное отсутствие поведенческих и когнитивных нарушений
	Наличием поведенческих и когнитивных повреждений
355	Типичные признаки простых фокальных (парциальных) эпилептических пароксизмов включают
	Симптомы эпилептогенного фокуса не зависят от локализации
	Возникновение только в зрелом возрасте

	Продолжительность приступа более 4 минут
	Возраст дебюта – все возрасты; отсутствие межприступной спутанности; часто отсутствие конралатеральных эпилептических разрядов «приступной» ЭЭГ при рутинном ЭЭГ исследовании
	«Приступная» ЭЭГ при рутинном ЭЭГ исследовании - всегда регистрируются «аномалии»
356	При идиопатических эпилепсиях
	Возраст зависимый дебют - отсутствует
	Наличие неврологических симптомов – характерно
	Наличие нескольких типов приступов - нередко
	Изменение семиологии приступов в течение заболевания - нередко
	Психопатологические симптомы - отсутствуют
357	При симптоматических эпилепсиях
	Возраст зависимый дебют -характерно
	Наличие неврологических симптомов - характерно
	Наличие нескольких типов приступов - редко
	Изменение семиологии приступов в течение заболевания - отсутствует
	Психопатологические симптомы - отсутствуют
358	При височных эпилепсиях
	Дебют заболевания только в зрелом возрасте
	Изолированные ауры отсутствуют. Рутинная ЭЭГ – диагностически значима
	Дебют в любом возрасте. Аура (75%); oro-алиментарные и кистевые автоматизмы. Отсутствие изменений при рутинной ЭЭГ
	Oro-алиментарные и кистевые автоматизмы отсутствуют
	Рутинная ЭЭГ информативна
359	При медиальных височных эпилепсиях
	Манифест в зрелом возрасте. Отсутствие ауры и постприступной амнезии. Длительность приступа – 30 секунд
	Дебют в первые 10 лет; наличие ауры. Длительность приступов до 2 минут. Амнезия и дисфазия в постприступном периоде
	Психомоторные приступы отсутствуют. Отсутствие изменений при ЯМР исследовании
	В неврологическом статусе – патологические симптомы. Отсутствие ауры
	Длительность приступов до 1 минуты. Патологические симптомы при неврологическом осмотре
360	Лобные эпилепсии характеризуются
	Отсутствием стереотипности приступов. Длительность приступа 2 минуты. Отсутствие вторичной генерализации. Частота – приступов - 1 раз в неделю
	Дебютом в любом возрасте. Стереотипные приступы; длительность приступа – 30-60 сек. Необычные двигательные феномены, тонические позы, вокализация. Частота приступов – 10 и более в сутки
	Наличием oro-алиментарных и кистевых автоматизмов. Наличие ауры. Длительность приступов более 2-х минут
	Наличием ауры. Отсутствие двигательных феноменов. Продолжительность приступов -3 минуты. Отсутствие вторичной генерализации
	Возникают приступы у пожилых пациентов в дневное время. Только тонические приступы продолжительностью 2 минуты и более. Частота приступов – 2 раза в месяц
361	Теменные эпилепсии характеризуются
	Дебютом – ранний детский возраст. Приступ сопровождается аурой. Приступ купируется ПЭП
	Манифестацией в пожилом возрасте. Приступ длительностью – до 1 минуты; с автоматизмами и двигательными феноменами. Рутинное ЭЭГ не информативно
	Манифестацией в любом возрасте. Приступ длительностью - 1-2 минуты; с парестезии, болевыми ощущениями, «сексуальные приступы». Нарушение схемы тела. На ЭЭГ – «биоэлектрические немые» участки
	Часто встречается у женщин. Сопровождается зрительными галлюцинациями. Длительность приступа 3 минуты. Купируется препаратами ламотриджинового ряда
	Встречается в 20% эпилепсий. Аура – страхи, галлюцинации. Двигательные феномены. Длительность приступа 4 минуты
362	Затылочные эпилепсии характеризуются

	Длительностью 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
	Манифестацией в любом возрасте. Приступ длительностью - 1-2 минуты; с парестезии, болевыми ощущениями, «сексуальные приступы». Нарушение схемы тела. Нами ЭЭГ – «биоэлектрически немые» участки
	Манифестацией в пожилом возрасте. Приступ длительностью – до 1 минуты; с автоматизмами и двигательными феноменами. Рутинное ЭЭГ не информативно.
	Встречается в 30% эпилепсий. Приступ сопровождается аурой – страхами, слуховыми галлюцинациями. Двигательные феномены. Длительность приступа 4 минуты
363	«Золотым стандартом» ПЭП является комбинация
	Бензодиазепинов+ препаратов ламотриджинового ряда
	Препаратов вальпроевой кислоты+иминостильбенов (карбамазепины)
	Габапентина+ прегабалина
	Фенобарбитала+зонисамида
	Барбитуратов+бензодиазепинов
364	Противоэпилептические препараты (ПЭП) – применяемые при различных типах приступов (с широким спектром воздействия на различные патогенетические «мишени») - это
	Фенитоин+карбамазепин+тиагабин
	Фенобарбитал+фенитоин+этосуксимид
	Препараты вальпроевой кислоты+топирамат+препараты ламотриджинового ряда
	Иминостильбены (карбамазепин)+зонисамид+ фенитоин
	Этосуксимид+окскарбазепин+габапентин
365	Стадиями эпилептического статуса являются
	Предстатус (10-20 минут с момента начала приступов) 1-я стадия - начального (раннего) статуса (20-40 минут); 2-я стадия- развернутого статуса (40-70 минут); 3-я стадия- рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 70 минут); Суперрезистентный эпилептический статус – более 70 минут
	Предстатус (15 минут с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (15-40 минут); 2-я стадия - развернутого статуса (40-70 минут); 3-я стадия - рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 80 минут); Суперрезистентный эпилептический статус – свыше 1 часа
	Предстатус (0-10 минут с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (10-30 минут); 2-я стадия- развернутого статуса (30-60 минут); 3-я стадия - рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 60 минут); Суперрезистентный эпилептический статус
	Предстатус (5 минут с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (5-10 минут); 2-я стадия - развернутого статуса (10-20 минут); 3-я стадия- рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 20 минут); Суперрезистентный эпилептический статус – более 60 минут
	Предстатус (2 минуты с момента начала приступов); 1-я стадия - начального (раннего) статуса (2-10 минут); 2-я стадия- развернутого статуса (15-30 минут); 3-я стадия - рефрактерного (резистентного) статуса (свыше 30 минут); Суперрезистентный эпилептический статус свыше 90 минут
366	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: Паральдегид- 10мл, в/м (по 5 мл в каждую сторону). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 1г/сутки. Вальпроаты: 3000 мг/сутки 3-я стадия – Пентобарбитал 0,5-2 мг, затем постоянная инфузия со скоростью 0,5 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 2 мг/кг, болюсно, затем в/в 5-10мг/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:

	3000 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: Паральдегид- 10мл, в/м (по 5 мл в каждую сторону). 2-я стадия – Натрия оксибутират 10мл 20% р-ра. Затем 20% в/в, из расчета 80-130мг/кг веса больного. 3-я стадия – Пентобарбитал 0,5-2 мг, затем постоянная инфузия со скоростью 0,5 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 2 мг/кг, болюсно, затем в/в 5-10мг/кг/час
	1-я стадия – раннего статуса: Бензодиазепины 5-10мг в/в болюсно (при необходимости – повторное введение). 2-я стадия – Барбитураты: (гексабарбитал/гексенал) 5г/сутки. Вальпроаты: 1000 мг/сутки 3-я стадия – Тиопентал 50-100 мг в*/в болюсно, затем 1-3 мг/кг/в час. Наркоз (пропофол) 1 мг/кг, болюсно, затем в/в 2-5мг/кг/час
1	Боль
367	Боль – это
	Субъективное ощущение
	Эмоциональное ощущение
	Неприятное чувственное и эмоциональное ощущение, связанное с действительным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения
	Поражение мозга
	Поражение конкретного места
368	Ноцицептивная боль обусловлена
	Стимуляцией нервных окончаний, называемых ноцицепторами, в коже и глубоких тканях
	Любыми раздражителями
	Повреждением внутренних органов
	Дисметаболическими нарушениями периферической нервной системы
	Раздражением нерва эндо- либо экстраневральным патологическим процессом
369	Невропатическая боль обусловлена
	Морфологическими и функциональными изменениями в периферическом и центральном отделах чувствительного анализатора
	Повреждением внутренних органов
	Любым раздражением
	Нарушением контроля возбудимости ноцицептивных нейронов
	Стимуляцией нервных окончаний, называемых ноцицепторами
370	«Красные флаги» при болях в спине
	Метод дифференциальной диагностики
	Метод постановки диагноза
	Индикатор серьезной патологии
	Симптомы поражения спинного мозга (параличи, тазовые нарушения)
	Возникновение боли на фоне лихорадки, снижения массы тела, течения туберкулеза или онкологического заболевания
371	Диагностика боли в спине
	Неврологический осмотр, КТ или МРТ; Рентгенологическое исследование; Терапевтический осмотр; Ректальное или вагинальное исследование; ОАК; Биохимические исследования; ОАМ; Туберкулиновые пробы
	Ректальное или вагинальное исследование
	Рентгенологическое исследование;
	Биохимические исследования, ОАМ; ОАК
	Терапевтический осмотр
372	Миофасциальные синдромы характеризуются
	Спазмом мышц
	Гипотрофией и атрофией мышц, вторичным мышечным спазмом и вторичными триггерными точками
	Фибрилляцией болезненных мышечных групп в сочетании с атрофией
	Отраженной болью в пределах одной склеротомы, в зоне отраженных болей трофическими проявлениями, вторичным мышечным спазмом и вторичными триггерными точками, наличием латентных и активных триггерных точек, отсутствием гипотрофий и атрофий

	Трофическими нарушения в мышцах
373	Основные диагностические критерии дорсопатии
	Наличие вертеброгенного болевого синдрома
	Чувствительные расстройства, двигательные нарушения в мышцах, иннервируемые пораженным корешком; не подтвержденные ЭНМГ исследованием, данными КТ/МРТ, рентгенографическим исследованием
	Данные электронейрофизиологического исследования
	Данные КТ, МРТ, или рентгенографического исследования
	Наличие вертеброгенного болевого синдрома. Чувствительные расстройства, двигательные нарушения в мышцах, иннервируемые пораженным корешком, снижение или выпадение сухожильных рефлексов; Данные ЭНМГ исследования. Данные КТ, МРТ, или рентгенографического исследования
374	Головная боль - это
	Болезненное ощущение, возникающее кверху от бровей и до шейно-затылочной области
	Болезненное ощущение, возникающее кверху от бровей и до шейно-затылочной; области, обусловленное детерминированной дисфункцией вазомоторной регуляции
	Болезненное ощущение, возникающее в шейно-затылочной области
	Болезненное ощущение, возникающее в области шеи
	Болезненное ощущение, возникающее у пациента
375	Сигналы опасности при головных болях
	Возникновение головных болей после длительного приема анальгетиков
	Возникновение головных болей после физического напряжения, сильного кашля или сексуальной активности; наличие сопровождающих симптомов – изменение в сфере сознания (оглушенность, спутанность сознания или потеря памяти); прогрессивно нарастающая головная боль; присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии); начало головных болей в возрасте после 50 лет
	Длительно существующая и не меняющая своего характера головная боль
	Начало головных болей в возрасте 30-35 лет
376	Первичная головная боль
	Мигрень, вертеброгенная головная боль
	Головная боль напряжения, кластерная головная боль
	Вертеброгенная головная боль
	Сосудистая головная боль
	Мигрень, головная боль напряжения; кластерная головная боль
377	Диагностические критерии мигрени
	Непереносимость света (фотофобия)
	Непереносимость шума (фонофобия)
	Болевой синдром; Продолжительность 4-72 часа; Сильные головные боли или умеренной интенсивности; Локализуется в лобно-глазнично-височной области; Односторонняя локализация (обычно) или двусторонняя (редко); Пульсирующий или вибрирующий характер; Усиливается при физической активности; Непереносимость света (фотофобия); Непереносимость шума (фонофобия); Тошнота и рвота; Бледность кожных покровов лица; Симптомы ауры (в 25-30% случаев)
	Болевой синдром; Продолжительность 4-72 часа; Сильные головные боли или умеренной интенсивности; Локализуется в лобно-глазнично-височной области;
	Болевой синдром; Продолжительность 4-72 часа; Односторонняя локализация (обычно) или двусторонняя (редко); Пульсирующий или вибрирующий характер; Усиливается при физической активности; Непереносимость света (фотофобия); Непереносимость шума (фонофобия); Тошнота и рвота; Бледность кожных покровов лица; Симптомы ауры (в 25-30% случаев)
378	Для предупреждения приступа мигрени целесообразно назначение
	а-адреноблокаторов
	б-адреноблокаторов
	б-адреноблокаторов; антиконвульсантов

	Антисеротониновых препаратов
	Нестероидных противовоспалительных препаратов; антиконвульсантов
379	Головная боль напряжения
	Возникает при длительном напряжении мышц мягких покровов головы
	Вызывает ощущение стягивания головы повязкой, обручем
	Может быть локальной, но быстро генерализуется за счет перехода мышечного напряжения через апоневроз
	Возникает при длительном напряжении мышц мягких покровов головы. Вызывает ощущение стягивания головы повязкой, обручем. Может быть локальной. Может сопровождаться дурнотой, головокружением
	Может сопровождаться дурнотой, головокружением
380	При лечении головной боли напряжения наиболее эффективны
	Антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты
	Антидепрессанты
	β-адреноблокаторы
	Нестероидные противовоспалительные препараты
	Миорелаксанты
381	Препаратами выбора для лечения острой боли являются
	Анальгетики, в том числе и наркотические анальгетики, НПВП
	Миорелаксанты
	Антидепрессанты
	Антидепрессанты и ПЭП
	Транквилизаторы
382	Препаратами выбора для лечения хронической боли являются
	Нестероидные противовоспалительные средства
	Антидепрессанты
	Анальгетики и миорелаксанты
	Анальгетические ненаркотические средства
	Антиконвульсанты, антидепрессанты
383	Показания к хирургическому лечению при дорсалгиях
	Стеноз позвоночного канала, длительный болевой синдром, острая задержка мочеиспускания, наличие парезов и параличей
	Декомпрессия спинномозговых корешков
	Стеноз позвоночного канала
	Длительный болевой синдром
	Острая задержка мочеиспускания
384	Головная боль мышечного напряжения возникает вследствие
	Активация передачи импульса в нервно-мышечном синапсе
	Повышение внутричерепного давления
	Дислокация интракраниальных структур на фоне нормального внутричерепного давления
	Раздражение нерва эндо- или экстраневральным патологическим процессом
	В результате стеноза позвоночного канала
385	Психалгические боли возникают вследствие
	Понижения внутричерепного давления
	Спазма и дилатации сосудов
	Генерации очаговой патологической активности в антиноцицептивной системе
	Дисфункции центральной антиноцицептивной системы при нарушениях обмена моноаминов и эндогенных опиатов
	Развитии периваскулярного отека
	Повышении внутричерепного давления
386	Причинами острой головной боли являются

	Субарахноидальное кровоизлияние, менингит
	Головная боль напряжения
	Острая глаукома, острая гипертоническая энцефалопатия
	Мигрень
	Сосудистая головная боль в рамках течения сосудистого заболевания
1	Неотложные состояния
387	Симптом «вклинивания» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
	Усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
	Нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
	Усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
	Нарастанием неврологической симптоматики после пункции
388	Первой помощью на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
	Предупреждение асфиксии
	Иммобилизация конечностей
	Введение воздуховода в ротоглотку
	Дача ингаляционного наркоза с закисью азота
389	Неврологическими осложнениями диализа являются
	«Диализный дисбаланс»
	Деменция
	Внутричерепные кровоизлияния
	Рассеянный склероз
390	К неврологическим паранеопластическим синдромам относятся
	Лимбический энцефалит
	Энцефаломиелит
	Синдром опсоклонуса-миоклонуса
	Синдром Ламберта-Итона
	Болезнь Паркинсона
391	Миастенический криз сопровождается
	Пароксизмальным усилением мышечной слабости
	Угнетением глотания
	Гиперсаливацией, брадикардией
	Нарушением витальных функций
	Тонико-клоническим судорожным приступом
392	При кровоизлиянии в ствол мозга является обязательным
	Поражение черепно-мозговых нервов
	Менингеальный синдром
	Зрачковые расстройства
	Двусторонние пирамидные симптомы
393	Для мигренозного статуса характерны
	Длительность более трех суток
	Повторная многократная рвота
	Тоникоклонические судороги
	Повышение внутричерепного давления
	Признаки раздражения оболочек мозга
394	Для купирования мигренозного статуса применяются препараты
	Противосудорожные и противорвотные
	Дегидратирующие и глюкокортикоиды
	Антихолинергические и антихолинэстеразные
	Транквилизаторы и антидепрессанты
	Антигистаминные и анальгетики

395	Эпилептический статус может быть представлен повторяющимися Тонико-клоническими приступами Простыми парциальными приступами Абсансами Миоклоническими приступами Приступами головной боли со рвотой и светобоязнью
396	Для купирования эпилептического статуса применяют Бензодиазепины Барбитураты Препараты вальпроевой кислоты Триптаны
1	Инфекционные заболевания нервной системы
397	Для туберкулезного менингита характерна следующая комбинация симптомов Длительный продромальный период, умеренное повышение температуры, незначительные менингеальные симптомы, смешанный плеоцитоз, пленка фибрина и значительное снижение уровня глюкозы и хлоридов в цереброспинальной жидкости Длительный продромальный период, умеренное повышение температуры, незначительные менингеальные симптомы, смешанный плеоцитоз, пленка фибрина и значительное снижение уровня глюкозы и хлоридов в цереброспинальной жидкости Острое начало, лимфоцитарный плеоцитоз, высокая температура, выраженные менингеальные симптомы, отсутствие пленки фибрина в цереброспинальной жидкости Острое начало, нейтрофильный плеоцитоз, высокая температура, выраженные менингеальные
398	Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в цереброспинальной жидкости Нарастание титра ВИЧ-антител Лимфоцитарный плеоцитоз Повышение содержания иммуноглобулина G Нарастание титра ВИЧ-антител, лимфоцитарный плеоцитоз, повышение содержания иммуноглобулина G Нарастание титра ВИЧ-антител и лимфоцитарный плеоцитоз
399	Развитие синдрома Уотерхауса – Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения Стафилококкового менингита Пневмококкового менингита Менингита, вызванного вирусом Коксаки Менингококкового менингита Лимфоцитарного хориоменингита
400	Симптомы, возникающие при серозном менингите, преимущественно локализованном задней черепной ямки Аграфия Симптомы поражения VIII пары, с преобладанием нарушений вестибулярной функции в сочетании с мозжечковыми симптомами Гомонимная гемианопсия Акалькулия Когнитивные нарушения
401	При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО наблюдается Подострое начало без лихорадки Полимиалгия Нейтрофильный плеоцитоз Тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы Нейтрофильный плеоцитоз и тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы

402	Решающее значение в патогенезе серозного менингита имеет
	Увеличение продукции ликвора
	Нарушение циркуляции ликвора
	Нарушение всасывания ликвора
	Увеличение продукции ликвора и нарушение циркуляции ликвора
	Нарушение циркуляции ликвора и нарушение всасывания ликвора
403	В остром периоде клещевой энцефалит следует дифференцировать с
	Боковой амиотрофический склероз
	Полиомиелит
	Ревмоэнцефалит
	Цереброспинальный эпидемический менингит
	Коревой энцефалит
404	Симптомом, характерным для шейно-бульбарной формы клещевого энцефалита являются
	Нарушения чувствительности
	Парезы верхних конечностей по периферическому типу
	Парезы по центральному типу
	Мозжечковые нарушения
	Псевдобульбарные расстройства
	Нарушение чувствительности в верхних конечностях
405	Клиническими и морфологическими особенностями иммунозависимого коревого энцефалита являются
	Возникновение неврологических симптомов на 3-6 день
	Возникновение неврологических симптомов на 2-3 неделе после возникновения сыпи
	Субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
	Возникновение неврологических симптомов на 2-3 неделе после возникновения сыпи и субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
	Возникновение неврологических симптомов на 3-6 день и субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
406	Значительное понижение сахара и хлоридов в цереброспинальной жидкости наблюдается при менингите
	Менингококковый
	Вторичный гнойный
	Туберкулезный
	Первичный серозный
	Криптококковый
407	Для остаточных нарушений после перенесенного полиомиелита характерно
	Асимметричное поражение мышц конечностей и туловища
	Нарушение координации и статики
	Чувствительные нарушения
	Поражение зрительного нерва
	Вестибулярные расстройства
408	Для полиомиелита характерно
	Проводниковое расстройство чувствительности
	Спастическая параплегия
	Периферический паралич лицевого нерва
	Нарушение функции тазовых органов
	Центральный паралич лицевого нерва
409	Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены
	Корешковыми болями
	Синдромом компрессии спинного мозга
	Утратой сознания
	Корешковыми болями и синдромом компрессии спинного мозга

	Корешковыми болями и утратой сознания
410	Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита, вызванного Пневмококком Стафилококком Палочкой Афанасьева-Пфейффера Менингококком Стрептококком
411	Патогенез неврологических симптомов эпидурита обусловлен Воспалительно-токсическим влиянием очага Компрессией корешков спинного мозга Нарушением кровообращения в оболочках Поражением спинного мозга
412	Эффективным методом лечения абсцесса мозга является Массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств Хирургическое удаление абсцесса Промывание полости абсцесса диоксидином Промывание полости абсцесса антибиотиками Применение нестероидных противовоспалительных препаратов
413	Решающее значение в дифференциальной диагностике церебрального эхинококкоза от других объемных поражений головного мозга принадлежит Особенностям клинической картины Данным нейровизуализации Амнестическим данным Особенностям серологических реакций Лабораторным анализам
414	Этиотропная терапия токсоплазмоза проводится Хлоридином Канамицином Фурадонинном Эритромицином Пенициллином
415	Наиболее частые неврологические проявления СПИДа, связанные с первичным поражением головного и спинного мозга ретровирусом Познавательльно-двигательный комплекс (СПИД-деменция) Криптококковый менингит Дистальная сенсорная полиневропатия Острый серозный менингит Миопатия
416	Для клинической картины спинной сухотки характерно наличие Болевого синдрома и сенситивной атаксии Патологических стопных знаков и нарушение функции тазовых органов Нижнего спастического парапареза со снижением сухожильных рефлексов Верхнего парапареза
417	Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено Вялыми параличами ног Мозжечковой атаксией Сенситивной атаксией Снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов Табетической артропатией
418	Различают следующие клинические формы энцефалита Шильдера

	Психоорганическую
	Паралитическую
	Судорожную
	Затылочно-теменную
419	Для подострого склерозирующего панэнцефалита характерны
	Длительные ремиссии
	Начало заболевания до 10 лет
	Нормальный цитоз
	Миоклонии
	Периодические комплексы на ЭЭГ
420	Для болезни Крейтцфельда-Якоба характерно наличие
	Пирамидного синдрома
	Мозжечковой атаксии
	Сенситивной атаксии
	Экстрапирамидного синдрома
	Эпилептиформного синдрома
421	Симптомы, возникающие при менингите
	Головная боль
	Рвота
	Параплегия
	Синдром Клода Бернара – Горнера
	Ригидность затылочных мышц
422	Симптомы, возникающие при молниеносной форме менингококкового менингита
	Бурное начало
	Расстройство сознания
	Резкое повышение температуры
	Выраженные изменения ликвора
	Расстройство дыхания и сердечной деятельности
423	Для туберкулезного менингита характерно
	Длительный продромальный период
	Незначительные менингеальные симптомы
	Лимфоцитарный плеоцитоз
	Опалесцирующий цвет цереброспинальной жидкости
	Пленка фибрина
424	Характерные для туберкулезного менингита показатели исследования ликвора
	Умеренное снижение глюкозы
	Повышение давления
	Опалесцирующий характер
	Образование фибриновой пленки
	Лимфоциты
425	Симптомы, характерные для серозного менингита, преимущественно локализованного в области мосто-мозжечкового угла
	Приступообразное головокружение, головная боль, иногда рвота.
	Акалькулия
	Горизонтальный нистагм
	Атаксия
	Расширение вен на глазном дне
426	Серозный менингит локализованный в оптикохиазмальной области характеризуется
	Снижением остроты зрения
	Концентрическим сужением полей зрения
	Отеком диска зрительных нервов

	Зрительными галлюцинациями
427	Характерными для эпидемического энцефалита симптомами являются
	Расстройства сна
	Глазодвигательные расстройства
	Императивные позывы на мочеиспускание
	Гиперсаливация
	Пластическая гипертония мышц
428	Характерные для острого периода эпидемического энцефалита признаки
	Умеренное повышение температуры
	Сонливость
	Глазодвигательные расстройства
	Периферические парезы
	Острое начало
429	Признаки, характерные для острого периода клещевого энцефалита
	Бульбарные нарушения
	Периферические парезы
	Острое начало
	Повышение температуры
	Сонливость
430	При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается
	Лимфоцитарный плеоцитоз
	Увеличение содержания белка
	Увеличение содержания глюкозы
	Лимфоцитарный плеоцитоз и увеличение содержания белка
	Увеличение содержания белка и увеличение содержания глюкозы
431	Признаки характерные для миелита
	Гемиплегия
	Расстройство тазовых органов
	Проводниковые нарушения чувствительности
	Спастическая параплегия
	Спастическая тетраплегия
432	Дифференциальный диагноз непаралитической формы острого полиомиелита следует проводить
	С вирусным серозным менингитом
	С бактериальным серозным менингитом
	С острой демиелинизирующей полирадикулоневропатией Гийена-Барре
	С переднероговой формой клещевого энцефалита
433	Подозрение на абсцесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками
	Нарастающей внутричерепной гипертензией
	Очагового церебрального поражения
	Общемозговыми симптомами
	Спастической тетраплегии
434	Высокий риск летального исхода при полиневропатии при дифтерии определяется поражением
	Бульбарных черепных нервов
	Диафрагмы
	Миокарда
	Бульбарных черепных нервов и диафрагмы
435	Диагностическими признаками церебрального цистицеркоза являются
	Выявление кист с помощью КТ в ткани и желудочках мозга
	Сенситивная атаксия и снижение сухожильных рефлексов

	Лимфоцитарный-моноцитарный плеоцитоз
	Повышение сухожильных рефлексов
436	Симптомы характерные для двигательного-познавательного комплекса при СПИДе
	Замедление скорости двигательных реакций
	Снижение памяти
	Патологические стопные пирамидные знаки
	Брадикардия
	Афазия
437	Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде
	Гуммы мозга
	Спинной сухотки
	Менинговаскулярного сифилиса
	Бессимптомного поражения оболочек
	Демиелинизацию
438	Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции проявляется
	Энцефалопатией
	Острым рецидивирующим менингитом
	Миелопатией
	Демиелинизацией
439	Общесоматические проявления СПИДа включают
	Длительную лихорадку и ночной пот
	Диарею и потерю массы тела
	Генерализованную лимфоаденопатию
	Запоры
1	Нейрофизиологические и биохимические аспекты неврологии. Методы диагностики
440	Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки
	Униполярные
	Биполярные
	Мультиполярные
	Псевдоуниполярные
441	Нервные импульсы генерируются
	Клеточным ядром
	Митохондриями
	Наружной мембраной
	Аксоном
442	Передача нервного импульса происходит
	В синапсах
	В нейронах
	В митохондриях
	В цитоплазме
443	Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
	Длину аксона и точность проведения
	Скорость проведения нервного импульса
	Принадлежность к чувствительным проводникам
	Принадлежность к двигательным проводникам
444	Нейроглия выполняет
	Опорную и трофическую функцию
	Опорную и секреторную функцию
	Трофическую и энергетическую функцию
	Только секреторную функцию

445	Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
	Астроциты
	Олигодендроглиocyты
	Микроглиocyты
	Нейроны
446	Медиатором тормозного действия является
	Ацетилхолин
	Гамк
	Норадреналин, адреналин
	Серотонин
447	Медиатором возбуждающего действия является
	Ацетилхолин
	Гамк
	Норадреналин, адреналин
	Серотонин
448	Количество хромосом у человека
	23 хромосомы
	22 хромосомы
	46 хромосом
	44 хромосомы
449	Ген - это
	Блок, который состоит из азотистого основания, остатка пентозного кольца и фосфорной кислоты
	Триплет нуклеотидов
	Участок ДНК, несущий информацию о строение одной молекулы белка или одной молекулы РНК
	Участок РНК, несущий информацию о строение одной молекулы белка или одной молекулы РНК
450	К азотистым основаниям, составляющие ДНК не относится
	Цитозин
	Гуанин
	Аденин
	Лецитин
451	Фенотип - это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено
	Действием доминантного гена
	Действием рецессивного гена
	Взаимодействием генотипа с факторами среды
	Действием факторов среды
452	В норме содержание хлоридов в спинномозговой жидкости колеблется в пределах
	40-60 ммоль/л
	80-110 ммоль/л
	120-130 ммоль/л
	200-260 ммоль/л
453	Изменения в ликворе не характерные для вирусного энцефалита
	Увеличение содержания глюкозы и хлоридов
	Наличие лимфоцитарного плеоцитоза
	Увеличение содержания белка
	Увеличение количества нейтрофилов

454	Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии при заболевании
	Опухоли лобной доли
	Невриноме VIII в I стадии клинического течения
	Невриноме VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения
	Опухоли височной доли
455	Симптом «вклинения» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
	Усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
	Нарастанием неврологической симптоматики после пункции
	Нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
	Усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
456	Содержание глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах
	3,6-5,2 ммоль/л
	1,2-2,2 ммоль/л
	2,5-4,4 ммоль/л
	2,6-5,2 ммоль/л
457	При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе
	Квеккенштедта
	Стукея
	Пуссера
	Вальсальвы
458	При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч. может быть обнаружена
	Опалесценция
	Фибриновая пленка
	Ксантохромия
	Потемнение
459	При рассеянном склерозе в ликворе можно обнаружить содержание
	IgA
	IgD
	IgE
	IgG
460	Диагностические возможности компьютерной томографии головного мозга определяются тем, что при этом методе исследования
	Можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга
	Четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
	Визуализируются сосуды мозга и оболочек
	Легко определяются петрификаты в ткани мозга
461	Относительные противопоказания для проведения компьютерной томографии головного мозга
	При диагностировании инфаркта миокарда у больного с инсультом
	Беременность первый триместр, вес более 120 кг, психомоторное возбуждение
	при появлении признаков поражения ствола у больного с черепно-мозговой травмой
	при появлении у больного с опухолью задней черепной ямки синдрома Гертвига-Мажанди
462	Контрастное усиление при компьютерной томографии головного мозга применяется для
	Определения геморрагического инфаркта мозга
	Выявления отека мозга, сопутствующего инсульту
	Установления геморрагического пропитывания очага ушиба мозга
	Оценки состояния гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса

463	Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применять Магнитно-резонансную томографию Компьютерную томографию Компьютерную томографию с контрастированием Позитронно-эмиссионную томографию
464	Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта Через 1 час от начала заболевания Сразу в начале развития заболевания Через 6 часов и более от начала заболевания Через 4 часа от начала заболевания
465	КТ позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя 6 часов от начала кровоизлияния 1 час от начала кровоизлияния 12 часов от начала кровоизлияния 24 часа от начала кровоизлияния
466	Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является Наличие инородных металлических тел Аллергия к йоду Открытая черепно-мозговая травма Выраженная внутричерепная гипертензия
467	Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет Реоэнцефалография g-сцинтиграфия Компьютерная томография Ангиография
468	Патологическим ритмом ЭЭГ считается $\delta$ -ритм амплитудой свыше 40 мкВ $\alpha$ -ритм амплитудой до 100 мкВ $\beta$ -ритм амплитудой до 15 мкВ $\mu$ -ритм амплитудой до 50 мкВ
469	Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью Вызвать гипероксию и гиперкапнию Вызвать гипоксию и гипокапнию Вызвать гипоксию и гиперкапнию Вызвать гипероксию и гипокапнию
470	Эпилептиформной активностью считается Острая волна, полипики, спайки, гипсаритмия Острая волна, полипики Спайки Гипсаритмия
471	Эпилептиформной активностью считается Острая волна $\alpha$ -ритм амплитудой до 100 мкВ $\beta$ -ритм амплитудой до 15 мкВ $\mu$ -ритм амплитудой до 50 мкВ
472	Противопоказанием для проведения ЭЭГ является Наличие инородных металлических тел Нарушение сознания

	Наличие кардиостимулятора
	Наличие на голове свежей кровоточащей раны
473	Зарегистрировать электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно при помощи
	Игольчатых электродов
	Поверхностных электродов
	Мультиполярных электродов
	Поверхностных и мультиполярных электродов
474	Скорость проведения возбуждения по нервам равна
	30 метров/секунду
	40 метров/секунду
	Более 40 метров/секунду
	20 метров/секунду
475	Пациенту с поливалентной аллергией проводить диагностическую МР-ангиографию
	Без опасений
	Лишь в присутствии реаниматолога
	Лишь при наличии анафилактической укладки
	Лишь на фоне премедикации
476	Ультразвуковая доплерография позволяет оценить
	Проходимость и стеноз сосудов, скорость и направление кровотока по сосуду
	Проходимость сосудов
	Стеноз сосудов
	Скорость и направление кровотока по сосуду
477	Метод тромбоэластографии определяет
	Гематокрит
	Вязкость крови
	Скорость свертываемости крови
	Содержание фибриногена
478	В комплекс реологических свойств крови не входит определение
	МНО (международное нормализованное отношение)
	Агрегации тромбоцитов
	Агрегации эритроцитов
	Вязкости крови
1	Топическая диагностика
479	Болевую чувствительность проводят
	Слабо миелинизированные волокна
	Миелинизированные волокна
	Безмиелиновые волокна
	Миелинизированные и слабомиелинизированные волокна
480	В клиновидном пучке задних канатиков волокна для туловища и верхних конечностей располагаются по отношению к средней линии
	Латерально
	Медиально
	Вентрально
	Вентро-медиально
481	В тонком пучке задних канатиков волокна для нижних конечностей располагаются по отношению к средней линии
	Вентро-латерально
	Латерально
	Дорзально

	Медиально
482	Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
	На границе спинного и продолговатого мозга
	В мосту мозга
	В продолговатом мозге
	В зрительном бугре
483	Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
	Телец Фатера – Пачини
	Неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
	Инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
	Телец Гольджи
484	Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить
	Два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
	Место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
	Рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
	На ощупь знакомые предметы
485	Для выявления сенситивной динамической атаксии нужно попросить больного
	Встать в позу Ромберга с закрытыми глазами
	Осуществить фланговую походку
	Пройти с закрытыми глазами
	Стоя, отклониться назад
486	Гемиянестезия, гемиатаксия, гемианопсия наблюдаются при поражении
	Таламуса
	Бледного шара
	Хвостатого ядра
	Красного ядра
487	Проводники поверхностной чувствительности перекрещиваются в
	Передней серой спайке спинного мозга
	Межолливном слое продолговатого мозга
	Варолиев мосту
	Среднем мозгу
488	К нарушению чувствительности по проводниковому типу может привести поражение
	Задних корешков
	Боковых и задних столбов
	Боковых столбов спинного мозга
	Половины поперечника спинного мозга
489	При центральном парезе не наблюдаются
	Повышение сухожильных рефлексов
	Клонусы
	Фибрилляции мышц
	Глобальные синкинезии
490	Для пирамидной спастичности характерно повышение тонуса мышц преимущественно в
	Сгибателях рук и ног
	Сгибателях ног и разгибателях рук
	Сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно
	Сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног

491	Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс Россолимо Бабинского Оппенгейма Гордона
492	Рефлекс Оппенгейма вызывается Сдавлением ахиллова сухожилия Сдавлением икроножной мышцы Проведением по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу Штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
493	К признакам периферического пареза не относятся Синкинезии Парез Атрофии Снижение сухожильных периостальных рефлексов
494	Хватательный рефлекс Янишевского отмечается при поражении Лобной доли Теменной доли Височной доли Затылочной доли
495	Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов Руброспинальных Кортикоспинальных Лобно-мосто-мозжечковых Кортиконуклеарных
496	Центральный парез левой руки возникает при локализации очага В колене внутренней капсулы В верхних отделах передней центральной извилины слева В нижних отделах передней центральной извилины слева В среднем отделе передней центральной извилины справа
497	Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами Вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи Спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушения функции тазовых органов
498	Синдром миелогенной перемежающейся хромоты характеризуется Слабостью и чувством онемения ног, иногда с нарушением функций тазовых органов, возникающими при ходьбе и проходящими после непродолжительного отдыха Мучительными парестезиями, возникающими при ходьбе; слабость присоединяется позже Интенсивной жгучей или колющей болью в дистальной части ноги, обостряющейся в положении лёжа Болью при попытке наступить на ногу
499	Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне сегментов C2-C5 C1-C4 C5-C6 C7-C8
500	Ветвью шейного сплетения является

	Лучевой нерв
	Подкрыльцовый нерв
	Малый затылочный нерв
	Срединный нерв
501	Ветвью плечевого сплетения является
	Подкрыльцовый нерв
	Диафрагмальный нерв
	Надключичный нерв
	Большой ушной нерв
502	Поясничное сплетение образуют
	Спинномозговые нервы ТН 8-12
	Спинномозговые нервы поясничного и крестцового отделов позвоночника
	Трёх верхних и верхней части 4-го поясничных и 12 грудного спинномозговых нервов
	Спинномозговые нервы L5 – S1
503	Малый затылочный нерв образуют волокна спинномозговых нервов
	C1-C3
	C3-C4
	C2-C4
	C4-C5
504	Бедренный нерв образуют спинномозговые корешки
	L1-L2
	L3
	L2-L4
	L1-L4
505	Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов на уровне
	L4-S4
	L3-S5
	S1-S3
	S1-S5
506	Седалищный нерв составляют волокна спинномозговых корешков
	S1-S2
	L5-S5
	L5-S3
	S2-S3
507	Малоберцовый нерв составляют волокна спинномозговых корешков на уровне
	L2-L3
	L4-S1
	L1-L2
	L1-S2
508	При поражении диафрагмального нерва отмечается
	Боль с иррадиацией в шею, ощущение нехватки воздуха; неправильное дыхание (во время вдоха грудная клетка западает, при выдохе – поднимается); учащенное дыхание; икота
	Затруднение дыхания, боль с иррадиацией в эпигастральную область
	Затруднение глотания
	Икота
509	Компрессионное поражение запирающего нерва сопровождается
	Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
	Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
	Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра

	Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
510	Задержка мочеиспускания возникает при Сакроилеите Поражении 5 поясничного корешка Поражении эпиконуса Поражении 4 поясничного корешка
511	Мышцы, затрагивающиеся при поражении лучевого нерва в верхней трети плеча Дельтовидная мышца Мышца разгибателей предплечья Мышца разгибателей кисти Мышца, отводящая 1-й палец
512	При поражении срединного нерва возможно появление Атрофии межкостных мышц кисти Нарушения сгибания 1-го, 2-го и отчасти 3-го пальцев кисти Нарушения пронации кисти Слабости разгибателей средних фаланг 2-го и 3-го пальцев кисти
513	В состав большеберцового нерва входят волокна спинномозговых корешков L4-S3 L1-L2 L3-L4 L1-S3
1	Детская неврология
514	Следствием перивентрикулярной лейкомаляции является Диплегия Болезнь Дауна Нистагм Амавроз Синдром гиперактивности с дефицитом внимания
515	Парасагитальная ишемия характеризуются Ишемией лобной области между передней и средней мозговыми артериями Некрозом височных долей головного мозга Поражением только серого вещества головного мозга Поражением только белого вещества головного мозга Отсутствием повреждений в зонах «водораздела»
516	Детский церебральный паралич возникает в результате Искусственного вскармливания Недоразвития или повреждения головного мозга в пре-, интра-, и раннем постнатальном периоде Недоношенности Резус-совместимости матери и плода Оперативных вмешательств у матери до беременности
517	Основные этиологические факторы детского церебрального паралича Внутриутробная гипоксия Дисгенезия головного мозга Инфекционные поражения центральной нервной системы Переносимая беременность Протекание беременности в условиях низкой физической активности
518	Окончательный диагноз наследственного заболевания может быть поставлен Врачом генетиком на основании клинической картины и генеалогического анализа Только на основании молекулярно-генетического анализа

	Лечащим врачом на основании клинической картины и результатов лабораторного и инструментального обследования
	После совместной консультации пациента врачом генетиком и лечащим врачом по совокупности всех результатов и даже при отсутствии выявленной мутации
	Врачом генетиком при обязательном молекулярно-генетическом подтверждении мутации
519	К частым наследственным болезням относятся заболевания, встречающиеся не реже чем 1 на:
	50000 населения
	10000 населения
	1000000 населения
	100000 населения
	75000 населения
520	Частота наследственных и врожденных заболеваний у новорожденных составляет (%)
	5%
	1%
	10%
	25%
	3,50%
521	Период, в котором формируются грубые пороки развития, называется
	Эмбриональным
	Фетальным
	Перинатальным
	Постнатальным
	Поздним постнатальным
522	Локусная гетерогенность нервно-мышечных заболеваний обусловлена
	Сходством механизмов действия белковых продуктов генов
	Сходством структуры белковых продуктов генов
	Различием механизмов белковых продуктов генов
	Различием структуры белковых продуктов генов
	Сходством изоформ белкового продукта генов
523	Аномалия развития, не нарушающая функцию органа и не требующая лечения, называется
	Малая аномалия развития
	Дисплазия
	Мальформация
	Атрезия
	Дисгенезия
524	Акроцефалия и различная степень отчетливой синдактилии кистей и/или стоп характерна для
	Синдрома Апера
	Синдрома Карпентера
	Синдрома Пфейфера
	Ахондроплазии
	Синдрома Пфаундлера-Гурлер
525	Механизмом действия препарата Нусинерсен (спинраза) является
	Увеличение экспрессии гена SMN2
	Вырезание экзона 7 гена SMN2
	Увеличение экспрессии гена SMN1
	Сохранение экзона 8 гена SMN1
	Снижение уровня белка SMN через альтернативный сплайсинг
526	Факоматозы - это
	Группа заболеваний, при которой отмечается сочетанное поражение нервной системы, кожных покровов и часто внутренних органов

	Группа заболеваний, при которой сочетанное поражение нервной системы и кожных покровов не характерно
	Группа нейро-кожных заболеваний раннего детского возраста
	Группа обменных заболеваний, с поражением кожного покрова и периферических нервных стволов
	Группа наследственных заболеваний, сопровождающихся поражением только центральной нервной системы и кожи
527	Одновременное поражение нервной системы и кожи происходит
	Из-за того, что нервная система и кожа формируются из одного зародышевого листка – эктодермы
	Из-за того, что нервная система и кожа формируются из одного зародышевого листка – мезодермы
	Из-за того, что нервная система и кожа формируются из одного зародышевого листка – энтодермы
	Согласно особенностям экспрессии генов, мутации в которых приводят к развитию заболевания
	Их фенотипические признаки всегда обусловлены мутацией в одном и том же гене
528	К факотомозам относят
	Нейрофиброматоз Реклингхаузена
	Детский церебральный паралич
	Эпилепсия
	Туберозный склероз
	Энцефалотригеминальный ангиоматоз Штурге-Вебера
	Атаксия-телеангиэктазия Луи – Бар
	Цереброретинальный ангиоматоз Гиппеля – Линдау
529	Для туберозного склероза характерно
	Аденомы слюнных желез на щеках в форме «бабочки»
	Эпилептические припадки
	Глаукома
	Умственная отсталость
	На глазном дне новообразование в виде тутовой ягоды
530	Триада симптомов при болезни Штурге-Вебера
	Ангиома (чаще на одной стороне лица)
	Эпилептические припадки
	Пигментные пятна на коже разных частей тела
	Глаукома (чаще односторонняя, на стороне ангиомы лица)
	Телеангиоэктазия кожи и глаз
531	Для болезни Гиппеля-Линдау характерно
	Ангиоматоз сетчатки
	Пигментные пятна на коже верхних конечностей
	Отслоение сетчатки
	Мозжечковая симптоматика
	Ангиома на лице
	Внутричерепная гипертензия
532	Для атаксии-телеангиоэктазии Луи-Бар характерно
	Телеангиэктазии (особенно на склерах)
	Мозжечковые расстройства
	Эпилептические приступы
	Экстрапирамидные симптомы
	Иммунодефицит
533	К дегенеративным заболеваниям с преимущественным нарушением координации относятся
	Семейная атаксия Фридрейха

	Семейная атаксия Мари
	Туберозный склероз
	Хорея Гентингтона
	Кортико-базальная дегенерация
534	При семейной атаксии Фридрейха дегенеративные изменения происходят
	В задних столбах спинного мозга
	В боковых столбах спинного мозга
	В задних рогах спинного мозга
	В стволе мозга.
	В передних рогах спинного мозга
535	К наследственно-дегенеративным заболеваниям с преимущественно поражением экстрапирамидной системы
	Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова)
	Деформирующая мышечная дистония (торсионная дистония)
	Хорея Гентингтона
	Атаксия Мари
	Семейный эссенциальный тремор Минора
536	Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова) характеризуется
	Отложением меди в подкорковых ядрах, печени и других внутренних органах
	Дефицитом железа в красном ядре
	Гемосидерозом с отложением железа в подкорковых ядрах, печени, радужке глаза
	Кальцификацией базальных ядер
	Корковым поверхностным сидерозом
537	Для клиники гепатоцеребральной дистрофии (болезни Вильсона-Коновалова) характерно
	Нарастающая мышечная ригидность
	Гиперкинезы
	Дрожание различных мышц
	Гепатомегалия
	Печеночная недостаточность
538	Деформирующая мышечная дистония (торсионная дистония) характеризуется
	Изменениями в чечевидном ядре
	Изменения в красном ядре
	Изменениями в гипофизе
	Изменениями в Люисовом теле
	Изменения коры лобной доли
539	Для клиники торсионной дистонии характерно
	Вращательные спазмы различных групп мышц
	Паралич конечностей
	Интеллект не страдает
	Периодическое принятие аномальной позы и застывание в ней
	Нарушение конвергенции и диплопия
540	Хорея Гентингтона обусловлена
	Дегенеративными изменениями в подкорковых ганглиях
	Дегенеративными изменениями в коре больших полушарий
	Дегенеративными изменениями в мозжечке
	Расширением желудочковой системы головного мозга
	Сирингомиелией
541	Для клиники хореи Гентингтона характерно
	Гиперкинезы
	Деменция
	Эпилептические припадки

	Депрессивные, тревожные расстройства
	Микроангиопатия сетчатки
542	Для клиники семейного эссенциального тремора (синдром Минора) характерно
	Постоянное дрожание конечностей
	Дрожание головы
	Мышечная ригидность
	Дрожание языка
	Частое возникновение после перенесенного инсульта
543	К наследственным дегенеративным заболеваниям с преимущественным поражением пирамидной системы относятся
	Семейный спастический паралич Штрюмпеля
	Сирингомиелия
	Хорея Гентингтона
	Болезнь Вильсона-Коновалова
	Аномалия Арнольда — Киари
544	Семейный спастический паралич Штрюмпеля обуславливается
	Дегенеративными изменениями пирамидного пути в боковых и передних столбах спинного мозга
	Дегенеративными изменениями в прецентральной извилине
	Поражением как верхних (моторная кора головного мозга), так и нижних (передние рога спинного мозга и ядра черепных нервов) двигательных нейронов
	Наследственно-генетические аномалии краниовертебрального перехода
	Врожденным смещением (выпячиванием) мозжечка в позвоночный канал ниже большого затылочного отверстия
545	Боковой амиотрофический склероз обусловлен
	Дегенеративными изменениями в передних рогах спинного мозга
	Дегенеративными изменениями в боковых столбах спинного мозга
	Дегенеративными изменениями в задних столбах спинного мозга
	Дегенеративными изменениями в бульбарном отделе головного мозга
	Дегенеративными изменениями в моторной коре головного мозга
546	Для клиники бокового амиотрофического склероза характерно
	Периферический паралич дистальных отделов рук
	Спастический паралич ног
	Нарушения чувствительности по диссоциированному типу
	Бульбарные расстройства
	Хореотатетоз
547	Косвенными признаками аномалии нервной системы являются
	Стигмы дизэмбриогенеза
	Недоношенность
	Воздействие ионизирующего излучения, травм, а также вредное воздействие некоторых химических веществ
	Перенесенный токсоплазмоз в анамнезе
	Порэнцефалия
548	Косвенными признаками аномалии нервной системы являются стигмы дизэмбриогенеза, так как
	Кожа и нервная система развиваются из одного (эктодермального) зачатка
	Кожа и нервная система развиваются из одного (мезодермального) зачатка
	Кожа и нервная система развиваются из одного (энтодермального) зачатка
	Имеют один и тот же тип наследования
	Фенотипические признаки всегда обусловлены мутацией в одном и том же гене

549	Количество у ребенка стигм дизэмбриогенеза, которое должно настораживать в отношении аномалии нервной системы
	1-3
	5-7
	Минимум 1
	3-4
	2-3
550	Наиболее опасным в отношении формирования пороков нервной системы является
	Первый триместр беременности
	Второй триместр беременности
	Третий триместр беременности
	Ранний постнатальный период
	Поздний постнатальный период
551	Микроцефалия характеризуется
	Уменьшением размеров черепа
	Умственной отсталостью
	Неврологическими нарушениями
	Нарушениями зрения
	Слуховыми проблемами
552	Важными симптомами микроцефалии являются
	Диспропорции между мозговым и лицевым черепом
	Диспропорции между головой и туловищем
	Диспропорции между лицевым черепом и туловищем
	Диспропорции между конечностями и туловищем
	Диспропорции между размером головы и размером конечностей
553	Микроцефалия может являться одним из симптомов при
	Синдроме Эдвардса
	Болезни Штурге-Вебера
	Синдроме Патау
	Болезни Дауна
	Синдроме Тернера
554	Преждевременное закрытие швов, ведущее к ограничению объема черепа, называется
	Краниостеноз
	Микроцефалия
	Гидроцефалия
	Позиционная скапоцефалия
	Макроцефалия
555	У детей с краниостенозом при рождении
	Деформация черепа
	Размер головы меньше нормы
	Размер головы больше нормы
	Форма головы не изменена
	Повышено внутричерепное давление
556	Ведущим симптомом при краниостенозе является
	Внутричерепная гипертензия
	Диспепсия
	Дисфония
	Нарушение венозного оттока
	Энофтальм
557	Клинические проявления декомпенсированного краниостеноза
	Двусторонний экзофтальм

	Двусторонний энофтальм
	Поражение глазодвигательных нервов
	Застой и вторичная атрофия дисков зрительных нервов
	Зрительные нервы не страдают
558	Расширение желудочковых систем мозга и субарахноидальных пространств за счет избыточного количества ликвора называется
	Гидроцефалия
	Макроцефалия
	Атрофия мозга
	Арахноидальная киста
	Гидроанэнцефалия
559	Какая патология сетчатки характерна для больных туберозным склерозом?
	Факома
	Пигментный ретинит
	Телеангиэктазия сетчатки
	Ретинобластома
	Отслойка сетчатки
560	При затруднении идентификации гена, мутация в котором привела к эпилептической энцефалопатии, целесообразней использовать
	Хромосомный микроматричный анализ
	Тандемную масс-спектрометрию
	Стандартное цитогенетическое исследование
	Секвенирование экзона
	Анализ кариотипа
561	Ребенку, родившемуся с низким весом на сроке беременности 38-40 недель, с множественными стигмами дизэмбриогенеза, задержкой темпов моторного и психо-речевого развития, судорогами с 4 месяцев жизни уточнение диагноза целесообразно начать с
	Анализа кариотипа
	Хромосомного микроматричного анализа
	Секвенирования экзона
	Секвенирования генома
	Тандемная масс-спектрометрия
562	Лабораторным методом исследования, позволяющим подтвердить диагноз синдрома Дауна, является
	Цитогенетический анализ
	Иммунологический анализ
	Биохимический анализ
	Хроматография аминокислот
	Секвенирования экзона
563	С целью диагностики синдромов, обусловленных структурными нарушениями хромосом, наиболее целесообразно использовать
	Молекулярно-цитогенетические методы
	Стандартное цитогенетическое исследование
	Секвенирование по Сэнгеру
	Массовое параллельное секвенирование
	Тандемную масс-спектрометрию
564	При подозрении на наследственную аминокислотопатию необходимо назначить в первую очередь
	Тандемную масс-спектрометрию
	Клинический биохимический анализ крови
	Хромосомный микроматричный анализ
	Молекулярно-генетическое исследование
	Секвенирование экзона

565	Скрининг новорожденных на наследственные болезни является методом
	Профилактики
	Диагностики
	Лечения
	Мониторинга
	Генетического консультирования
566	При проведении скрининга доля ложноотрицательных результатов может составлять не более %
	0%
	0,5%
	1%
	3%
	5%
567	Программы скрининга как правило направлены на выявление
	Аутосомно-рецессивной патологии
	Аутосомно-доминантной патологии
	Сцепленной с X-хромосомой патологии
	Митохондриальной патологии
	Сцепленной с Y-хромосомой патологии
568	Взятие крови для неонатального скрининга у недоношенных новорождённых осуществляется на какой день жизни
	7 день жизни
	2 день жизни
	5 день жизни
	15 день жизни
	21 день жизни
569	Что представляют собой кальцинаты в головном мозге у пациентов с туберозным склерозом?
	Кальцифицированные субэпидимальные глиальные узелки
	Кальцифицированные менингеальные спайки
	Кальцифицированная астроцитома
	Кальцифицированная гранулема
	Кальцифицированные сосудистые сплетения