001. Передача нервного импульса происходит:

в синапсах

в митохондриях

в лизосомах

в цитоплазме

в аксонах

002. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка:

XII грудного

I поясничного

II поясничного

III поясничного

IV поясничного

003. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте:

до 2 месяцев

до 3 месяцев

до 4 месяцев

до 1 года

до полутора лет

004. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте:

до 1-2 месяцев

до 3-4 месяцев

до 5-6 месяцев

до 7-8 месяцев

до года

005. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей:

при стафилококковой инфекции

школьного возраста

при иммунодефиците

с ликвореей

с аллергией

006. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются:

в стволе мозга

в затылочной доле

в лобной доле

в височной доле

теменной доле

007. Индометацин не рекомендуется назначать детям:

до 5 лет

до 7 лет

до 6 лет

до 12 лет

до 15 лет

008. При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают:

только вялые парезы ног

только вялые парезы рук

вялые парезы рук и ног

только парезы мышц туловища

парез мышц рук, ног и туловища

009. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет:

от 2 до 6 месяцев

от 2 месяцев до 1 года

от 2 месяцев до 3 лет

от 2 месяцев до 5-6 лет

всю жизнь

010. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно:

для болезни с нарушением аминокислотного обмена

для болезни углеводного обмена

для мукополисахаридоза

для липидозов

для лейкодистрофии

011. Синдром Марфана характеризуется:

арахнодактилией

пороками сердца

подвывихами хрусталика

всеми перечисленными симптомами

ничем из перечисленного

012. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует:

о метаболическом алкалозе

о метаболическом ацидозе

о нарушении церебральной гемодинамики

об обезвоживании

о поражении дыхательного центра

013. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей:

подостро

после «светлого» промежутка

волнообразно

остро

начальный период асимптомен

014. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются:

парезы и параличи

чувствительные нарушения

нарушения мочеиспускания и пролежни

деформация позвоночника

мышечные спазмы

015. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают:

при мальформации

при ревматическом пороке сердца

при ликворной гипертензии

при опухоли глубинной локализации Д) при артериальной гипотензии

016. Ликвородинамическая проба Пуссепа вызывается:

сдавлением шейных вен

давлением на переднюю брюшную стенку

наклоном головы вперед

разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах

надавливанием на глазные яблоки

017. 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 слюнотечением

на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения

на боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением

018. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается:

в 10 раз

в 6 раз

в 4 раза

в 2 раза

в 1,5 раза

019. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах:

80-110ммоль/л

40-60 ммоль/л

203.-260 ммоль/л

120-130 ммоль/л

150-200 ммоль/л

020. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении:

на менингококковый менингит

на герпетический менингоэнцефалит

на грибковый менингит

на менингит, вызванный синегнойной палочкой

на пневмококковый менингит

021. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

папулезной сыпи

телеангиэктазий

 «кофейных» пятен

витилиго

розеолезной сыпи

022. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:

ретробульбарной опухоли орбиты

тромбоза глазничной артерии

каротидно-кавернозного соустья

супраселлярной опухоли гипофиза

арахноидэндотелиомы крыла основной кости

023. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует:

сильно наклонить голову больного вперед

сдавить яремные вены

надавить на переднюю брюшную стенку

наклонить голову больного назад

любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

024. Для выявления амнестической афазии следует:

проверить устный счет

предложить больному назвать окружающие предметы

предложить больному прочитать текст

убедиться в понимании больным обращенной речи

выполнить действия по подражанию

025. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному:

поднять руку

коснуться правой рукой левого уха

сложить заданную фигуру из спичек

выполнить различные движения по подражанию

проверить устный счет

026. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному:

коснуться пальцем кончика носа

осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук

сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

стоя, отклониться назад

сделать несколько шагов с закрытыми глазами

027 Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:

при остром нарушении мозгового кровообращения

при внутричерепной гипертензии

при коматозном состоянии

при перфорации барабанной перепонки

при всем перечисленном

028. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного:

с фуникулярным миелозом

с дистальной моторной диабетической полинейропатией

с невральной амиотрофией Шарко - Мари

с прогрессирующей мышечной дистрофией

с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

029. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно:

для статико-локомоторной атаксии

для динамической атаксии

для лобной атаксии

для сенситивной атаксии

для всех форм атаксии

030. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного:

осуществить фланговую походку

стать в позу Ромберга с закрытыми глазами

стоя, отклониться назад

пройти с закрытыми глазами

сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

031. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («отрубленная» пирамида) является характерным рентгенологическим признаком:

невриномы слухового нерва

невриномы тройничного нерва

холестеатомы мостомозжечкового угла

всех перечисленных новообразований

менингиомы

032. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны:

для полиневропатии Гийена - Барре

для болезни (синдрома) Рейно

для синдрома Толоза - Ханта

для гранулематоза Вегенера

спинной сухотки

033. Для вызывания нижнего менингеального 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 икроножные мышцы

034. При МРТ диагностики рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является:

перивентрикулярное белое вещество

субкортикальное белое вещество

мост мозга

мозжечок

спинной мозг

035. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

Ашнера (глазосердечный рефлекс)

клиностатическая

ортостатическая

шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

все указанные пробы

036. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять:

гидрокортизон

преднизолон

дексаметазон

кортизон

лазикс

037. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение:

адреналина

норадреналина

мезатона

дофамина

сульфокамфокаин

038. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

ингибиторы МАО

трициклические антидепрессанты

нейролептики

барбитураты

все перечисленные препараты

039. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют:

диазепам

аминазин

пропазин

гексенал

любой из перечисленных препаратов

040. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает:

цефалексин

клиндамицин

рифампицин

цефтриаксон

эритромицин

041. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять:

маннитол

реополиглюкин

полиглюкин

альбумин

5% раствор глюкозы

042. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает:

маннитол

глицерин

лазикс

альбумин

полиглюкин

043. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апалический или акинето-ригидный синдром) назначают:

циклодол

пирацетам

энцефабол

галоперидол

наком

044. К «дневным» транквилизаторам относится:

мидазолам (флормидал)

нитразепам (эуноктин)

диазепам (реланиум)

тофизепам (грандаксин)

лоразепам (мерлит)

045. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

спустя 3 дня после травмы

спустя неделю после травмы

в резидуальном периоде

в любые сроки

применение противопоказано

046. При аллергии к пенициллину не следует назначать:

гентамицин

ампиокс

биомицин

левомицетин

морфоциклин

047. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия:

5% раствора глюкозы

4% раствора бикарбоната натрия

раствора поляризующей смеси

реополиглюкина

полиглюкина

048. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению:

кардиотонических средств

симпатомиметиков

низкомолекулярных декстранов

осмотических диуретиков

глюкокортикоидов

049. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:

нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии

резкая болезненность суставов

нарушение функции тазовых органов

сердечная недостаточность II-11I ст.

нарушение координации

050. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:

цитостатики

туберкулостатические препараты

нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)

противомалярийные препараты

препараты всех перечисленных групп

051. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают:

кортикостероиды

хлорохин

аминогликозиды

антихолинэстеразные препараты

все перечисленные препараты

052. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:

кортикостероиды

противосудорожные препараты

противопаркинсонические препараты

центральные антигипертензивные препараты

все перечисленные препараты

053. К ингибиторам МАО относятся:

нуредал, беллазон

аминазин, тизерцин

седуксен, радедорм

амитриптилин, триптизол

L-допа, наком

054. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся:

аминазин, тизерцин

трифтазин, френолон

меллерил, сонопакс

галоперидол, дроперидол

лепонекс, сульпирид

055. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов:

адреналина

норадреналина

дофамина

ацетилхолина

серотонина

056. В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип:

этиология заболевания

особенность течения заболевания

особенность клинической картины

морфологический субстрат поражения

морфологический субстрат поражения и клиническая картина

057. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является:

инфекционный

токсический

сосудистый

метаболический

компрессионный

058. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие:

нижнего спастического парапареза

мозжечковой атаксии

диссоциированных расстройств чувствительности

расстройств глубокой чувствительности

псевдобульбарного синдрома

059. Для мышьяковой полиневропатии характерно наличие:

преимущественных поражений нервов рук

багрово-синюшных полос на голенях

белых полос на ногтях

бульварного синдрома

тазовых расстройств

060. Сопутствующим симптомом полиневропатии при пернициозной анемии является:

снижение сывороточного железа в крови

фуникулярный миелоз

гиперацидный гастрит

гиперальбуминемия

бульварный синдром

061. Для уремической полиневропатии характерно:

снижение скорости проведения возбуждения по нервам

поражение черепных нервов

преобладание аксональной дегенерации

отсутствие нарушений чувствительности

мозжечковая атаксия

062. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

выраженность сенсорной атаксии

выраженность болевого синдрома

тяжесть вялых параличей конечностей

черный цвет кала

красный цвет мочи

063. Для синдрома ущемления болъшеберцового нерва (синдром «пьяного канала») характерны:

боль в области голени

припухлость в области наружной лодыжки

парезы сгибателей пальцев стопы

гипотрофия перонеальной группы мышц

сенситивная атаксия

064. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий наиболее информативным исследованием является:

иммунологическое исследование крови

электромиография

иммунологическое исследование ликвора

биопсия мышц

иммунологическое исследование крови и ликвора

065. Инфекционный полиневрит вызывают возбудители:

дифтерии

ботулизма

проказы

столбняка

бешенства

066. Для полиневропатии Гийена - Барре характерно:

поражение черепных нервов

выраженные тазовые расстройства

стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика

отсутствие повышения белка в ликворе

выраженный менингеальный синдром

067. Для полиневропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе:

с 1-го дня заболевания

с 3-го дня заболевания

со 2-й недели заболевания

с 3-й недели заболевания

с 4-й недели заболевания

068. Атипичная форма Фишера острой полиневропатии Гийена - Барре характеризуется:

поражением языкоглоточного нерва

двусторонним парезом лицевого нерва

поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания

поражением глазодвигательных нервов и атаксией

вялым тетрапарезом

069. Для полиневропатий при узелковом периартериите характерно:

асимметричность поражения нервных стволов

малая выраженность болевого синдрома

поражение черепных нервов

сенситивная атаксия

поражение зрительных нервов

070. К демиелинизирующим относится полиневропатия:

Гийена - Барре

диабетическая

порфирийная

гипотиреоидная

алкогольная

071. Для невропатии тройничного нерва характерны:

снижение корнеального рефлекса

нарушение вкуса на задней трети языка

гипалгезия во внутренней зоне Зельдера

гипертрофия жевательной мускулатуры

все перечисленное

072. При кохлеарном неврите наблюдается:

гиперакузия

изолированное снижение костной проводимости

изолированное снижение воздушной проводимости

сочетанное снижение костной и воздушной проводимости

снижение костной и повышение воздушной проводимости

073. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается:

нарушение вкуса на передних 2/3 языка

парез гортани

парез мягкого неба

атрофия языка

орофациальная дистония

074. Для невропатии добавочного нерва характерно:

опущение лопатки

атрофия дельтовидной мышцы

затруднение глотания

слабость I и II пальцев кисти Д) атрофия гипотенара

075. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием:

дизартрии

ограничения подвижности языка

фибрилляций

сопутствующего поражения блуждающего нерва

гиперсаливации

076. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы:

Коксаки

простого герпеса

кори

паротита

аденовирусы

077. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме:

кортикостероидов

дезоксирибонуклеазы

трипсина

аскорбиновой кислоты

глицерина

078. Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

стафилококкового менингита

пневмококкового менингита

менингита, вызванного вирусом Коксаки

менингококкового менингита

лимфоцитарного хориоменингита

079. К редким синдромам энцефалита Экономо относят:

глазодвигательные расстройства

патологические стопные знаки

нарушения сна

вегетативные расстройства

поражение лицевых нервов

080. Острый клещевой энцефалит характеризуется:

пиком заболеваемости в осенне-зимний период

отсутствием менингального синдрома

снижением внутричерепного давления

вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса

нейтрофильным цитозом в ликворе

081. При вирусном двухволновом менингоэнцефалите обычно не бывает:

лихорадки

атрофических спинальных параличей

плеоцитоза в ликворе

радикулоневрита

082. Общесоматические проявления СПИДа включают:

длительную лихорадку и ночной пот

диарею

генерализованную лимфоаденопатию

потерю массы тела

все перечисленное

083. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается:

лимфоцитарный плеоцитоз

снижение содержания белка

увеличение содержания хлоридов

увеличение содержания глюкозы

верно все перечисленное

084. Феномен «клинической диссоциации» при рассеянном склерозе характеризуется наличием:

горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов

центральных парезов в конечностях и отсутствием расстройств чувствительности

расстройств чувствительности сегментарного или проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей

центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией

клонусом стоп без патологических стопных рефлексов

085. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется:

оксолин

пефлоксацин

ацикловир

цефтриаксон

эритромицин

086. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

острое начало заболевания с повышением температуры

острое начало заболевания с менингеальным синдромом

изменения спинномозговой жидкости

признаки застоя на глазном дне

очаговая неврологическая симптоматика

087. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями:

гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-менингит)

пневмококком

микобактерией туберкулеза

стафилококкоком

кишечной палочкой

088. Наиболее эффективным антибиотиком (из перечисленных) при лечении гнойного менингита, вызванного стафилококком, является:

бензилпенициллин

клиндамицин

эритромицин

цефтриаксон

ампициллин

089. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность:

высокой лихорадки

менингеального синдрома

гипертензионного синдрома

нарушения сознания

светобоязни

090. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ECHO наблюдается

подострое начало без лихорадки:

полимиалгия

нейтрофильный плеоцитоз

тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы

верно все перечисленное

091. Морфологическим субстратом восстановления функций нейрональных систем и клинической ремиссии при рассеянном склерозе является:

рассасывание фиброзной склеротической бляшки

восстановление способности синтезировать нейромедиаторы в пораженных нейронах

восстановление нормального кругооборота нейромедиаторов в межнейрональных синапсах

периаксональная ремиелинизация в пораженных нейронах

верно все перечисленное

092. Для лечения менингита, вызванного палочкой Фридлендера следует выбрать:

цефалексин

клиндамицин

эритромицин

цефтриаксон

линкомицин

093. Для лечения пневмококкового менингита следует выбрать:

линкомицин

тетрациклин

эритромицин

канамицин

бензилпенициллин

094. Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном:

пневмококком

вирусом паротита

клебсиеллой

палочкой Афанасьева-Пфейффера

стрептококком

095. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще

встречаются при менингите, вызванном:

палочкой Афанасьева - Пфейффера

стафилококком

пневмококком

лептоспирами

аденовирусами

096. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является:

альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга

альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)

альтернирующий оптикопирамидный синдром

сенсорная афазия

все перечисленное

097. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие:

классических альтернирующих синдромов

глазодвигательных расстройств

двигательных и чувствительных нарушений

 «пятнистости» поражения ствола по длиннику

вестибуломозжечковых нарушений

098. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится:

симптомы орального автоматизма

преобладание пареза в руке

хватательный рефлекс

апраксия левой руки

все перечисленное

099. Для поражения основного ствола правой средней мозговой артерии характерно наличие:

левосторонней гемианестезии, хватательного рефлекса

левосторонней гемиплегии, апраксии

анозогнозии, левосторонней гемиплегии

левосторонней гемианестезии, левосторонней гемиплегии, анозогнозии

анозогнозии, левосторонней гемиплегии, апраксии

100. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

гомонимной гемианопсии

битемпоральной гемианопсии

биназальной гемианопсии

концентрического сужения полей зрения

отека дисков зрительных нервов

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

коротких циркулярных артерий моста

длинных циркулярных артерий моста

парамедианных артерий моста

нижней передней артерии мозжечка

нижней задней артерии мозжечка

102. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется:

дистальным акроцианозом

потливостью

тахикардией

снижением температуры тела

диареей

103. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы:

пролапс митрального клапана

повышение фибринолитической активности крови

снижения активности свертывающей системы

стеноз магистральных сосудов на шее

все перечисленное

104 Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются:

при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера

при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)

при височном артериите Хортона - Магата - Брауна

при облитерирующем тромбангиите Винивартера-Бюргера

при гранулематозном ангиите Вегенера

105. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия:

базилярная (основная)

позвоночная

внутренняя сонная

наружная сонная

затылочная

106. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние:

тонуса и реактивности сосудов

реологических свойств крови

свертывающей-противосвертывающей системы

архитектоники артериального круга мозга (Виллизиева круга)

системной и центральной гемодинамики

107. Диагноз начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются:

церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года

церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев

нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика

стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика

стойкая очаговая церебральная симптоматика

108. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются:

в утренние часы

в вечерние часы

после физической нагрузки

после эмоционального стресса

при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

109. Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга характерно:

появление рассеянной неврологической симптоматики

увеличение частоты и продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов

появление очаговой неврологической симптоматики

появление эпизодов в ночное время

верно все перечисленное

110. Патогенетическим фактором головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть:

спазм артерий мозга

гипотония и дилатация артерий мозга

гипотония и дилатация вен мозга

повышение напряжения мышц мягких покровов головы

верно все перечисленное

111. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга обусловлено:

дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии

дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии

колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха

дисциркуляцией в артериях вертебробазилярного бассейна

верно все перечисленное

112. Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия:

дегидратирующими средствами

фибринолитическими средствами

антифибринолитическими средствами

вазоактивными средствами

антикоагулянтными средствами

113. Для лечения тревоги у больных с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга применяется:

нитразепам

феназепам

пимозид

сиднокарб

фенамин

114. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение:

1 суток

1 недели

2 недель

3 недель

1 месяца

115. При начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга причиной инвалидности служит:

цефалгический симптомокомплекс

снижение памяти

вестибулярный симптомокомплекс

очаговая неврологическая симптоматика

ничего из перечисленного

116. Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является:

передозировка гипотензивных препаратов

диабетическая полиневропатия

идиопатическая ортостатическая гипотензия

заболевания сердца

заболевания крови

117. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической невропатии:

миелинопатии

нейронопатии

аксонопатии

Валлеровского перерождения

аксонопатии и нейронопатии

118. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:

тревожные невротические расстройства

черепно-мозговая травма

поражения гипоталамуса

пролапс митрального клапана

коллагенозы

нейроинфекция

119. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полиневропатий:

проксимальной симметричной полиневропатии

проксимальной асимметричной полиневропатии

дистальной полиневропатии

множественной мононевропатии

при всех вариантах

120. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты:

Ь-блокаторы

беллатаминал

клоназепам

нейролептики

ноотропы

121. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является:

поражение ствола мозга

поражение спинного мозга

поражение первого грудного корешка

поражение шейной симпатической цепочки

поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии

травма глазного яблока

122. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями:

тревогой ожидания

агорафобией

ограничительным поведением

агорафобией и ограничительным поведением

всеми перечисленными проявлениями

123. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны:

значительное повышение артериального давления

повышенное потоотделение

выраженное чувство страха

сердцебиение

все перечисленное

124. Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно:

для гипервентиляционных приступов

для вегетативных кризов

для парциальных сложных припадков

для демонстративных припадков

для гипогликемических приступов

для феохромоцитомы

125. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает:

немедленно

через 3 дня

через 1-2 недели

через 2-3 недели

через 1 месяц

126. Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

снижение активности симпатической нервной системы

снижение активности парасимпатической нервной системы

диффузное повышение активности симпатической нервной

системы

регионарное повышение активности симпатической нервной системы

повышение активности парасимпатической нервной системы

127. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

побледнение кожных покровов

понижение температуры конечности

гипергидроз

отек конечности

все перечисленное

128. Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является:

применение адреноблокаторов

кортикостероидная терапия

блокада регионарных симпатических узлов

применение капсаицина

иглорефлексотерапия

физиотерапия

129. Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен:

для диабетической полинейропатии

для алкогольной полинейропатии

для острой перемежающейся порфирии

для амилоидной полинейропатии

для герпетической ганглиопатии

для множественной системной атрофии

130. Тазовые расстройства не характерны:

для рассеянного склероза

для оливопонтоцеребеллярной атрофии

для болезни Паркинсона

для бокового амиотрофического склероза

для мультисистемной атрофии

131. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является:

нарушение накопления мочи

нарушение опорожнения мочевого пузыря

императивные позывы

периодическое недержание

все перечисленное

132. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является:

синдром Персонейдж-Тернера (невралгическая амиотрофия)

синдром Стейнброкера (плечо - кисть)

синдром «замороженного плеча»

задний шейный симпатический синдром

все перечисленное

133. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:

антидепрессанты

антиконвульсанты

нестероидные противовоспалительные средства

симпатолитики

транквилизаторы

134. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны:

антидепрессанты

антиконвульсанты

нестероидные противовоспалительные средства

симпатолитики

транквилизаторы

135. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет являются:

неврозы

травмы

опухоли

менингиты

энцефалиты

церебральные кровоизлияния

136. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют:

ушиб головного мозга легкой степени тяжести

сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы

сотрясение головного мозга тяжелой степени

сдавление головного мозга на фоне его ушиба

сотрясение головного мозга

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

длительным коматозным состоянием с момента травмы

развитием комы после «светлого» периода

отсутствием потери сознания

кратковременной потерей сознания

кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией

138. К открытой черепно-мозговой травме относится травма:

с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза

с повреждением апоневроза

с переломом костей свода черепа

с переломом костей основания черепа без ликвореи

с развитием эпидуральной гематомы

139. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением

мягких тканей относится к черепно-мозговой травме:

легкой открытой

легкой закрытой

открытой средней тяжести

закрытой средней тяжести

тяжелой

140. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:

распирающего характера

распирающего характера в затылочной части

пульсирующего характера по всей голове

сдавливающего характера в лобно-теменной области

жгучего характера в затылочной области

141. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают:

при компьютерной томографии

при ангиографии

при эхоэнцефалографии

при магниторезонансной томографии

при всем перечисленном

142. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз:

сотрясение мозга

субарахноидальное кровоизлияние

ушиб мозга

внутричерепная гематома

диффузное аксональное повреждение

143. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине:

плавающего взора

горметонического синдрома

гиперкатаболического типа вегетативных функций

нарушения сознания

двусторонних пирамидных стопных знаков

144. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:

при рентгенографии черепа v

при ангиографии

при компьютерной томографии

при транскраниальной допплеросонографии

при эхоэнцефалографии

145. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной:

гомогенного повышения плотности

гомогенного понижения плотности

неоднородного повышения плотности

отека мозга

множественными зонами пониженной плотности

146. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются:

«пальцевыми вдавлениями»

усиленным сосудистым рисунком

увеличением глубины турецкого седла

остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца

ни одним из перечисленных признаков

147. Проникающей называют черепно-мозговую травму:

при ушибленной ране мягких тканей

при повреждении апоневроза

при переломе костей свода черепа

при повреждении твердой мозговой оболочки

при всех перечисленных вариантах

148. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются:

церебральная гипоксия

реакция на боль

поражение диэнцефально-мезенцефальных структур

отек мозга

все перечисленное

149. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать:

белок

цитоз

сахар

натрий

хлориды

150. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью:

магнитно-резонансной томографии

компьютерной томографии

латеральной функциональной рентгенографии

нисходящей контрастной миелографии

пневмоэнцефалографии

151. Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима-Адамса) проявляется триадой симптомов:

головная боль, снижение памяти, дезориентированность

головная боль, снижение зрения, атаксия

нарушение походки, недержание мочи, деменция

головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия

поражение черепных нервов, головная боль, лобная атаксия

152. Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических симптомокомплексов:

более стабильным течением

преобладанием депрессивного симптомокомплекса

преобладанием ипохондрического симптомокомплекса

большей резистентностью к лечению психотропными средствами

принципиальных отличий не существует

153. Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется джексоновскими припадками при локализации патологического очага в области:

лобной доли

теменной доли

центральных извилин

извилины Гешля

височной доли

154. При хронических посттравматических абсцессах мозга корково-подкорковой локализации в клинической картине преобладает:

наличие внутричерепной гипертензии

общемозговая симптоматика

эпилептиформный симптомокомплекс

менингеальный синдром

в равной мере все перечисленное

155. Наиболее ранним проявлением гематомиелии травматического происхождения является наличие:

расстройств глубокой чувствительности

синдрома Броун - Секара

двигательных проводниковых нарушений

диссоциированных расстройств чувствительности

менингеального синдрома

156. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны:

гемипарез с преобладанием в ноге

моторная афазия

адверсивные эпилептические припадки

атрофия зрительного нерва на стороне опухоли

все перечисленное

157. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации в:

поясничном отделе

шейном отделе

области конского хвоста

грудном отделе

шейном и грудном отделе

158. Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается:

при ангиоретикулемах

при глиомах

при менингиомах

при невриномах

при эпендимомах

159. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются:

глиомы

гемангиомы

невриномы

менингиомы

астроцитомы

160. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:

сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности

корешковых болей положения

ранней блокады субарахноидального пространства

рентгенологического симптома Эльсберга - Дайка

сенситивной атаксии

161. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется:

интрамедуллярно

субдурально

эпидурально

эпидурально-экстравертебрально

субдурально и эпидурально

162. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его:

переднебоковой поверхности

задней поверхности

задней и заднебоковой поверхности

передней поверхности

боковой поверхности

163. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается:

при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения

при экстрамедуллярных субдуральных опухолях грудного уровня

при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного

утолщения

при опухолях конского хвоста

при экстрамедуллярных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения

164. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является:

менингиома

хориоидпапиллома

эпендимома

астроцитома

ганглиома

165. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:

зрительного

тройничного

слухового

подъязычного

добавочного

166. Генерализованные эпилептиформные припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга:

лобной

височной

теменной

затылочной

теменной и затылочной

167. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга:

лобной

теменной

височной

затылочной

теменной и затылочной

168. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен для:

эпидуральных неврином

субдуральных неврином

эпидуральных менингиом

субдуральных менингиом

эпидуральных неврином и субдуральных менингиом

169. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли в:

височной доле

задней черепной ямке

стволе мозга

затылочной доле

лобной доле

170. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении g-сцинтиграфии характерен:

для менингиом

для краниофарингиом

для аденом гипофиза

для неврином

для астроцитом

171. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки:

ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома

ранним снижением зрения

побледнением дисков зрительных нервов

выраженной белково-клеточной диссоциацией

усилением симптомов при перемене положения головы

172. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют:

большие судорожные припадки

абсансы

зрительные галлюцинации

верхнеквадрантная гемианопсия

побледнение диска зрительного нерва

173. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна:

моторная, сенсорная афазия

сенсорная, амнестическая афазия

моторная, семантическая афазия

сенсорная афазия, аутотопогнозия

моторная афазия, аутотопогнозия

174. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной дольки является:

пирамидный гемипарез с преобладанием в руке

контралатеральная гемигипальгезия

контралатеральная болевая гемипарестезия

контралатеральная гомонимная гемианопсия

амнестическая афазия

175. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются:

двусторонний пирамидный парез в ногах

нарушения координации

астазия-абазия

нарушения поведения

битемпоральные дефекты поля зрения

176. Особенностью проявлений различных синдромов поражения нервной системы при заболеваниях печени является:

острое начало и молниеносное течение

острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы

постепенное начало заболевания с неуклонно прогредиентным течением

постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений

острое начало и практически полное выздоровление без рецидивов

177. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются:

экстрапирамидные нарушения

нарушения психики

неврастенический синдром

полиневропатия

миелопатия

178. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается:

энцефалопатия

миелопатия

полирадикулоневропатия

множественная невропатия

энцефаломиелополирадикулоневропатия

179. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает:

деменция

атаксия

хореоатетоидный гиперкинез

дизартрия

полиневропатия

180. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии (с портальной гипертензией) является:

повышение уровня церулоплазмина в крови

повышение выведения меди с мочой

повышение концентрации аммиака в крови

понижение концентрации аммиака в крови

понижение уровня билирубина в крови

181. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов:

парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей

офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функций тазовых органов

нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров, вялый парез нижних конечностей

корсаковский синдром, сенсорная и моторная полиневропатия

сенситивная атаксия, нижний спастический парапарез, радикулярный болевой синдром

182. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием:

ишемической (дисциркуляторной) гипоксии

гипоксической гипоксии

анемической гипоксии

метаболической гипоксии

комбинированной гипоксии

183. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием:

ишемической (дисциркуляторной) гипоксии

гипоксической гипоксии

анемической гипоксии

метаболической гипоксии

комбинированной гипоксии

184. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:

полиневропатия

миелопатия

энцефалопатия

менингит

спинальный эпидурит

185. При уремической энцефалопатии наиболее часто выявляют:

тремор

астериксис

дизартрию

мультифокальный миоклонус

все перечисленное

186. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие:

тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами

тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС

метаболической аноксии

вследствие отложения амилоида в сосудах нервов

образования экстрадурального очага кроветворения

187. Основными причинами, вызывающими поражение нервной системы при лейкозах, являются:

компрессия нервной ткани лейкемическими инфильтратами

анемическая гипоксия

дисциркуляторная гипоксия

геморрагические экстравазаты

все перечисленные

188. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является:

гиперкальциемия

гипокальциемия

гипернатриемия

гипонатриемия

гиперкалиемия

гипокалиемия

189. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром:

тетании

миастении

миодистрофии

полиневропатии

миалгии

190. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах в основном связано:

с нарушением эндокринных функций

с нарушением экзокринных функций

с алиментарным дефицитом

с гиповолемией

с гиперпротеинемией

191. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром:

энцефалопатии

невротический

психотический

полинейропатии

судорожный

192. Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является:

энцефалопатия

миелопатия

полиневропатия

судорожный синдром

бульварный синдром

193. Наиболее частым неврологическим осложнением, развивающимся при синдроме Иценко-Кушинга (гиперкортицизме), является:

деменция

полинейропатия

судорожный синдром

миодистрофия

синдром внутричерепной гипертензии

194. Диабетическая полиневропатия развивается:

при неадекватной терапии сахарного диабета

при большой длительности заболевания

при высокой степени гипергликемии

при наличии кетоацидоза

при частом колебании уровня глюкозы в крови

195. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазод-вигательной мышцы:

верхней прямой

наружной прямой

нижней прямой

нижней косой

верхней косой

196. 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

197. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

Т6 или Т7

Т8илиТ,

Т, или Т|(|

Т,0илиТ„

Т„илиТ12

198. При центральном параличе наблюдается:

атрофия мышц

повышение сухожильных рефлексов

нарушение чувствительности по полиневритическому типу

нарушения электровозбудимости нервов и мышц

фибриллярные подергивания

199. Хореический гиперкинез возникает при поражении:

палеостриатума

неостриатума

медиального бледного шара

латерального бледного шара

мозжечка

200. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

латерально

медиально

вентрально

дорсально

вентролатерально

201. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

латерально

медиально

вентрально

дорсально

вентромедиально

202. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля):

в продолговатом мозге

в мосту мозга

в ножках мозга

в зрительном бугре

в мозжечке

203. Основным медиатором тормозного действия является:

ацетилхолин

ГАМК

норадреналин

адреналин

дофамин

204. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются:

в латеральном ядре бледного шара

в полосатом теле

в медиальном ядре бледного шара

в субталамическом ядре

в мозжечке

205. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

мозжечковая

сенситивная

вестибулярная

лобная

смешанная

206. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:

красное ядро

люисово тело

черное вещество

полосатое тело

голубое пятно

207. Биназальная гемианопсия наступает при поражении:

центральных отделов перекреста зрительных нервов

наружных отделов перекреста зрительных нервов

зрительной лучистости

зрительных трактов

черного вещества

208. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдав:

зрительного тракта

зрительного перекреста

наружного коленчатого тела

зрительной лучистости

черного вещества

209. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:

биназальная

гомонимная

битемпоральная

нижнеквадрантная

верхнеквадрантная

210. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:

зрительного тракта

зрительного перекреста

зрительной лучистости

внутренней капсулы

зрительного нерва

211. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:

задний спинно-мозжечковый

передний спинно-мозжечковый

лобно-мосто-мозжечковый

затылочно-височно-мосто-мозжечковый

спинно-мозжечковый

212. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

обонятельного бугорка

обонятельной луковицы

височной доли

теменной доли

лобной доли

213. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:

центральных отделов перекреста зрительных нервов

наружных отделов перекреста зрительных нервов

зрительных трактов перекреста зрительных нервов

зрительной лучистости с двух сторон

лобной доли

214. Истинное недержание мочи возникает при поражении:

парацентральных долек передней центральной извилины

шейного отдела спинного мозга

поясничного утолщения спинного мозга

конского хвоста спинного мозга

моста мозга