**ТЕСТЫ ДЛЯ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ЭКЗАМЕНОВ ПО НЕВРОЛОГИИ**

ОГЛАВЛЕНИЕ:

**Раздел I.** Анатомия и физиология нервной системы.

**Раздел II.** Методы исследования в неврологии

**Раздел III.** Сосудистые заболевания нервной системы.

**Раздел IV**. Заболевания периферической нервной системы.

**Раздел V**. Воспалительные заболевания нервной системы.

**Раздел VI.** Заболевания вегетативной нервной системы и нейроэндокринные расстройства

**Раздел VII**. Наследственно-дегенеративные болезни нервной системы

**Раздел VIII**. Травмы и опухоли нервной системы

**Раздел IX.** Неотложные состояния в неврологии

Раздел I. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Центральный двигательный нейрон берет начало от

1. ядра шатра

2. островка Рейля

3. красного ядра

4. клеток Беца

5. островка Пенфилда

1. Перекрест волокон tractus corticospinalis происходит

1. в продолговатом мозге

2. в спинном мозге

3. в мосту

4. на границе среднего мозга и мостом

5. на границе продолговатого и спинного мозга

1. Центральный двигательный нейрон пирамидного пути находится

1. в передних рогах спинного мозга

2. в передних корешках спинного мозга

3. в мозжечке

4. в продолговатом мозге

5. в передней центральной извилине лобной доли

1. Центральный паралич возникает при поражении

1. первого нейрона пирамидного пути

2. передних рогов спинного мозга

3. передних корешков

4. периферического нерва

5. заднего рога спинного мозга

1. Периферический нейрон пирамидного пути расположен

1. в передних рогах спинного мозга

2. в передней центральной извилине лобной доли

3. в мозжечке

4. в среднем мозге

5. в продолговатом мозге

1. Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения

периферического нерва:

1. гипотрофия мышц

2. патологические рефлексы

3. защитные рефлексы

4. клонусы

5. гиперрефлексия

1. К поверхностным рефлексам относятся

1. коньюктивальный

2. коленный

3. ахиллов

4. карпо-радиальный

5. Жуковского

1. Повышение мышечного тонуса по спастическому типу возникает при

1. периферическом параличе

2. центральном параличе

3. поражении мозжечка

4. поражении паллидума

5. поражении стриатума

1. Повышение мышечного тонуса по пластическому типу возникает при

1. периферическом параличе

2. центральном параличе

3. поражении мозжечка

4. поражении паллидума

5. поражении стриатума

1. Понижение мышечного тонуса возникают при

1. поражении центрального нейрона

2. поражении клеток Беца

3. поражении паллидума

4. на месте перекреста пирамидного пути

5. поражении переднего рога спинного мозга

1. Понижение мышечного тонуса возникают при

1. поражении центрального нейрона

2. поражении клеток Беца

3. поражении паллидума

4. на месте перекреста пирамидного пути

5. поражении мозжечка

1. Синдром Броун-Секара возникает при

1. полном поперечном поражении спинного мозга

2. при поражении спинного мозга на уровне Th5

3. при поражении спинного мозга на уровне L2

4. при поражении спинного мозга на уровне С4

5. при половинном поражении спинного мозга

1. Синкинезии наблюдаются при

1. поражении периферического нейрона двигательного пути

2. поражении мозжечка

3. поражении паллидума

4. поражении центрального нейрона двигательного пути

5. поражении стриатума

1. Раздражение двигательной проекционной области коры вызывает

1. монопарезы

2. диплегии

3. тетраплегии

4. судорожные припадки

5. моноплегии

1. Признакам центрального паралича относятся

1. повышение нормальных рефлексов

2. снижение нормальных рефлексов

3. понижение мышечного тонуса

4. «разболтанность» суставов

5. фасцикулярные подергивания

1. Признакам центрального паралича относятся

1. снижение нормальных рефлексов

2. повышение мышечного тонуса

3. понижение мышечного тонуса

4. «разболтанность» суставов

5. фасцикулярныепоодергивания

1. К признакам центрального паралича не относятся

1. повышение нормальных рефлексов

2. повышение мышечного тонуса

3. наличие патологических рефлексов

4. «разболтанность» суставов

5. синкинезии

1. К признакам периферического паралича не относятся

1. повышение нормальных рефлексов

2. снижение нормальных рефлексов

3. понижение мышечного тонуса

4. «разболтанность» суставов

5. фасцикулярные подергивания

1. К признакам периферического паралича относятся

1. повышение нормальных рефлексов

2. повышение мышечного тонуса

3. наличие патологических рефлексов

4. снижение мышечного тонуса

5. синкинезии

1. Поражение пирамидных волокон во внутренней капсуле вызывает

1. центральную гемиплегию и центральный парез XII и VII ЧМН на противоположной стороне тела

2. центральная гемиплегия и центральный парез XII и VII ЧМН на своей стороне тела

3. центральная гемиплегия на своей и центральный парез XII и VII ЧМН на противоположной стороне тела

4. центральная гемиплегия на противоположной стороне тела и центральный парез XII и VII ЧМН на своей

5. центральная ,тетраплегия

1. Интероцепторы воспринимают раздражения

1. наносимые извне

2. возникающие внутри организма, в его глубоких тканях, связанных с функцией сохранения положения тела при движениях

3. от внутренних органов

4. от источников, которые находятся на расстоянии

5. не воспринимают

1. Дискриминационное чувство это

1. различие двух одновременных раздражений

2. распознавание направления пассивных движений в суставах

3. распознавание на ощупь предметов, вложенных в руку

4. способность узнавать с закрытыми глазами цифры, буквы путем написания на поверхности кожи

5. способность указать пальцем точное место нанесения раздражения

1. Двумерно-пространственное чувство это

1. различие двух одновременных раздражений

2. распознавание направления пассивных движений в суставах

3. распознавание на ощупь предметов, вложенных в руку

4. способность узнавать с закрытыми глазами цифры, буквы путем написания на поверхности кожи

5. способность указать пальцем точное место нанесения раздражения

1. Стереогноз это-

1. различие двух одновременных раздражений

2. распознавание направления пассивных движений в суставах

3. распознавание на ощупь предметов, вложенных в руку

4. способность узнавать с закрытыми ,глазами цифры, буквы путем написания на поверхности кожи

5. способность указать пальцем точное место нанесения раздражения

1. Чувство локализации это-

1. различие двух одновременных раздражений

2. распознавание направления пассивных движений в суставах

3. распознавание на ощупь предметов, вложенных в руку

4. способность узнавать с закрытыми глазами цифры, буквы путем написания на поверхности кожи

5. способность указать пальцем точное место нанесения раздражения

1. Суставно-мышечное чувство это

1. различие двух одновременных раздражений

2. распознавание направления пассивных движений в суставах

3. распознавание на ощупь предметов, вложенных в руку

4. способность узнавать с закрытыми глазами цифры, буквы путем написания на поверхности кожи

5. способность указать пальцем точное место нанесения раздражения

1. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно увеличивается, если имеет место атаксия

1. мозжечковая

2. сенситивная

3. вестибулярная

4. корковая

5. лобная

1. Волокна глубокой чувствительности присоединяются к волокнам поверхностной чувствительности (спино-таламическому тракту) в

1. продолговатом мозге

2. в варолиевом мосту

3. в ножках мозга

4. в зрительном бугре

5. в спинном мозге

1. Характерными признаками каузалгии являются:

1. интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации пораженного нерва

2. сильная боль при давлении на нервный ствол

3. всё перечисленное

4. отсутствие боли

5. гемианестезия

1. Признаком фантомного болевого синдрома является:

1. гипестезия в культе конечности

2. ощущение боли в несуществующей части удалённой конечности

3. отёчность, цианоз культи конечности

4. всё перечисленное

5. анестезия в конечностях

Раздел II. Методы исследования в неврологии

31 . Признаки смерти мозга:

1. нет мозговой деятельности (нет стандартных движений, ответов на зрительные, слуховые, кожные стимулы);

2. прекращены стволовые функции (нет самостоятельного дыхания, рефлексов со слизистых оболочек);

3. изоэлектрическая ЭЭГ;

4. нет спинальных рефлексов;

5. больной сутки находится в коматозном состоянии.

32 . Какой из признаков не характерен для ишемического инсульта?

1. постепенное («мерцающее») появление симптомов;

2. преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;

3. отсутствие смещения срединных структур мозга по данным ЭхоЭГ;

4. снижение кровотока по одной из артерий мозга по данным транскраниальной допплерографии;

5. очаг повышенной плотности по данным компьютерной томографии.

33. В каком случае ЭЭГ-исследование наиболее информативно:

1. черепно-мозговая травма;

2. опухоль головного мозга;

3. арахноидит;

4. эпилепсия;

5. менингит.

34. Пробы, использующиеся при проведении ЭЭГ-исследования для выявления эпиактивности:

1. приём нитроглицерина;

2. ортостатическая проба;

3. фотостимуляция, гипервентиляция;

4. раздражение электрическим током;

5. физическая нагрузка.

35. При ЭХО-ЭГ исследуются:

1. суммарное сопротивление мозговой ткани электрическому току;

2. биоэлектрическая активность мозга;

3. отражённый ультразвуковой сигнал от срединных структур головного мозга;

4. биоэлектрическая активность мышечной ткани;

5. вызванные потенциалы головного мозга.

36. Для рентгенологической картины остеохондроза позвоночника не характерно:

1. склероз замыкательных пластинок;

2. расширение межпозвонкового отверстия, остеопороз дужки;

3. снижение высоты межпозвонковых дисков;

4. наличие остеофитов;

5. наличие спондилолистеза.

37. Какая степень стенозирования внутренней сонной артерии является показанием для оперативного лечения:

1. менее 30% просвета;

2. 30-70 %;

3. 70% и более;

4. 20%;

5.10%.

38. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным не является:

1. утрата сознания;

2. кровянистый ликвор;

3. смещение срединного Эхо-сигнала;

4. контралатеральный гемипарез;

5. очаговая симптоматика.

39. Абсолютным ЭЭГ-признаком эпилепсии является наличие пароксизмальных:

1. ритмических феноменов в альфа-диапазонах;

2. ритмических феноменов в дельта-диапазоне;

3. ритмических феноменов в тета-диапазоне;

4. комплекс пик-волна;

5. ритмических феноменов в бетта-диапазонах.

40. Появлению эпилептической активности на ЭЭГ не способствуют:

1. ритмическая фотостимуляция;

2. гипервентиляция;

3. депривация (лишение) сна;

4. прием большой количество воды.

5. звуковые триггеры.

41. Укажите дополнительные методы обследования наиболее информативные для опухолей головного мозга:

1. краниография;

2. исследование глазного дна;

3. РЭГ;

4. ЭЭГ;

5. КТ и МРТ.

42. Какие наиболее информативные исследования применяются для диагностики менингитов:

1. исследования ликвора;

2. ЭЭГ ;

3. ЭМГ;

4. ангиография;

5. рентгенодиагностика.

43. Укажите наиболее информативный дополнительный метод, применяемый для оценки эффективности лечения эпилепсии:

1. краниография;

2. компьютерная томография;

3. ЭЭГ;

4. Эхо-ЭГ;

5. ангиография.

44. Усиление пальцевидных вдавлений на рентгенограммах черепа свидетельствует о:

1. внутричерепной гипотензии;

2. внутричерепной гипертензии;

3. артериальной гипертонии;

4. артериальной гипотонии;

5. изменение психики.

45. Рентгенологическими признаками внутричерепной гипертензии не являются:

1. истончение костей свода черепа;

2. истончение спинки турецкого седла;

3. усиление сосудистого рисунка;

4. усиление пальцевых вдавлений;

5. наличие линии переломов на черепе.

46.Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет :

1. g-сцинтиграфия ;

2. ангиография ;

3. компьютерная томография;

4. допплеросонография ;

5. реоэнцефалография .

47. Исследование клеточного иммунитета при ВИЧ-инфекции выявляет:

1. снижение числа Т-хелперов ;

2. повышение числа Т-супрессоров;

3. снижение числа Т-киллеров ;

4. повышение числа В-лимфоцитов;

5. повышение числа Т-хелперов .

48. Компьютерная томография головного мозга не позволяет:

1. дифференцировать гистологическую структуру опухоли ;

2. дифференцировать серое и белое вещество мозга ;

3. определить состояние ликворных путей ;

4. определить области ишемии и кровоизлияния;

5. определить зону перифокального отека .

49.Уменьшение "ореола свечения" при диафаноскопии характерно:

1. для наружной гидроцефалии ;

2. для гидроанэнцефалии ;

3. для внутренней гидроцефалии на начальном этапе ;

4. для сообщающейся гидроцефалии ;

5. для нормального состояния ликворного давления.

50.Более совершенным методом исследования функциональной активности головного мозга является:

1. ЭХО ЭГ;

2. магнитно- резонансная томография;

3. компьютерная томография;

4. позитронная эмиссионная томография;

5. ультразвуковая диагностика.

Раздел III. Сосудистые заболевания нервной системы.

51. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является

1. альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга

2. альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный

синдром)

3. альтернирующий оптикопирамидный синдром

4. сенсорная афазия

5. альтернирующий синдром Авеллиса

52.К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится

1. нарушение психики

2. преобладание пареза в руке

3. хватательный рефлекс

4. моторная афазия

5. апраксия левой руки

53 .Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие

1. апраксии левой руки

2. левосторонней гемианопсии

3. левосторонней гемиплегии

4. левосторонней гемианестезии

5. анозогнозии

54 .Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

1. гомонимной гемианопсии

2. битемпоральной гемианопсии

3. биназальной гемианопсии

4. концентрического сужения полей зрения

5. амблиопия

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

1. коротких циркулярных артерий моста

2. длинных циркулярных артерий моста

3. парамедианных артерий моста

4. нижней передней артерии мозжечка

5. нижней задней артерии мозжечка

56 .Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства

1. притока крови по артериям мозга

2. уменьшение кровотока в системе микроциркуляции

3. оттока по интракраниальным венам

4. спазм артерий мелкого коллибра

5. обмена веществ между кровью и веществом мозга

57.Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется

1. дистальным акроцианозом

2. потливостью

3. тахикардией

4. снижением температуры тела

5. диареей

58.В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме

1. стеноза магистральных сосудов на шее

2. снижения перфузионного давления

3. снижения эластичности эритроцитов

4. снижения активности свертывающей системы

5. стеноза собственно мозговых сосудов

59.При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

1. основная

2. позвоночная

3. внутренняя сонная

4. наружная сонная

5. затылочная

60.Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние

1. тонуса и реактивности сосудов

2. реологических свойств крови

3. свертывающей-противосвертывающей системы

4. архитектоники артериального круга мозга

5. системной и центральной гемодинамики

61.Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

1. 1 суток

2. 1 недели

3. 2 недель

4. 3 недель

5. 1 месяца

62.Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании

1. степени утраты трудоспособности и выраженности психических расстройств

2. изменения показателей ЭЭГ

3. выраженность вегетативных нарушений

4. степени повышения артериального давления

5. изменения показателей РЭГ

63.Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

1. 1 недели

2. 3 недель

3. 1 месяца

4. 3 месяцев

5. 6 месяцев

64.Для вертебробазилярной недостаточности не характерно наличие

1. дизартрии

2. афазии

3. расстройств зрения

4. нарушений статики и походки

5. нарушение слуха

65.При закупорке общей сонной артерии находят на той же стороне

1. снижение пульсации внутренней сонной артерии

2. усиление пульсации внутренней сонной артерии

3. снижение лучевой височной артерии

4. усиление пульсации височной артерии

5. увеличение пульсации лучевой артерии

66.При закупорке внутренней сонной артерии находят на той же стороне

1. снижение пульсации наружной сонной артерии

2. снижение пульсации височной артерии

3. усиление пульсации наружной сонной артерии

4. усиление пульсации лучевой артерии

5. снижение пульсации лучевой артерии

67.Для псевдобульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения не характерно наличие

1. дизартрии

2. дисфонии

3. дисфагии

4. фибрилляции языка

5. симптомов орального автоматизма

68.Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении

1. пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария

2. пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария

3. пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария

4. пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария

5. пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий

69.При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносится

1. этиология сосудистого процесса

2. характер нарушения мозгового кровообращения

3. пораженный сосудистый бассейн

4. клинический синдром

5. состояние трудоспособности

70.Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначаются, если у больного

1. повторные ишемические кризы

2. гипокоагуляция

3. высокие цифры артериального давления

4. все перечисленное

5. признаки отека мозга

71.Вторичная профилактика дисциркуляторной энцефалопатии не имеет целью

1. предупреждение возникновения сосудистого заболевания

2. предупреждение прогрессирования сосудистого заболевания

3. предупреждение церебральных сосудистых кризов

4. предупреждение инсульта

5. сохранение и восстановление трудоспособности

72.Для преходящего нарушения мозгового кровообращения при поражении ветебробазилярной системы не характерно наличие

1. двоения в глазах

2. альтернирующих синдромов

3. двусторонних парезов

4. атаксии

5. оптико-гемиплегического синдрома

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

1. повышение вязкости крови

2. повышение активности свертывающей системы

3. ухудшение реологических свойств крови

4. снижение системного перфузионного давления

5. повышение агрегации форменных элементов крови

74.Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить

1. a-адреномиметики

2. b-адренергические блокаторы

3. антагонисты кальция

4. препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)

5. баклофен

75.Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает

1. адекватный уровень артериального давления

2. состояние вязкости и текучести крови

3. состояние свертывающей системы крови

4. сохранная проходимость приводящих артерий

5. продолжительность эпизодов преходящей ишемии

76.Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется

1. только в белом веществе

2. только в сером веществе

3. только в подкорковых узлах

4. возможна любая локализация

5. только в мозжечке

77.К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит

1. снижение артериального давления и замедление кровотока

2. повышение вязкости и агрегации

3. повышение коагуляционной активности крови

4. повышение фибринолитической активности крови

5. атеросклеротические изменения интимы сосудов

78.К развитию нетромботического ишемического инсульта не приводит

1. спазм сосудов

2. мозговая сосудистая недостаточность

3. артерио-артериальная микроэмболия

4. кардиогенная эмболия

5. сердечная недостаточность

79.Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате

1. нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге

2. спазма сосудов пораженного участка мозга

3. спазма сосудов неповрежденных отделов мозга

4. расширения здоровых" сосудов неповрежденного отдела мозга

5. раскрытия артерио-венозных анастомозов

80.Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие

1. гипокоагуляции

2. гиперкоагуляции

3. внутрисосудистой агрегации тромбоцитов

4. блокады микроциркуляции

5. внутрисосудистой агрегации эритроцитов

81.Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно

1. наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак

2. наличие симптомов-предвестников

3. постепенное формирование очаговой симптоматики

4. малая выраженность общемозговой симптоматики

5. отсутствие смещения М-эха

82.Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме

1. внезапного развития очаговой симптоматики

2. отека соска зрительного нерва на стороне эмболии

3. наличия общемозговой симптоматики

4. утраты сознания

5. наличия мерцательной аритмии

83.Тромбоз основной артерии не проявляется

1. преимущественным поражением варолиева моста

2. корковой слепотой

3. вегетативно-висцеральными кризами

4. очаговыми нарушениями

5. остановкой дыхания

84.Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются

1. выраженность общемозговой симптоматики

2. гиповолемия

3. гиперкоагулопатия

4. гипокоагулопатия

5. остановка дыхания

85. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения

1. церебральной гемодинамики

2. водно-электролитного баланса

3. реологического состояния крови

4. метаболизма мозга

5. улучшения микроциркуляции

86.Показанием к гиперволемическойгемодилюции при ишемическом инсульте является наличие

1. анурии

2. сердечной недостаточности

3. артериального давления ниже 120/60 мм рт. ст.

4. артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.

5. гематокрита 42%

87.Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

1. молодого возраста больного

2. продолжительности закупорки менее 6 ч

3. отсутствия анурии

4. геморрагического синдрома

5. артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

88.Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

1. ревматизма

2. артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.

3. заболеваний печени

4. язвенной болезни желудка

5. тромбоцитопатии

89.Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня

1. 45-49%

2. 39-44%

3. 35-38%

4. 30-34%

5. 25-29%

90.Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является

1. хлористый кальций и викасол

2. эпсилонаминокапроновая кислота

3. гепарин с антитромбином и замороженной плазмой

4. этамзилат

5. аминокапроновую кислоту

91.Интенсивная терапия при ишемическом инсульте не применяется для лечения и коррекции

1. метаболического ацидоза

2. гиперпротромбинемии

3. гиперпротеинемии

4. отека мозга

5. водно-электролитного дисбаланса

92.При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применениеантифибринолитиков (эпсилонаминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку

1. высок риск повышения артериального давления

2. возможно значительное повышение внутричерепного давления

3. кровоизлияние уже завершилось

4. возможно усиление менингеального синдрома

5. возможно усиление цефалгического синдрома

93.Для гипертонического кровоизлияния в мозг не характерно наличие

1. сдавления и разрушения вещества мозга излившейся кровью

2. вазопареза в области кровоизлияния

3. смещения ствола головного мозга

4. закупорки артерий основания мозга

5. отека вещества мозга

94. Гиперосмолярный синдром специфичен

1. для тромботического инфаркта

2. для геморрагического инфаркта

3. для кровоизлияния в мозг

4. для диабетической комы

5. для уремической комы

95.При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является

1. утрата сознания

2. кровянистый ликвор

3. смещение срединного эхо-сигнала

4. контралатеральный гемипарез

5. контралатеральная гемигипестезия

96.При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным

1. поражение черепно-мозговых нервов

2. менингеальный синдром

3. зрачковые расстройства

4. двусторонние пирамидные симптомы

5. явление атаксии

97.При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие

1. утраты сознания, гемипареза

2. динамической атаксии

3. расстройств слуха

4. судорожного синдрома

5. зрительных голлюцинаций

98.Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерен

1. для тромботического инфаркта

2. для нетромботического инфаркта

3. для геморрагического инфаркта

4. для кровоизлияния в мозг

5. для инфекционно-токсического шока

99.Горметонией называют состояние, при котором наблюдается

1. генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания

2. повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей

3. повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей

4. повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей

5. тотальная гипотония мышц

100.Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

1. утрата сознания

2. зрачковые расстройства

3. нистагм

4. менингеальный синдром

5. двусторонние пирамидные патологические знаки

101.Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является

1. утрата сознания

2. рвота

3. психомоторное возбуждение

4. инфаркт миокарда

5. отек легкого

102.Для разрыва аневризм конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме

1. утраты сознания

2. головной боли

3. очаговых неврологических симптомов

4. менингеального синдрома

5. судорожного синдрома

103.При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром

1. верхней глазничной щели

2. наружной стенки кавернозного синуса

3. поражения сильвиевой борозды

4. поражения шпорной борозды

5. мостомозжечкового угла

104.У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой наблюдают

1. нарушения зрения

2. глазодвигательные расстройства

3. менингеальные симптомы

4. повышение внутричерепного давления

5. эпилептиформные припадки

105.При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит

1. истечение крови в цистерны основания мозга

2. развитие менингеального синдрома

3. развитие асимметричной гидроцефалии

4. развитие внутримозговой гематомы

5. утрата зрения и глазодвигательные расстройства

106.Для клинических проявлений тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерным является

1. наличие общемозговых симптомов

2. отек дисков зрительных нервов

3. изменчивость очаговых полушарных симптомов

4. менингеальный синдром

5. субфебрилитет

107.Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием

1. общемозговых симптомов

2. признаков застоя на глазном дне

3. признаков поражения ствола головного мозга

4. менингеального синдрома

5. синдрома паркинсона

108.Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны

1. синдром внутричерепной гипертензии

2. вялый парез рук и спастический парез ног

3. синдром паралитического ишиаса

4. недержание мочи и кала

5. нижний парапарез

Раздел IV. Заболевания периферической нервной системы.

109.В основу классификации полинейропатий положен следующий принцип

1. этиология заболевания

2. особенность течения заболевания

3. особенность клинической картины

4. особенность диагностики

5. особенности лечения

110.Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является

1. инфекционный

2. токсический

3. сосудистый

4. метаболический

5. травматический

111.Синдром полинейропатии проявляется

1. менингиальным синдромо

2. расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей

3. вегетативными нарушениями в кистях и стопах

4. трофическими нарушениями

5. расстройством движения на пораженных конечностях

112.Для алкогольной полинейропатии характерно

1. преимущественное поражение туловища

2. преимущественное поражение верхних и нижних конечностей

3. боли в голенях и стопах

4. боли в предплечьях и кистях

5. боли в сердца

113.Лекарственные полинейропатии чаще вызывают

1. цитостатики

2. гипотензивные препараты

3. противорвотные средства

4. антигистаминные средства

5. седативные препараты

114.Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие

1. бульбарных расстройств

2. тазовых расстройств

3. расстройств глубокой чувствительности

4. нарушения аккомодации

5. сенсорной атаксии

115.Диабетическая полинейропатия развивается в результате

1. поражения сосудов периферических нервов

2. нарушения метаболизма жиров

3. токсического повреждения миелина периферических нервов

4. повышенное содержание сахара и его метаболизма в нервных клетках

5. нарушения метаболизма белков

116.Для свинцовой полинейропатии характерно наличие

1. преимущественных парезов нижних конечностей

2. преимущественных парезов верхних конечностей и там же болей

3. болей в конечностях

4. онемения в конечностях

5. нарушением работы внутренних органов

117.Для мышьяковой полинейропатии характерно наличие

1. преимущественных поражений нервов ног и белых полос на ногтях

2. багрово-синюшных полос на голенях преимущественным поражением рук

3. нарушением работы внутренних органов

4. наличием очаговых симптомов

5. менингиального синдрома

118.Сопутствующим симптомом полинейропатии при пернициозной анемии является

1. снижение сывороточного железа в крови

2. фуникулярный миелоз

3. гиперацидный гастрит

4. отеки на нижних конечностях

5. наличие гиперкинезов в дистальных отделах конечностях

119.Полинейропатии, связанные с недостаточностью витамина В1, возникают

1. при хроническом алкоголизме

2. при порфирии

3. при пеллагре

4. при подагре

5. при хроническом гепатите

120.Для диабетической полинейропатии не характерно

1. поражение черепных нервов

2. вегетативные расстройства

3. преимущественное поражение нервов верхних конечностей

4. нарушение вибрационной чувствительности

5. трофические язвы на нижних конечностях

121.Полинейропатии при лейкозах возникают в результате

1. эндолюмбального введения преднизолона

2. приема НПВС внутрь

3. сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами

4. повышением иммунитета

5. гепатоспленомегалий

122.Для уремической полинейропатии характерно

1. снижение скорости проведения возбуждения по нервам

2. поражение черепных нервов

3. преобладание аксональной дегенерации

4. демиелинизация аксонов

5. некротизация нейронов

123.Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются

1. выраженность сенсорной атаксии

2. выраженность болевого синдрома

3. тяжесть вялых параличей конечностей

4. черный цвет кала

5. красный цвет мочи

124.Характерными сопутствующими симптомами полинейропатии, вызванной миеломной болезнью, являются

1. упорные боли в костях и патологические переломы костей

2. клеточно-белковая диссоциация в ликворе

3. белково-клеточная диссоциация в ликворе

4. менингеальные симптомы

5. очаговые симптомы

125.Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть

1. амилоидоз и порфирия

2. артерио-венозные мальформации

3. гепато-церебральная дистрофия

4. В1 дефицитная анемия

5. сахарный диабет

126.Для компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны

1. слабость II, III пальцев кисти

2. атрофия мышц возвышения большого пальца

3. боли по ульнарной поверхности кисти

4. боли по радиальной поверхности кисти

5. слабость большого пальца

127.Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны

1. слабость I, пальцев

2. атрофия мышц возвышения большого пальца

3. снижение болей в кисти при ее сгибании

4. боли по радиальной поверхности кисти

5. слабость II, III пальцев кисти

128.Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны

1. слабость подошвенных сгибателей стопы

2. гипертрофия перонеальной группы мышц

3. гипалгезия наружной поверхности голени

4. слабость тыльных разгибателей стопы

5. гиперпатия внутренней поверхности стопы

130.Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны

1. боль в области подошвы и парезы сгибателей пальцев стопы

2. припухлость в области наружной лодыжки

3. гипертрофия перонеальной группы мышц

4. слабость тыльных разгибателей стопы

5. гиперпатия внутренней поверхности стопы

131.Для невралгической амиотрофии Персонейджа - Тернера характерны

1. дистальный парез руки

2. боль в области предпелчья

3. атрофия мышц плеча

4. корешковая гипестезия в зоне С5-С6

5. корешковая гипестезия в зоне L5-L6

132.Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий наиболее информативным исследованием является

1. иммунологическое исследование крови

2. электромиография

3. иммунологическое исследование ликвора

4. биопсия мышц

5. электроэнцефалография

133.В остром периоде нейропатий нецелесообразно применять

1. электрофорез новокаина

2. электростимуляцию

3. микроволны

4. диадинамические токи

5. обезболивающие препараты

134.Иглорефлексотерапия при полинейропатии Гийена - Барре назначается в период

1. нарастания парезов

2. стабилизации и регресса парезов

3. отсутствие парезов

4. нарастание чувствительных нарушении

5. регресс чувствительных нарушении

135.Инфекционный полиневрит вызывают

1. дифтерия

2. ботулизм

3. проказа

4. дизентерия

5. сибирская язва

136.Для полинейропатии Гийена - Барре характерно

1. поражение черепных нервов

2. выраженные тазовые расстройства

3. стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика

4. расстройства психики

5. нарушения сознания

137.Для полинейропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе

1. с 1-го дня заболевания

2. с 3-го дня заболевания

3. со 2-й недели заболевания

4 с 3-й недели заболевания

4. с 10-й недели заболевания

138.Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена - Барре характеризуется

1. поражением языкоглоточного нерва

2. двусторонним парезом лицевого нерва

3. поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания

4. поражением глазодвигательных нервов и атаксией

5. поражением нервов шейного сплетения

139.Для полинейропатий при узелковом периартериите характерно

1. асимметричность поражения нервных стволов

2. малая выраженность болевого синдрома

3. поражение черепных нервов

4. поражения сосудов мозга

5. поражение работы внутренних органов

140.Для изменений соска зрительного нерва при остром неврите характерны

1. выраженность границ

2. гиперемия

3. побледнение

4. исчезновения

5. зрительный сосок не изменен

141.К демиелинизирующим относится полинейропатия

1. Гийена - Барре

2. диабетическая

3. порфирийная

4. гипотиреоидная

5. амилоидная

142.Для нейропатии тройничного нерва характерны

1. снижение корнеального рефлекса

2. нарушение вкуса на задней трети языка

3. гипалгезия во внутренней зоне Зельдера

4. гипертрофия жевательной мускулатуры

5. птоз, миоз, энофтальм

143.Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны

1. снижение корнеального рефлекса

2. гиперакузия, сухость конъюнктивы

3. нарушение вкуса на передних 2/3 языка

4. сочетанное поражение и III пары

5. симптом Бела

144.Для кохлеарного неврита характерны

1. гиперакузия

2. изолированное снижение костной проводимости

3. изолированное снижение воздушной проводимости

4. сочетанное снижение костной и воздушной проводимости

5. нистагм и головокружения

145.При поражении языкоглоточного нерва наблюдается

1. нарушение вкуса на передних 2/3 языка

2. парез гортани

3. парез мягкого неба

4. парез мимических мышц

5. парез жевательных мышц

146.Для поражения блуждающего нерва не характерны

1. дисфония

2. дисфагия

3. нарушение сердечного ритма

4. нарушение вкуса

5. нарушение глотания

147.Для нейропатии добавочного нерва характерны

1. опущение лопатки

2. гипертрофия мышц шеи

3. затруднение глотания

4. снижения остроты зрения

5. снижения остроты слуха

148.Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием

1. дизартрии

2. ограничения подвижности языка

3. фибрилляций

4. сопутствующего поражения блуждающего нерва

5. дисфагией

149.Для нейропатии длинного грудного нерва характерны

1. парез дельтовидной мышцы

2. парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

3. парез передней зубчатой мышцы

4. монопарез руки

5. монопарез ноги

150.Для нейропатии подкрыльцового нерва характерны

1. затруднения сгибания руки в локтевом суставе

2. болезненность руки при отведении ее за спину

3. слабость и атрофия дельтовидной мышцы

4. слабость и атрофия трапециевидной мышцы

5. слабость и атрофия трехглавой мышцы

151.Признаками нейропатии срединного нерва являются

1. слабость I и пальцев кисти

2. снижение чувствительности на ладонной поверхности I, пальцев

3. слабость I, II пальцев кисти

4. слабость III и IV пальцев кисти

5. слабость V пальца кисти

152.Признаками поражения лучевого нерва являются

1. "когтистая кисть"

2. невозможность разгибания кисти

3. невозможность отведения IV пальца

4. “куриная лапа”

5. невозможность схватить бутылку

153.Для нейропатии локтевого нерва характерны

1. "свисающая кисть"

2. нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти

3. невозможность приведения I, пальцев

4. невозможность отведения I пальца

5. атрофия мышц предплечья

154.Для нейропатии бедренного нерва характерны

1. симптом Ласега

2. слабость четырехглавой мышцы бедра

3. отсутствие ахиллова рефлекса

4. симптом Нери

5. слабость мышц стоп

155.Клиническими признаками нейропатии наружного кожного нерва бедра являются

1. снижение коленного рефлекса

2. гипестезия по наружной передней поверхности бедра

3. гипестезия по наружной задней поверхности бедра

4. симптом Нери

5. снижение ахиллова рефлекса

156.Для нейропатии седалищного нерва характерны

1. симптом Вассермана

2. выпадение ахиллова рефлекса

3. выпадение коленного рефлекса

4. гипестезия по наружной задней поверхности бедра

5. гипестезия по наружной передней поверхности бедра

157.Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются

1. парез разгибателей стопы

2. гипестезия по внутренней поверхности голени

3. выпадение ахиллова рефлекса

4. выпадение коленного рефлекса

5. симптом Бабинского

158.Для нейропатии большеберцового нерва характерны

1. выпадение ахиллова рефлекса и парез сгибателей стопы

2. нарушение чувствительности на передней поверхности голени

3. парез разгибателей стопы

4. гипестезия по наружной задней поверхности бедра

5. выпадение коленного рефлекса и парез мышц бедра

159.В состав шейного сплетения не входит

1. малый затылочный нерв

2. подкрыльцовый нерв

3. диафрагмальный нерв

4. надключичный нерв

5. большой ушной нерв

160.В состав плечевого сплетения не входит

1. надключичный нерв

2. подключичный нерв

3. подкрыльцовый нерв

4. локтевой нерв

5. срединный нерв

161.В состав поясничного сплетения не входит

1. бедренный нерв

2. запирательный нерв

3. наружный кожный нерв бедра

4. седалищный нерв

5. бедренно-половой нерв

162.В состав крестцового сплетения входят

1. наружный кожный нерв бедра

2. запирательный нерв

3. седалищный нерв

4. крестцовый нерв

5. поясничный нерв

163.При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается

1. отечность околоушной области

2. болезненность при пальпации височной мышцы

3. ограничение подвижности нижней челюсти

4. нарушения саливации слюнных желез

5. парез жевательных мышц

164.Для болевой миофасциальной дисфункции лица характерны

1. болезненность пораженной мышцы при жевании и открывании рта

2. гипестезия в области пораженной мышцы

3. наличие болезненных точек на лице

4. парез жевательных мышц

5. дизестезия в области пораженной мышцы.

165.Причиной невралгии тройничного нерва не является

1. заболевания придаточных пазух

2. компрессия корешка нерва извитыми сосудами на основании мозга

3. сдавление ветвей нерва в подглазничном и нижнечелюстном каналах

4. сосудистые заболевания головного мозга

5. опухоли мосто-мозжечкового узла

166.Для классической невралгии тройничного нерва характерны

1. перманентный болевой синдром

2. гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей нерва

3. курковые зоны на лице

4. психомоторное возбуждение во время приступа

5. судорожный синдром

167.Для неврита тройничного нерва характерны

1. отсутствие постоянного болевого синдрома

2. гиперестезия на лице

3. температурные расстройства на лице

4. слабость жевательной мускулатуры

5. слабость мимических мышц

168.Для невралгии носоресничного нерва характерны

1. приступообразные боли в области глаза и носа

2. приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области

3. слезотечение при сне

4. гипосмия

5. аносмия

169.Для невралгии ушно-височного нерва характерны

1. наличие курковых зон в области виска

2. гиперемия и гипергидроз околоушной области

3. приступообразные боли в подушной области

4. снижение слуха

5. утрата слуха и головокружения

Раздел V. Воспалительные заболевания нервной системы.

170.Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

1. коксаки

2. простого герпеса

3. кори

4. паротита

5. цитомегаловируса

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

1. стафилококкового менингита

2. пневмококкового менингита

3. менингита, вызванного вирусом Коксаки

4. менингококкового менингита

5. лимфоцитарногохориоменингита

172.К редким синдромам энцефалита Экономо относят

1. глазодвигательные расстройства

2. патологические стопные знаки

3. нарушения сна

4. вегетативные расстройства

5. гипертермия

173.Для острого клещевого энцефалита не характерны

1. заболевание в осенне-зимний период

2. менингоэнцефалитический синдром

3. повышение внутричерепного давления

4. вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса

5. лихорадка в начале заболевания

174.Для вирусного двухволнового менингоэнцефалита не характерно наличие

1. лихорадки

2. атрофических спинальных параличей

3. плеоцитоза в ликворе

4. радикулоневрита

5. оболочечные симптомы

175.Для герпетического энцефалита не характерно наличие

1. общемозговых симптомов и нарушения сознания

2. внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне

3. судорожных приступов

4. гемипарезов

5. гемиатаксии

176.При вирусных энцефалитах в ликворе не наблюдается

1. лимфоцитарный плеоцитоз

2. увеличение содержания белка

3. увеличение содержания глюкозы

4. повышенное давление цереброспинальной жидкости  
 5. цвет не изменен

177.Для менингитов, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, не характерно

1. острое начало с лихорадкой

2. полимиалгия

3. оболочечно-гипертензионный синдром

4. лимфоцитарныйплеоцитоз

5. тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы

178.Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита

1. гриппозного

2. пневмококкового

3. паротитного

4. туберкулезного

5. сифилитического

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

1. пневмококком

2. вирусом паротита

3. клебсиеллой

4. палочкой Афанасьева - Пфейффера

5. стрептококком

180.Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном

1. палочкой Афанасьева - Пфейффера

2. стафилококком

3. пневмококком

4. лептоспирами

5. стрептококками

181.К редким возбудителям серозного менингита относится

1. вирус лимфоцитарногохореоменингита

2. микобактерия туберкулеза

3. парагриппозный вирус

4. вирус эпидемического паротита

5. стафилококковый

182.Гнойный менингит не вызывают

1. стафилококки

2. менингококки

3. пневмококки

4. вульгарный протей

5. лептоспиры

183.Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита, вызванного

1. пневмококком

2. стафилококком

3. палочкой Афанасьева - Пфейффера

4. менингококком

5. стрептококком

184.Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного

1. синегнойной палочкой

2. стафилококками

3. вирусом простого герпеса

4. вирусами Коксаки и ЕСНО

5. стрептококками

185.Для острого полиомиелита не характерно поражение двигательных нейронов

1. коры головного мозга

2. моторных ядер ствола

3. шейного утолщения спинного мозга

4. грудного отдела спинного мозга

5. поясничного утолщения спинного мозга

186.В спинномозговой жидкости на второй неделе паралитической стадии острого полиомиелита (в отличие от первой недели) находят

1. нормальный уровень глюкозы

2. белково-клеточную диссоциацию

3. нормальный уровень хлоридов

4. эозинофильный цитоз

5. фибриновую пленку

187.Особенности остаточных двигательных нарушений после перенесенного полиомиелита определяются

1. асимметричным поражением мышц конечностей и туловища

2. усилением роста и нарушением трофики конечностей

3. нарушением координации и статики

4. выпадениме полей зрения

5. выпадение болевой чувствительности

188.Дифференциальный диагноз непаралитической формы острого полиомиелита не следует проводить

1. с вирусным серозным менингитом

2. с бактериальным серозным менингитом

3. с острой демиелинизирующей полирадикулонейропатией Гийена - Барре

4. с переднероговой формой клещевого энцефалита

5. опухоли головного мозга

189.Подозрение на абсцесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками

1. нарастающей внутричерепной гипертензии

2. очагового церебрального поражения

3. общемозговыми симптомами

4. угнетения сознания

5. повышением температуры

190.Прорыв абсцесса в ликвороносные пути можно диагностировать на основании появления у больного

1. высокой температуры

2. менингеального синдрома

3. мутной спинномозговой жидкости при пункции

4. очагового церебрального поражения

5. потерей сознания

191.Эффективным методом лечения абсцесса мозга является

1. массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств

2. хирургическое удаление абсцесса

3. промывание полости абсцесса диоксидином

4. промывание полости абсцесса антибиотиками

5. применение противовоспалительных доз лучевой терапии

192.При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч можно обнаружить

1. опалесценцию

2. ксантохромию

3. фибриновую пленку

4. выпадение осадка

5. коагуляция

193.Нарушение походки при дифтерийной полинейропатии обусловлено

1. нижним спастическим парапарезом

2. мозжечковой атаксией

3. экстрапирамидной ригидностью

4. сенситивной атаксией

5. мышечной гипотонией

194.При токсической генерализованной форме дифтерии для профилактики полирадикулонейропатии достаточным является введение противодифтерийной сыворотки в дозе

1. 50-70 тыс МЕ

2. 70-100 тыс МЕ

3. 100-200 тыс МЕ

4. 120-150 тыс МЕ

5. 150 тыс. и более МЕ

195.Энцефалическая реакция при гриппе характеризуется всеми следующими симптомами, за исключением

1. гемиплегии

2. менингеального синдрома

3. судорожных припадков с утратой сознания

4. утраты сознания с двигательными автоматизмами

5. повышения давления спинномозговой жидкости

196.Для неврологических нарушений при ботулизме характерны все симптомы, кроме

1. пареза аккомодации

2. пареза глазодвигательной мускулатуры

3. дисфонии, дисфагии, дизартрии

4. гиперсаливации

5. миастеноподобных симптомов

197.Высокий риск летального исхода полинейропатии при дифтерии определяется поражением

1. бульбарных черепных нервов

2. почек

3. печени

4. межреберных мышц

5. поясничиного сплетения

198.Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является

1. хлоралгидрат

2. тиопентал

3. фенобарбитал

4. седуксен

5. тубокурарин

199.Для поражения зрительных нервов при сифилитическом базальном менингите характерным является

1. изменение полей зрения

2. зрительные галлюцинации

3. папиллит с кровоизлияниями

4. отек зрительного нерва

5. снижение остроты зрения

200.Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде

1. отсутствием сознания

2. спинной сухотки

3. шанкренозного сифилиса

4. бессимптомного поражения оболочек

5. “олимпийским” лбом

201.Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено

1. вялыми параличами ног

2. мозжечковой атаксией

3. сенситивной атаксией

4. снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов

5. табетическойартропатией

202.Решающее значение в патогенезе симптомов арахноидита играет

1. увеличение продукции ликвора и нарушение циркуляции и всасывания ликвора

2. уменьшение количества эритроцитов

3. уменьшение продукции ликвора

4. давление на кору головного мозга

5. увеличение количества эритроцитов

203.Наиболее выражены нарушения циркуляции ликвора при локализации арахноидита

1. в оптохиазмальной области

2. в цистернах основания мозга и области мостомозжечкового угла

3. в вонвекситальной поверхности

4. в субарахнодальном пространстве спинного мозга

5. в обводной цистерне

204.Оптикохиазмальный арахноидит характеризуется

1. повышением остроты зрения

2. концентрическим сужением полей зрения

3. увеличением поля диска зрительных нервов

4. зрительными галлюцинациями

5. мелькание мушек перед глазами

205.Оптикохиазмальный арахноидит может быть ошибочно диагностирован

1. при псевдобульбарном неврите

2. при опухолей гипофиза

3. при рассеянном склерозе

4. при наследственной заболеваний Фридриха

5. при черепно-мозговых травмах

206.Арахноидит мостомозжечкового угла следует дифференцировать

1. от отита

2. от лакунарной кисты головного мозга

3. от сирингобульбии

4. от всего перечисленного

5. от невриномы VIIIнерва

207.Патогенез неврологических симптомов острого эпидурита обусловлен

1. воспалительно-токсическим процессом

2. декомпрессией корешков спинного мозга

3. нарушением кровообращения в оболочках

4. нарушением трофики белого вещества

5. нарушением обмена глюкозы

208.Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены

1. миофасциальнымиболями

2. синдромом компрессии спинного мозга

3. утратой сознания

4. судорожным синдромом

5. расстройством мочеспускание

209.Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в цереброспинальной жидкости

1. нарастания ВИЧ-антител

2. высокого лимфоцитарного плеоцитоза

3. повышения содержания иммуноглобулина М

4. белково-клеточной диссоциации

5. клеточно-белковой диссоциации

210.Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются

1. микобактерии туберкулеза

2. аденовирусы

3. кандиды

4. листерии

5. вирусы простого герпеса

211.Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется

1. энцефалопатией

2. острым рецидивирующим арахнойдитом

3. полинейропатией

4. паркинсонизм

5. общеинфекционным синдромом

212.СПИД передается всеми следующими путями, кроме

1. полового (гетеро- и гомосексуализм)

2. воздушно-капельного

3. парентеральных инъекций и инфузий

4. трансплантации органов и тканей

5. от матери к плоду (внутриутробно)

213.Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обладает всеми следующими качествами, кроме

1. большой устойчивости к термическим воздействиям

2. способности персистировать в организме

3. выраженного тропизма к макрофагам и лимфоцитам

4. значительного тропизма к клеткам мозга

5. длительного инкубационного периода

214.Для клинической картины спинной сухотки характерно все перечисленное, кроме

1. болевого синдрома

2. сенситивной атаксии

3. патологических стопных знаков

4. снижения сухожильных рефлексов

5. гипотони мышц

215.Термином "табетические кризы" у больных спинной сухоткой обозначают

1. пароксизмы тахикардии

2. колебания артериального давления

3. пароксизмы болей рвущего характера

4. эпизоды профузной потливости и общей слабости

5. судорожным синдромом

216.Общесоматические проявления СПИДа включают

1. снижение температуры тела

2. явления холецистита

3. генерализованную лимфоаденопатию

4. тахикардию

5. тахипноэ

217.Характерными нарушениями иммунной системы при СПИДе, выявляемыми лабораторным путем, являются

1. увелечение количества Т-хелперов

2. снижение соотношения Т-хелперов/Т-супрессоров

3. снижение В-лимфоцитов

4. увелечение В-лимфоцитов

5. снижение количество нейтрофилов

218. Наиболее частые возбудители серозного менингита у детей в летне-осенний период:

1. вирусы Коксаки

2. вирусы полиомиелита

3. микобактерии туберкулеза

4. вирус паротита

5. вирус кори

219. Наиболее часто встречаемой врожденной инфекцией у детей является:

1. ВИЧ-инфекция

2. токсоплазмоз

3. цитомегаловирусная инфекция

4. краснуха

5. сифилис

220. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются:

1. в стволе мозга

2. в затылочной доле

3. в лобной доле

4. в височной доле

5. в скорлупе

Раздел VI. Заболевания вегетативной нервной системы и нейроэндокринные расстройства

221.Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является

1. передозировка гипотензивных препаратов

2. диабетическая полиневропатия

3. идиопатическая ортостатическая гипотензия

4. заболевания сердца

5. заболевания крови

222.Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической нейропатии

1. миелинопатии

2. нейронопатии

3. аксонопатии

4. Валлеровского перерождения

5. токсическая полинейропатия

223.Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения

1. преганглионарных симпатических нейронов

2. постганглионарных пара- и симпатических нейронов

3. преганглионарных парасимпатических нейронов

4. постганглионарных парасимпатических нейронов

5. блуждающего нерва

224.Для выявления феномена гиперчувствительности при денервации зрачка следует закапать в глаз

1. 1% раствор адреналина

2. 0.1% раствор гентамицина

3. 12.5% раствор пилокарпина

4. 1.25% раствор пилокарпина

5. 0,5% раствор спирта

225.Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении

1. систолического - на 20 мм рт. ст. и более

2. систолического - на 30 мм рт. ст. и более

3. диастолического - на 80 мм рт. ст. и более

4. систолического – на 10 мм рт. ст. и более

5. диастолического – на 30 мм.рт.ст. и более

226.Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, применяются следующие средства

1. дексаметазон

2. флудрокортизон

3. симпатомиметики

4. b-блокаторы

5. диуретики

227.Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

1. тревожные невротические расстройства

2. черепно-мозговая травма

3. поражения гипоталамуса

4. пролапс митрального клапана

5. коллагенозы

228.Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полинейропатий

1. проксимальной симметричной полинейропатии

2. проксимальной асимметричной полинейропатии

3. дистальной полинейропатии

4. множественной мононейропатии

5. тотальной полинейропатии

229.Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

1. b-блокаторы

2. беллатаминал

3. ноотропы

4. трициклические антидепрессанты

5. витамины группы В

230.Наиболее частой причиной синдрома Горнера является

1. поражение ствола мозга

2. поражение спинного мозга

3. поражение первого грудного корешка

4. поражение шейной симпатической цепочки

5. поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии

231.Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

1. тревогой ожидания

2. арахнофобией

3. замкнутым поведением поведением

4. тревожными криками

5. потерей сознания

232.Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями

1. лобной эпилепсией

2. феохромоцитомой

3. гипергликемией

4. нейрогенной гипервентиляцией

5. синдром паркинсона

233.Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

1. значительное повышение артериального давления

2. повышенное потоотделение

3. выраженное чувство страха

4. сердцебиение

5. одышка

234.Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

1. центральной вегетативной недостаточностью

2. ангиотрофалгическими синдромами

3. нейрогенной тетанией

4. кластерной головной болью

5. судорожными синдромами

235.Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

1. рефлекторной симпатической дистрофией

2. мочеспускательными расстройствами

3. психовегетативным синдромом

4. астеноневротическим синдромом

5. судорожным синдромом

236.Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно

1. для гипервентиляционных приступов

2. для вегетативных кризов

3. для парциальных сложных припадков

4. для демонстративных припадков

5. для гипогликемических приступов

237.Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает

1. немедленно

2. через 3 дня

3. через 1-2 недели

4. через 2-3 недели

5. через 1 месяц

238.Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны

1. снижение активности симпатической нервной системы

2. снижение активности парасимпатической нервной системы

3. диффузное повышение активности симпатической нервной системы

4. регионарное повышение активности симпатической нервной системы

5. диффузное повышение активности парасимпатической нервной системы

239.Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны

1. покраснения кожных покровов

2. повышения температуры конечности

3. гипергидроз

4. отек всего тела

5. атрофия мышц конечностей

240.Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является

1. применение адреноблокаторов

2. кортикостероидная терапия

3. блокада регионарных симпатических узлов

4. применение капсаицина

5. иглорефлексотерапия

241.Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен

1. для диабетической полинейропатии

2. для алкогольной полинейропатии

3. для острой перемежающейся порфирии

4. для амилоидной полинейропатии

5. для герпетической ганглиопатии

242.Тазовые расстройства не характерны

1. для рассеянного склероза

2. для оливопонтоцеребеллярной атрофии

3. для болезни Паркинсона

4. для бокового амиотрофического склероза

5. для мультисистемной атрофии

243.Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является

1. нарушение накопления мочи

2. нарушение опорожнения мочевого пузыря

3. императивные позывы

4. периодическое недержание

5. никтурия

244.При нарушении опорожнения мочевого пузыря применяют

1. прием Креде

2. периодическую катетеризацию

3. холиномиметики

4. b-адреноблокаторы

5. a-адреноблокаторы

245.Причиной рефлекторной симпатической дистрофии может являться

1. ожоги мягких тканей

2. травма периферических нервов

3. инфаркт миокарда

4. рассеянный склероз

4. нарушения обмена пуринов

246.Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является

1. синдром Персонейдж - Тернера (невралгическая амиотрофия)

2. синдром Стейнброкера (плечо - кисть)

3. синдром "замороженного плеча"

4. задний шейный симпатический синдром

5. синдром Авеллиса

247.При нейропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны

1. антидепрессанты

2. антиконвульсанты

3. нестероидные противовоспалительные средства

4. симпатолитики

5. адреномиметики

248.При нейропатических болях жгучего характера наиболее эффективны

1. антидепрессанты

2. антиконвульсанты

3. нестероидные противовоспалительные средства

4. симпатолитики

5. транквилизаторы

249.Для уменьшения боли при синдроме рефлекторной симпатической дистрофии применяются

1. антидепрессанты

2. антигистаминные препараты

3. блокаторы калиевых каналов

4. спазмолитики

5. диуретики

250.Признаками синдрома неадекватной (повышенной) секреции АДГ являются

1. гипернатриемия

2. гипонатриемия

3. гиперкальциемия

4. гиперосмолярность крови

5. гипокальциемия

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

1. неврозы

2. травмы

3. опухоли

4. менингиты

5. энцефалиты

252.Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 25-50 лет являются

1. церебральные кровоизлияния

2. травмы

3. опухоли

4. воспалительные заболевания ЦНС

5. энцефалопатия Гайе - Вернике

253.Критерием диагностики гипоталамического синдрома является наличие

1. нейроэндокринных расстройств

2. метаболических расстройств

3. нейромышечных расстройств

4. поведенческих расстройств

5. выделительных расстройств

254.Отличительными признаками церебрального ожирения от идиопатического (экзогенно-конституционального) ожирения являются

1. равномерный характер распределения жировой ткани

2. сумчатый характер распределения жировой ткани

3. гипергонадизм

4. гиперфагическая реакция на стресс

5. отложение жира только на лице

255.Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является

1. синдром верхней апертуры грудной клетки

2. синдром запястного канала

3. шейная радикулопатия

4. спондилогенная цервикальная миелопатия

5. синдром подключичного обкрадывания

256.Патогномоничным признаком гипоталамического синдрома являются

1. вегетативные кризы

2. нарушения терморегуляции

3. мотивационно-поведенческие расстройства

4. нарушения активации на ЭЭГ

5. нейроэндокринных расстройств

257.Птоз при синдроме Горнера уменьшается

1. при повторных движениях глаз

2. при взгляде вверх

3. при закапывании в глаз атропина

4. при закапывании в глаз мезатона

5. при взгляде вниз

258.При нарушении накопления мочи не назначают

1. холинолитики

2. антихолинэстеразные средства

3. миорелаксанты (баклофен)

4. трициклические антидепрессанты

5. транквилизаторы

259.Причиной гиперпролактинемии (персистирующей галактореи-аменореи) может явиться

1. аденома гипофиза

2. травмы головы

3. токсическая энцефалопатия

4. дегенерация рубро-спинального пути

5. ноотропная терапия

260.При сочетании двустороннего птоза со снижением болевой чувствительности и рефлексов на руках в первую очередь следует исключить

1. полиневропатию

2. внутричерепную опухоль

3. миастению

4. интрамедуллярную опухоль шейного отдела

5. боковой амиотрофический склероз

261.Синдром Аргайла Робертсона наблюдается

1. при нейросифилисе

2. при синдроме Паркинсона

3. при нейроспиде

4. при несахарном диабете

5. при ревматизме

262.На ранней стадии синдрома Эйди обычно наблюдается

1. одностороннее расширение зрачка

2. одностороннее сужение зрачка

3. односторонний птоз

4. двустороннее расширение зрачка

5. двустороннее сужение зрачка

263.Причиной синдрома Горнера с феноменом денервационной гиперчувствительности могут явиться все перечисленные заболевания, кроме

1. опухоли основания черепа

2. синдрома Панкоста

3. воспаления кавернозного синуса

4. опухоли орбиты

5. диабетической дистальной полиневропатии

264.Причиной синдрома Горнера без денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания, за исключением

1. верхушечной карциномы легких

2. шейного ребра

3. рака щитовидной железы

4. воспалительных заболеваний орбиты

5. метастазов в лимфатические узлы средостения

265.Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является

1. носоресничная невралгия

2. крылонебная невралгия

3. невралгия большого каменистого нерва

4. пучковые (кластерные) головные боли

5. невралгия тройничного нерва

266.При ботулизме наиболее часто наблюдаются следующие вегетативные симптомы

1. нарушение реакции зрачков на свет

2. нарушение аккомодации

3. гиперсаливация

4. повышение перистальтики кишечника

5. судорожные припадки

267.Гипервентиляционная проба для подтверждения диагноза нейрогенной тетании проводится обычно в течение

1. 30 с

2. 1 мин

3. 2 мин

4. 3 мин

5. 5 мин

268.Критерием положительной гипервентиляционной пробы является

1. возникновение предобморочного состояния

2. появление дрожи

3. появление страха

4. воспроизведение имеющихся у больных симптомов

5. появление положительного симптома Хвостека

269.Для гипервентиляционного синдрома характерны онемение и парестезии

1. в дистальных отделах рук

2. в проксимальныъ отделах ног

3. в перианальной области

4. шейно-затылочной области

5. поясничной области

270.Назовите среднюю суточную дозу трициклических антидепрессантов, оказывающую эффект при вегетативных кризах

1. 12.5-25 мг

2. 25-50 мг

3. 50-100 мг

4. 100-150 мг

5. 150-300 мг

271.Назовите среднюю суточную дозу клоназепама, подавляющую вегетативные кризы

1. 0.5 мг

2. 1 мг

3. 2 мг

4. 6 мг

5. 8 мг

272.Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете характерны все проявления, кроме

1. ортостатической гипотензии

2. артериальной гипертензии в положении лежа

3. ночных поносов

4. запоров

5. повышенной реакции на гипогликемию

273.Для нейрогенной импотенции при сахарном диабете в отличие от психогенной импотенции характерно

1. острое начало

2. снижение либидо

3. отсутствие утренних эрекций

4. преждевременная эякуляция

5. отсутствие эякуляции

274.Нейрогенная остеоартропатия (сустав Шарко) при сахарном диабете наиболее часто возникает

1. в плюснефаланговых суставах

2. в плюснепредплюсневых суставах

3. в голеностопных суставах

4. в коленных суставах

5. в локтевых суставах

275.Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

1. С5-С8

2. Т1-Т8

3. С8-L2

4. L2-S5

5. S5-S7

276.Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

1. С2-С5

2. С6-Т2

3. Т5-Т8

4. Т10-L1

5. S2-S5

277.Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

1. С6-С7

2. С7-С8

3. С8-Т2

4. Т3-Т4

5. Т10-L1

278.В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба

1. Ашнера (глазосердечный рефлекс)

2. клиностатическая

3. ортостатическая

4. шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

5. проба Барре

279.Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается

1. спазм артерий вертебробазилярной системы

2. спазм артерий в системе наружной сонной артерии

3. спазм артерий в системе внутренней сонной артерии

4. дилатация ветвей внутренней сонной артерии

5. дилатация ветвей наружной сонной артерии

280.Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие

1. предвестников

2. двусторонней локализации боли в височной области

3. рвоты на высоте приступа

4. преходящих очаговых неврологических симптомов

5. обильного мочеиспускания в конце приступа

281.Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени

1. классической (офтальмической)

2. ассоциированной

3. простой

4. ретинальной

5. различий в продолжительности приступа нет

282.Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно

1. расходящееся косоглазие

2. сходящееся косоглазие

3. птоз

4. "мерцающие" скотомы

5. нистагм

283.Приступы связанной с месячным циклом "менструальной" мигрени чаще бывают

1. в течение предшествующей менструации недели

2. в первые дни менструации

3. в последние дни менструации

4. сразу после окончания менструации

5. в любой из указанных периодов

284.Пучковая (кластерная) головная боль

1. чаще бывает у детей

2. чаще бывает у женщин

3. приступ обычно ночью

4. приступ обычно днем

5. постоянные приступы

285.При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен

1. аспирин

2. индометацин

3. эрготамин

4. анаприлин

5. резерпин

286.Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе

1. адренокортикотропного гормона

2. гонадотропного гормона

3. соматотропного гормона

4. тиреотропного гормона

5. пролактина

287.Лечение несахарного диабета включает

1. тиреотропные гормоны

2. адиурекрин

3. гормоны коры надпочечников

4. инсулин

5. метформин

288.При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменение паттерна дыхания характеризуется

1. учащением дыхания

2. урежением дыхания

3. увеличением отношения выдох/вдох

4. уменьшением отношения выдох/вдох

5. дыханием Биотта

289.При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменения кислотно-щелочного состояния характеризуются

1. повышением давления углекислоты в альвеолярном воздухе

2. понижением давления углекислоты в альвеолярном воздухе

3. повышением напряжения углекислоты в артериальной крови

4. понижением напряжения кислорода в артериальной крови

5. повышением давления азота в альвеолярном воздухе

290.Электролитный дисбаланс при нейрогенном гипервентиляционном синдроме проявляется

1. гипокалиемией

2. гипокальциемией

3. гипонатриемией

4. гипохлоремией

5. гипомагниемией

291.Субъективными симптомами нейрогенного гипервентиляционного синдрома является ощущение

1. нехватки воздуха

2. болезненного выдоха

3. болезненного вдоха

4. чувство плохого воздуха

5. удушье

292.Нейротрансмиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является

1. ацетилхолин

2. адреналин

3. норадреналин

4. дофамин

5. серотонин

293.Нейротрансмиттером в терминалях симпатических постганглионарных нейронов является

1. адреналин

2. норадреналин

3. ацетилхолин

4. дофамин

5. серотонин

294.Тахикардия в покое (90-100 ударов в минуту) у больных с прогрессирующей вегетативной недостаточностью обусловлена

1. усилением симпатических влияний на сердце

2. ослаблением симпатических влияний на сердце

3. усилением парасимпатических влияний на сердце

4. ослаблением парасимпатических влияний на сердце

5. отсутствием адекватного ответа на физическую нагрузку

295.Эритромелалгия характеризуется болями и отечностью дистальных отделов конечностей, что обусловлено

1. тромбозом периферических артерий

2. тромбозом периферических вен

3. спазмом периферических артерий

4. дилатацией периферических артерий

5. дистальным лимфостазом

296.Для синдрома поражения звездчатого узла характерны

1. жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица

2. нарушения ритма дыхания

3. нарушения трофики ноги и лобковой области

4. судорожным синдромом

5. мелькание звездочек и мушек перед глазами

297.Для заднего шейного симпатического синдрома характерно сочетание

1. односторонней пульсирующей головной боли с кохлеовестибулярными нарушениями

2. головной боли в затылочной области с корешковыми чувствительными расстройствами по ульнарной поверхности руки

3. жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке

4. головной боли в височной области с корешковыми чувствительными расстройствами по радиальной поверхности руки

5. жгучих болей в подключичной области с приступами мышечной слабости в ноге

298.Гемианоптический дефект поля зрения при ауре офтальмической мигрени наступает в результате дисциркуляции в области

1. сетчатой оболочки глаза

2. зрительного тракта

3. лучистого венца

4. коры затылочной доли

5. хиазмы

Раздел VII. Наследственно-дегенеративные болезни нервной системы

299. Предположительный диагноз заболевания при наличии у ребенка 8 лет следующих

симптомов, постепенно нарастающих в динамике: хореатетоз, ригидность мышц,

снижение интеллекта, а также признаки хронического гепатита:

1. подострый склерозирующий панэнцефалит

2. ревматический энцефалит

3. гепато-лентикулярная дегенерация

4. рассеянный склероз

5. детский церабральный паралич

300. Рецессивный тип наследования, связанный с Х-хромосомой (сцепленный с полом), отличается тем, что:

1. соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1

2. заболевают только мужчины

3. заболевают только женщины

4. признаки болезни обязательно находят у матери пробанда

5. одинаково болеют оба пола

301. Больной 19 лет жалуется на слабость в верхних конечностях, атрофию мышц лица. Объективно выявляются крыловидные лопатки, деформация грудной клетки. Сестра отца страдала подобным заболеванием. Ваш предварительный диагноз?

1. миодистрофия Ландузи-Дежерина;

2. миодистрофия Дюшенна;

3. миодистрофия Эмери-Дрейфуса;

4. миодистрофия Лейдена-Мебиуса;

5. миодистрофия Эрба.

302. Больной ребенок 3 лет не может сидеть, с трудом удерживает голову, позвоночник изгибается дугой. Мышечный тонус резко снижен. Для какого заболевания характерны вышеуказанные симптомы?

1. детский церебральный паралич;

2. миодистрофия Дюшенна;

3. миодистрофия Эмери-Дрейфуса;

4. болезнь Кеннеди;

5. болезнь Верднига-Гоффманна.

303. Затрудненное расслабление мышц после их сокращения, крампи, синкинезии, невозможность взять старт характерны для:

1. миопатии

2. миотонии

3. миеломаляции

4. миастении

5. менингита

304. Мужчина 25 лет жалуется на затруднение в начале ходьбы, невозможность расслабить сжатую в кулак кисть, затруднение жевания. Объективно выявляются активная и механическая миотония, общая атрофия мышц. Ваш предварительный диагноз?

1. миотония Томсена;

2. миотоническая дистрофия;

3. болезнь Штрюмпеля;

4. миодистрофия Дюшенна;

5. болезнь Паркинсона.

305. Больной мужчина 27 лет жалуется на слабость в ногах. Объективно: атрофия мышц дистальных отделов конечностей с расстройством болевой чувствительности по полиневротическому типу и снижением сухожильных рефлексов. Подобные симптомы наблюдается у отца. Ваш предварительный диагноз?

1. дистальная миопатия Веландера;

2. наследственная мотосенсорная невропатия;

3. наследственная сенсорная и вегетативная невропатия, тип III;

4. болезнь Паркинсона;

5. миодистрофия Лейдена-Мебиуса;

306. У мальчика 8 лет наблюдается затруднение при ходьбе. Объективно: на фоне общего похудания выявляются увеличенные в объеме икроножные мышцы без нарушение чувстивительности. Интеллект снижен. Ваш предварительный диагноз?

1. детский церебральный паралич;

2. миотонияТомсена;

3. болезнь Штрюмпеля;

4. миодистрофия Дюшенна;

5. болезнь Паркинсона.

307. Изменение походки по типу "утиная походка" встречается при следующих заболеваниях, кроме:

1. миодисирофия Дюшенна

2. спинальная атрофия Кугельберга-Веландера

3. синдром Туретта

4. миодистрофия Беккера

5. миодистрофия Лейдена-Мебиуса

308. Приступ пароксизмальной миоплегии при гипокалиемической форме болезни Вестфаля- Шахновича чаще возникает:

1. после тяжелой физической нагрузки

2. после злоупотребление уксусом

3. после положительной эмоции

4. во время дневного сна или под вечер

5. во время умственной работы

309. Больная С, 20 лет, жалуется на насильственные движения в конечностях, нарушение речи. По данным лабораторных исследований в крови наблюдается повышение содержание меди и снижение церулоплазмина. Для какого заболевания характерны указанные симптомы?

1. болезнь Вильсона- Коновалова;

2. болезнь Кеннеди;

3. миодистрофияДюшенна;

4. болезнь Паркинсона;

5. миодистрофия Лейдена-Мебиуса;

310. Какой тип наследования характерен для гепатолентикулярной дегенерации?

1. митохондральный (материнское наследование) тип наследования;

2. аутосомно-доминантный тип наследования;

3. аутосомно-рецессивный тип наследования;

4. рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой тип наследования;

5. Y- сцепленный тип наследования.

311. Наследственные заболевания, в лечении которых применяется патогенетическая терапия:

1. миодистрофия Дюшенна

2. гепатоцеребральная дистрофия

3. хорея Гентингтона

4. атаксия Фридрейха

5. торсионная дистония

312. Для гепатоцеребральной дистрофии характерны следующие гиперкинезы, кроме:

1. дрожательный

2. хореоатетоз

3. гемибализм

4. торсионная дистония

5. тики

313. Гепатоцеребральная дистрофия - это наследственное заболевание, обусловленное:

1. нарушением обмена фенилаланина

2. нарушением обмена незаменимой кислоты, гистидина

3. дефицитом белкового вещества - церулоплазмина

4. нарушением обмена молочной кислоты

5. нарушение обмена дофамина

314. При лечении больных с гиперкинетической формой хореи Гентингтона целесообразно использовать:

1. наком;

2. юмекс;

3. мадопар;

4. галоперидол;

5. L-дофа.

315.Какой тип течения характерен для хореи Гентингтона?

1. острый;

2. подострый;

3. рецидивирующий;

4. хронический;

5. прогрессирующий.

316. Нарушение, какого вида обмена приводит к развитию болезни Паркинсона?

1. липидного;

2. катехоламинов;

3. белкового;

4. углеводного;

5. минерального.

317. Какие отделы нервной системыпреимущественно поражаются при болезни Паркинсона?

1. кора головного мозга;

2. пирамидная система;

3. подкорковые образования;

4. спинной мозг;

5. периферические нервы.

318. При паркинсонизме нарушения движений носят нижеследующий характер, кроме:

1. феномен «зубчатого колеса»;

2. атетоз пальцев рук;

3. пропульсии;

4. маскообразное лицо;

5. шаркающей походки.

319. Снижение сухожильных рефлексов характерно для следующих наследственных заболеваний, кроме:

1. прогрессирующие мышечные дистрофии

2. спинальные атрофии

3. болезнь Штрюмпеля

4. болезнь Фридрейха

5. миодистрофия Беккера

320. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является:

1. преобладание слабости над спастичностью

2. преобладание спастичного мышечного тонуса над парезами

3. преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными

4. сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц

5. сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

321. Дегенеративные заболевания с преимущественным нарушением интеллектуально-мнестических функций, кроме:

1. болезнь Бинсвангера

2. болезнь Альцгеймера

3. болезнь Крейнцфельда-Якоба

4. болезнь Пика

5. болезнь Штрюмпеля

322. К клиническим формам рассеянного склероза относятся все перечисленные, кроме:

1. церебральная;

2. глазная;

3. акинетико-ригидная;

4. мозжечковая;

5. спинальная

323. Какой симптом не характерен для обострения рассеянного склероза?

1. параличи конечностей;

2. нарушения чувствительности;

3. акинетико-ригидный синдром;

4. оптический неврит;

5. парез лицевого нерва.

324. Какие структуры головного и спинного мозга не поражаются при рассеянном склерозе?

1. ядра черепных нервов;

2. перивентрикулярное белое вещество;

3. ножки мозжечка;

4. белое вещество спинного мозга;

5. мозолистое тело.

325. Диагностика рассеянного склероза основывается на ниже перечисленных симптомах, кроме:

1. повторных эпизодов клонико-тонических припадков;

2. неврологической картины многоочагового поражения ЦНС;

3. повторных случаев ретробульбарного неврита зрительных нервов;

4. прогрессирующей дисфункции мочевого пузыря;

5. триада Шарко.

326.Системно-дегенеративное прогрессирующее заболевание нервной системы с поражением боковых столбов спинного мозга ипередних рогов называется:

1. рассеянный склероз.

2. сирингомиелия.

3. боковой амиотрофический склероз.

4. полиомиелит.

5. детский церебральный паралич

327. При боковом амиотрофическом склерозе повреждаются нейроны:

1. чувствительные;

2. двигательные;

3. вегетативные;

4. симпатические;

5. парасимпатические.

328. Поражение нервной системы при наследственных нарушениях обмена у детей:

преимущественно связано

1. с нарушением мозгового кровообращения

2. с эндокринными нарушениями

3. с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена

4. с гипоксией нейрона

5. с изменением клеточной проницаемости

329. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

1. папулезной сыпи

2. телеангиэктазий

3. "кофейных" пятен

4. витилиго

5. розеолезной сыпи

330. К наследственны дегенерациям с преимущественным поражением базальных ганглиев относится, кроме:

1. болезнь Паркинсона

2. болезнь Реклингхаузена

3. хорея Гентингтона

4. гепатоцеребральная дистрофия

5. торсионная дистония

331. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений:

1. половых хромосом

2. аутосом

3. обмена аминокислот

4. обмена витаминов

5. обмена углеводов

332. Холинергический криз при передозировке прозерина не сопровождается:

1. мидриазом;

2. гиперсаливацией;

3. усилением перистальтики;

4. миофибрилляциями, тремором;

5. бронхоспазм

333. При миастении поражаются:

1. клетки передних рогов;

2. нервно-мышечные синапсы;

3. чувствительные ганглии;

4. пограничный симпатический ствол;

5. парасимпатические ганглии.

334. Выберите симптомы не характерные для миастении:

1. слабость диафрагмы и межрёберных мышц;

2. дисфагия, дисфония;

3. слабость глазодвигательных мышц;

4. мышечная слабость;

5. свисающие кисти и стопы.

335. Диагноз гепатоцеребральной дистрофии подтверждается следующими признаками, кроме:

1. наличием кольца Кайзер-Флейшера

2. снижением уровня церулоплазмина в крови

3. увеличением содержания меди в моче

4. уменьшением содержания меди в моче

5. повышение концентрации свободной меди в сыворотке.

336. Какие из ниже перечисленных симптомов не характерно для болезни Фридрейха :

1. танцующая походка

2. нарушение глубокой чувствительности

3. исчезновение сухожильных рефлексов

4. изменение почерка

5. неуверенность при ходьбе.

337. Больной 12 лет жалуется на утомляемость и тугоподвижность ног. Объективно: мышечный тонус, сухожильные рефлексы на ногах повышены, выявляются патологические стопные знаки, клонусы. Такие симптомы наблюдается у мамы. Ваш предварительный диагноз?

1. прогрессирующие мышечные дистрофии

2. спинальные атрофии

3. болезнь Штрюмпеля

4. болезнь Фридрейха

5. миодистрофия Беккера

338. Какие из ниже перечисленных симптомов не характерно для миотонической дистрофии Россолимо-Крушманна- Штейнерта-Баттена

1. миотонические спазмы мышц

2. длительное сокращение мышечного пучка в ответ на механический удар

3. нарастание птоза к вечеру

4. атрофия мимических мышц

5. угрюмо-печальное выражение лица.

339. Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением

массы мышц:

1. при амиотрофии Шарко - Мари - Тута

2. при гипертрофической невропатии Дежерина - Сотта

3. при мышечной дистрофии Эрба

4. при мышечной дистрофии Беккера - Киннера

5. при амиотрофииКугельберга–Веландера

340."Утиная походка", "лицо сфинкса", "губы тапира", вставание "лесенкой", псевдогипертрофии характерны для:

1. миастении

2. амиотрофии

3. миопатии

4. инсульта

5. миотонии

341. Преимущественная локализация мышечных атрофий в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей характерна для:

1. спинальной атрофии Кугельберга-Веландера

2. пароксизмальной миоплегии

3. миотонииТомсена

4. невральнойамиотрофии Шарко-Мари,

5. миастении

342. Повышение сухожильных рефлексов характерно для наследственного заболевания:

1. прогрессирующие мышечные дистрофии

2. спинальные амиотрофии

3. наследственные спастические параплегии

4. болезнь Фридрейха

5. наследственные невропатии

343. Рецессивный тип наследования, связанный с Х-хромосомой (сцепленный с полом),

отличается тем, что:

1. соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1

2. заболевают только мужчины

3. заболевают только женщины

4. признаки болезни обязательно находят у матери пробанда

5. одинаково болеют и мужчины и женщины

344.Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением

1. сетчатой оболочки

2. зрительного нерва

3. первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле

4. лучистого венца Грациоле в затылочной доле

5. коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

345.При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют

1. нестероидные противовоспалительные средства

2. анаболические стероидные препараты

3. синтетические глюкокортикоиды

4. эстрогенные стероидные препараты

5. метотрексат

346.При обострении рассеянного склероза (Т-лимфопения, В-лимфоцитоз) предпочтительнее назначить

1. глюкокортикоидные препараты

2. цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)

3. стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)

4. комплексное лечение указанными средствами

5. антибактериальные препараты

347. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих препаратов

1. аминалон

2. фенибут

3. баклофен

4. пантогам

5. диазепам

348.Признаком дефицита клеточного иммунитета при обострении рассеянного склероза является

1. Т-лимфопения и В-лимфоцитоз

2. увеличение числа Т-киллеров

3. увеличение базофилов

4. увеличение эозинофилов

5. увеличение числа Т-хелперов

349.При боковом амиотрофическом склерозе поражаются все перечисленные образования, кроме

1. нейронов передних рогов серого вещества спинного мозга

2. нейронов боковых рогов серого вещества спинного мозга

3. пирамидных проводников в боковых канатиках

4. ядер двигательных черепных нервов

5. нейронов коры передней центральной извилины

Раздел VIII. Травмы и опухоли нервной системы

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

1. длительным коматозным состоянием с момента травмы

2. развитием комы после «светлого» периода

3. отсутствием потери сознания

4. кратковременной потерей сознания

5. кратковременной потерей сознания с ретроградной амне­зией

351. Краниографические признаки острой травмы черепа харак­теризуются

1. «пальцевыми вдавлениями»

2. усиленным сосудистым рисунком

3. увеличением глубины турецкого седла

4. остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца

5. наличием линии перелома на черепе

352. Наиболее ранним признаком регенерации аксона при трав­ме периферического нерва является

1. появление парестезии в зоне иннервации поврежденного нерва

2. появление стойкого болевого синдрома в дистальных учас­тках зоны, иннервируемой поврежденным нервом

3. регресс трофических расстройств

4. регресс болевого синдрома в дистальных отделах повреж­денной конечности

5. появление движений в паретичных мышцах

353. К открытой черепно-мозговой травме относится травма:

1. с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апо­невроза

2. с повреждением апоневроза

3. с переломом костей свода черепа

4. с переломом костей основания черепа без ликвореи

5. с развитием эпидуральной гематомы

354. Наиболее информативным инструментальным методом диагностики субдуральной гематомы является

1. компьютерная томография

2. ангиография

3. эхоэнцефалография

4. магнитно-резонансная томография

5. электроэнцефалография

355. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограм­ме характеризуется зоной

1. гомогенного повышения плотности

2. гомогенного понижения плотности

3. неоднородного повышения плотности

4. отека мозга

5. множественными зонами пониженной плотности

356. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается:

1. эпилептический синдром

2. неврозоподобный синдром

3. гипоталамический синдром

4. гидроцефальный синдром

5. церебрастенический синдром

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

1. подостро

2. после "светлого" промежутка

3. волнообразно

4. остро

5. начальный период асимптомен

358. При переломе основания черепа у детей часто возникает:

1. эпидуральная гематома

2. субарахноидальное кровоизлияние

3. субапоневротическая гематома

4. гемипарез

5. ликворрея

359.Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

1. ушиб головного мозга легкой степени тяжести

2. сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы

3. сотрясение головного мозга тяжелой степени

4. сдавление головного мозга на фоне его ушиба

5. ушиб головного мозга средней степени тяжести

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

1. длительным коматозным состоянием с момента травмы

2. развитием комы после "светлого" периода

3. отсутствием потери сознания

4. кратковременной потерей сознания

5. сопором

361.К открытой черепно-мозговой травме относится травма

1. с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза

2. с повреждением апоневроза

3. с переломом костей свода черепа

4. с переломом костей основания черепа без ликвореи

5. эпидуральной гематомой

362.Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме

1. легкой открытой

2. легкой закрытой

3. открытой средней тяжести

4. закрытой средней тяжести

5. тяжелой закрытой

363.Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

1. распирающего характера

2. распирающего характера в затылочной части

3. пульсирующего характера по всей голове

4. сдавливающего характера в лобно-теменной области

5. сжимающего характера

364.Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует

1. о подкожной гематоме

2. об ушибе мозга

3. о переломе костей черепа

4. о менингите травматическом

5. о сдавление сосудов

365.Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности

1. амнезии

2. расстройства жизненно важных функций

3. низкого давления

4. приема препаратов

5. полученной травмы

366.Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются

1. расширение зрачка на стороне гематомы

2. расширение зрачка на противоположной стороне

3. гемипарез на стороне гематомы

4. тетрапарез

5. монопарез одной конечности

367.Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

1. при компьютерной томографии

2. при краниографии

3. при электроэнцефалографии

4. УЗДГ сосудов головного мозга

5. иследование глазного дна

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

1. сотрясение мозга

2. субарахноидальное кровоизлияние

3. ушиб мозга

4. внутричерепная гематома

5. сдавление мозга

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

1. плавающего взора

2. горметонического синдрома

3. гиперкатаболического типа вегетативных функций

4. нарушения сознания

5. двусторонних пирамидных стопных знаков

370.Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

1. при люмбальной пункции

2. при ангиографии

3. при краниографии

4. при ЭЭГ

5. при ЭХО-ЭГ

371.Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

1. гомогенного повышения плотности

2. гомогенного понижения плотности

3. неоднородного повышения плотности

4. отека мозга

5. неоднородного понижения плотности

372.Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация

1. тета-волн в отведении с ограниченного участка

2. дельта-волн во всех полушарных отведениях

3. тета-волн в симметричных участках обоих полушарий

4. альфа-волн во всех полушарных отведениях

5. достоверных признаков не существует

.

373.Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено

1. асимметричной гидроцефалией

2. сдавлением коры моторной области

3. ущемлением ствола в затылочном отверстии

4. сдавлением ножки мозга

5. поражением постцентральной извилины

374.Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

1. "пальцевыми вдавлениями"

2. усиленным сосудистым рисунком

3. увеличением глубины турецкого седла

4. остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца

5. наличием линии перелома на рисунке

375.Для опухоли премоторной области лобной доли характерны

1. гемипарез с преобладанием в ноге

2. моторная афазия

3. адверсивные эпилептические припадки

4. атрофия зрительного нерва на стороне опухоли

5. слуховые галлюцинации

376.Проникающей называют черепно-мозговую травму

1. при ушибленной ране мягких тканей

2. при повреждении апоневроза

3. при переломе костей свода черепа

4. при повреждении твердой мозговой оболочки

5. при раздробление костей черепа

377.Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является

1. введение в вену кардиотонических средств

2. введение в вену антигипертензивных средств

3. освобождение дыхательных путей от инородных тел

4. начало обезболивающей терапии

5. введение антибиотиков в вену

378.Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы не является

1. отек мозга

2. компрессия мозга

3. дислокация мозга

4. нарушение гематоэнцефалического барьера

5. перелом костей черепа

379.Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия

1. 5% раствора глюкозы

2. 4% раствора бикарбоната натрия

3. раствора поляризующей смеси

4. йодно-солевого раствора

5. 10% раствор натрия хлорида

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

1. кардиотонических средств

2. симпатомиметиков

3. низкомолекулярных декстранов

4. b-адренергических блокаторов

5. осмотических диуретиков

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

1. церебральная гипоксия

2. реакция на свет

3. поражение костных структур

4. кровотечение

5. потеря сознания

382.Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют

1. осмотические диуретики

2. нестероидные противовоспалительные препараты

3. антиконвульсанты

4. антигистаминные препараты

5. петлевые диуретики

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

1. гидрокортизон

2. преднизолон

3. дексаметазон

4. кортизон

5. фуросемид

384.Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразнее назначить

1. адреналин

2. норадреналин

3. метазон

4. дофамин

5. эфедрин

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

1. ингибиторы МАО

2. трициклические антидепрессанты

3. бензодиазепиновые препараты

4. барбитураты

5. опиаты

386.Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга

1. между собой

2. с надпаутинным пространством

3. с оболочечными кистами

4. с внутримозговыми сосудами

5. с синусами головного мозга

387.Гиперактивацию симпатоадреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют

1. нейролептиками

2. антидепрессантами

3. антиконвульсантами

4. нестероидными противовоспалительными препаратами

5. гипотензивными препаратами

388.Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует назначать

1. маннитол

2. реополиглюкин

3. полиглюкин

4. альбумин

5. 5%-ный раствор глюкозы

389.Для коррекции дефицита антидиуретического гормона в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы назначают

1. инсуффляции адиурекрина

2. водный раствор йода

3. водную суспензию вазопрессина

4. диуретики

5. стероидные гормоны

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

1. L-допа

2. карбамазепин

3. циклодол

4. финлепсин

5. диазепам

391.Для угнетения гиперактивации вестибуло-вегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают

1. анаприлин

2. беллатаминал

3. метоклопрамид

5. дексаметазон

5. цитиколин

392.Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации

1. в поясничном отделе

2. в шейном отделе

3. в области конского хвоста

4. в грудном отделе

5. в крестцовом отделе

393.Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания

1. 5% раствора глюкозы

2. 0.75% раствора хлористого кальция

3. физ раствора

4. дексаметазон

5. магнезий сульфата

394.Причиной внутричерепной гипотензии после черепно-мозговой травмы может быть

1. повышения продукции спинномозговой жидкости

2. усиление всасывания спинномозговой жидкости

3. отек головного мозга

4. нарушение целостности черепа

5. посттравматический менингит

395.Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают

1. гипотензивные средства

2. осмотические диуретики

3. 40% раствор глюкозы

4. дексаметазон

5. анальгетики

396.Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать

1. белок

2. цитоз

3. сахар

4. натрий

5. хлориды

397.Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести рентгенографию или компьютерную томографию головы после введения нерастворимого контраста

1. в вену

2. эндолюмбально

3. в желудочки мозга

4. в центральную вену

5. в сонную артерию

398.Посттравматическая вестибулопатия может быть результатом

1. сосудистой недостаточности

2. понижения внутричерепного давления

3. нарушения нейродинамики в стволовых структурах

4. эпидуральным кровоизлиянием

5. нарушения оттока ликвора

399.При посттравматической вестибулопатии

1. снижаются вестибуло-вегетативные реакции

2. исчезают вестибуло-вегетативные реакции

3. снижается окуловестибулярная реакция

4. усиливается окуловестибулярная реакция

5. изчезает окуловестибулярная реакция

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

1. магнитно-резонансной томографии

2. компьютерной томографии

3. латеральной функциональной рентгенографии

4. нисходящей контрастной миелографии

5. люмбальной пункцией

401.Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

1. при ангиоретикулемах

2. при глиомах

3. при менингиомах

4. при невриномах

5. при эпендимомах

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

1. головная боль, снижение памяти, дезориентированность

2. головная боль, снижение зрения, атаксия

3. нарушение походки, недержание мочи, деменция

4. головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия

5. дизартрия, дисфония, дисфагия

403.Для лечения посттравматической энцефалопатии с нарушением высших корковых функций применяют

1. стероидные гормоны

2. антидепрессанты

3. антиконвульсанты

4. опиаты

5. ноотропы

404.Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять

1. спустя 3 дня после травмы

2. спустя неделю после травмы

3. в резидуальном периоде

4. в любые сроки

5. нельзя применять

405.Если острая проникающая черепно-мозговая травма протекает с повышением температуры, необходимо исключить

1. эпидуральное кровоизлияние

2. гнойный менингит

3. внутрибольничную инфекцию

4. скрытую инфекцию

5. опухоли головного мозга

406.Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических симптомокомплексов

1. более стабильным течением

2. преобладанием депрессивного симптомокомплекса

3. преобладанием ипохондрического симптомокомплекса

4. большей резистентностью к лечению психотропными средствами

5. принципиальных отличий не существует

407.Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжелой черепно-мозговой травмы являются

1. рубцово-спаечные изменения в оболочках

2. постинфекционные кисты

3. разрастание аксонов в пораженных травмой участках

4. некротизация тканей головного мозга

5. абцессы головного мозга

408.Наиболее часто патогенетическим фактором эпилептиформного синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы является нестабильное состояние

1. паренхиматозной кисты

2. оболочечной кисты

3. коллагенового оболочечно-мозгового рубца

4. сосудистой кисты

5. нарушенной психики

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

1. лобной доли

2. теменной доли

3. центральных извилин

4. извилины Гешля

5. височной доли

410.Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется первичногенерализованными судорогами при патологических очагах

1. в лобной доле

2. в затылочной доле

3. в височной доле

4. стволе головного мозга

5. в островке

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

1. наличие внутричерепной гипертензии

2. общемозговая симптоматика

3. эпилептиформный симптомокомплекс

4. менингеальный синдром

5. в равной мере все перечисленное

412.Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко - Крамера характерны

1. боли в глазных яблоках

2. водобоязнь

3. кохлеовестибулярные расстройства

3. судорожные припадки

4. вегетативные расстройства

413.Наиболее ранним проявлением гематомиелии травматического происхождения является наличие

1. расстройств глубокой чувствительности

2. синдрома Броун - Секара

3. двигательных проводниковых нарушений

4. диссоциированных расстройств чувствительности

5. расстройства движения ниже поражения

414.Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента при позвоночно-спинальной травме возникает вследствие

1. компрессии позвонков

2. повреждения фиброзных колец межпозвонковых дисков

3. повреждения желтых связок

4. повреждения мышц позвоночника

5. выраженного болевого синдрома

415.При коммоции нервного ствола проводимость по нерву полностью восстанавливается не позднее

1. 3 дней

2. 3 недель

3. 3 месяцев

4. 1 года

5. 3 лет

416.При ушибе нервного ствола

1. не сохраняется анатомическая целостность нерва

2. происходит полный перерыв нервного ствола

3. происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей

4. происходит неполный перерыв нервного ствола

5. происходит гибель нейронов и нервных волокон

417.Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются

1. глиомы

2. гемангиомы

3. невриномы

4. менингиомы

5. астроцитомы

418.Для сочетанного травматического повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв, характерно

1. отечность и гиперемия дистальных отделов конечности

2. отечность проксимальных отделов конечности

3. понижение кожной температуры конечности

4. повышение кожной температуры конечности

5. фибриллярные подергивания

419.Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при ушибе

1. лучевого нерва

2. локтевого нерва

3. большеберцового нерва

4. малоберцового нерва

5. седалищного нерва

420.При травматическом параличе Дюшенна - Эрба страдает функция мышц

1. трапециведной и трехглавой плеча

2. двуглавой и внутренней плечевой

3. сгибателей кисти

4. разгибателей кисти

5. мышц нижней конечности

421.При травматическом параличе Дежерина - Клюмпке нарушается чувствительность

1. на наружной поверхности предплечья

2. на задней поверхности кисти

3. на внутренней поверхности плеча

4. на наружной поверхности кисти

5. на кончиках пальца

422.Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет

1. 0.1 мм в сутки

2. 1 мм в сутки

3. 10 мм в сутки

4. 1 мм в 10 дней

5. 10 мм в 10 дней

423.Наиболее ранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является

1. появление парестезий в зоне иннервации поврежденного нерва

2. появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом

3. регресс трофических расстройств

4. регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности

5. регресс болевого синдрома в проксимальных отделах поврежденной конечности

424.Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны

1. паралич Дюшенна - Эрба

2. гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц

3. паралич Дежерина -Клюмпке

4. гипотрофия круглого пронатора

5. гипотрофия мышц предплечья

425.Для неполного травматического перерыва нервного ствола характерны

1. сочетание симптомов выпадения с симптомами раздражения в чувствительной сфере

2. сосудистые расстройства вне зоне иннервации

3. умеренной болевой синдром

4. вегетативно-трофические расстройства вне зоне иннервации

5. судорожные подёргивания мышц

426.Для травматического разрыва лучевого нерва в верхней трети плеча характерен паралич

1. разгибателей предплечья

2. сгибателей кисти

3. трапециевидной мышцы

4. дельтовидной мышцы

5. мышц плеча

427.Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерны

1. паралич разгибателей предплечья

2. выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча

3. паралич разгибателей кисти

4. нарушение чувствительности на внутренней поверхности плеча

5. выпадения рефлекса с двухглавой мышцы плеча

428.Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне предплечья характерны

1. паралич разгибателей предплечья

2. паралич разгибателей кисти

3. паралич разгибателей плеча

4. атрофия межкостной мышцы кисти

5. паралич дельтовидной мышцы

429.Для травматического разрыва локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно

1. нарушение сгибания кисти

2. нарушение сгибания концевых фаланг 4-го и 5-го пальцев кисти

3. анестезия в зоне 5-го пальца кисти

4. гипертрофия межкостных мышц кисти

5. паралич дельтовидной мышцы

430.Для травматического разрыва срединного нерва в средней трети предплечья характерны

1. нарушение пронации кисти

2. нарушение сгибания кисти

3. нарушение суставно-мышечного чувства в концевой фаланге 5-го пальца

4. атрофия мышц возвышения большого пальца

5. атрофия мышц 4-5 пальцев

431.Для травматического разрыва бедренного нерва ниже пупартовой связки характерны

1. паралич сгибателей голени

2. выпадение коленного рефлекса

3. атрофия четырехглавой мышцы бедра

4. выпадения температурной чувствительности в промежности

5. выпадения болевой чувствительности в промежности

432.Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны

1. гипестезия на передней поверхности бедра

2. паралич разгибателей бедра

3. паралич сгибателей голени

4. атрофия икроножной мышцы

5. выпадения болевой чувствительности в промежности

433.Для травматического ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны

1. парез разгибателей бедра

2. выпадение ахиллова рефлекса

3. выпадение коленного рефлекса

4. паралич пальцев рук

5. парез сгибателей бедра

434.Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны

1. боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения

2. парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва

3. вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва

4. трофические нарушение кожи и костей

5. повышение рефлексов в зоне поражения

435.Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва, применяют

1. антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики

2. блокады парасимпатических ганглиев

3. тепловые согревающие процедуры

4. ноотропы

5. витамины группы В

436.Характерными признаками каузалгии являются

1. интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва

2. гипалгезия и парестезии в зоне иннервации травмированного нерва

3. нестерпимая боль при давлении на нервный ствол

4. умеренная боль в зоне поражения

5. жгучие боли в зоне поражения

437.При каузалгии неэффективным методом физиотерапии является

1. УВЧ на область локализации боли и сегментарно

2. СМТ на область проекции симпатических узлов

3. электрофорез новокаина на область повреждения

4. грязевые аппликации невысокой температуры (37-С)

5. массаж пораженной зоны

438.Основным признаком фантомного болевого синдрома является

1. гипестезия в культе конечности

2. ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности

3. отечность, цианоз культи конечности

4. судороги при усиления болей

5. жгучие боли в культе конечности

Раздел IX. Неотложные состояния в неврологии

439.Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного с поражением головного мозга

1. диагностирован инфаркт миокарда

2. появились признаки поражения ствола

3. бессознательное состояние

4. лучевая болезнь

5. горная болезнь

440.Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется

1. усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен

2. нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку

3. усилением корешковых болей при сгибании головы к груди

4. нарастанием неврологической симптоматики после пункции

5. понижением неврологической симптоматики после пункции

441.Решающее значение в диагностике менингита имеет

1. острое начало заболевания с повышением температуры

2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом

3. изменения спинномозговой жидкости

4. присоединение инфекционно-токсического шока

5. постепенное начало менингеального синдрома

442.Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более

1. 10 с

2. 1 мин

3. 3 мин

4. 5 мин

5. 10 мин и более

443.Компьютерная томография выявляет зону гиподенситивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через

1. 1 ч

2. 2 ч

3. 4 ч

4. 6 ч и более

5. сразу после инсульта

444.Для коматозного состояния не характерно

1. снижение сухожильных рефлексов

2. двусторонний симптом Бабинского

3. угнетение брюшных рефлексов

4. угнетение зрачковых реакций

5. целенаправленные защитные реакции

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

1. ангиографию

2. реоэнцефалографию

3. компьютерную томографию

4. транскраниальную допплерографию

5. ЭХО-ЭГ

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

1. повышение вязкости крови

2. повышение активности свертывающей системы

3. ухудшение реологических свойств крови

4. снижение системного перфузионного давления

5. повышение агрегации форменных элементов крови

447.Решающее влияние на прогноз больных с преходящим нарушением мозгового кровообращения оказывает

1. адекватный уровень артериального давления

2. состояние вязкости и текучести крови

3. состояние свертывающей системы крови

4. сохранная проходимость приводящих артерий

5. продолжительность эпизодов преходящей ишемии

448.К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит

1. снижение артериального давления и замедление кровотока

2. повышение вязкости и агрегации

3. повышение коагуляционной активности крови

4. повышение фибринолитической активности крови

4. повышение количество лейкоцитов в крови

449.Чтобы купировать мышечные проявления нейрогенного гипервентиляционного синдрома, назначают

1. прозерин

2. глюконат или хлорид кальция

3. хлорид натрия

4. хлорид калия

5. хлорид меди

450.Мышечно-тонические пароксизмы сопровождают следующие формы вегетативных кризов

1. симпатоадреналовый

2. вагоинсулярный

3. смешанный (вагосимпатический)

4. криз при гипервентиляционном синдроме

5. нейрогенный обморок

451.Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате

1. нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге

2. спазма сосудов пораженного участка мозга

3. спазма сосудов неповрежденных отделов мозга

4. расширения "здоровых" сосудов неповрежденных отделов мозга

5. раскрытия артериовенозных анастомозов

452.Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие

1. гипокоагуляции

2. гиперкоагуляции

3. внутрисосудистой агрегации форменных элементов

4. блокады микроциркуляции

5. увеличение факторов свертывания крови

453.Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно

1. наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак

2. наличие симптомов предвестников

3. постепенное формирование очаговой симптоматики

4. малая выраженность общемозговой симптоматики

5. отсутствие смещения М-эха

454.Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты

1. противосудорожные и противорвотные

2. дегидратирующие и глюкокортикоиды

3. антихолинергические и антихолинэстеразные

4. транквилизаторы и антидепрессанты

5. антигистаминные и анальгетики

455.Для инсульта, развивающегося по механизму сосудистой мозговой недостаточности, не характерно наличие

1. высокого артериального давления

2. низкого артериального давления

3. ортостатических эпизодов в анамнезе

4. острой сердечной недостаточности

5. низкого ОЦК

456.Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты

1. эрготамина

2. анальгетики

3. антигистаминовые

4. антисеротониновые

5. противосудорожные

457.Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие

1. анурии

2. сердечной недостаточности

3. артериального давления ниже 120/60 мм рт. ст.

4. артериального давления выше 200/100 мм рт. ст.

5. гематокрита 42%

458.Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

1. молодого возраста больного

2. продолжительности закупорки менее 6 часов

3. отсутствия анурии

4. геморрагического синдрома

5. артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

459.Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

1. ревматизма

2. артериального давления выше 200/100 мм рт. ст.

3. заболеваний печени

4. язвенной болезни желудка

5. тромбоцитопатии

460.Для мигренозного статуса не характерны

1. серия тяжелых, следующих друг за другом приступов

2. повторная многократная рвота

3. тоникоклонические судороги

4. повышение внутричерепного давления

5. признаки раздражения оболочек мозга

461.Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является

1. хлористый кальций

2. эпсилонаминокапроновая кислота

3. гепарин с протромбином

4. гепарин с замороженной плазмой

5. викасол

462.При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновая кислота и др.) не показано, поскольку

1. высок риск повышения артериального давления

2. возможно значительное повышение внутричерепного давления

3. кровоизлияние уже завершилось

4. возможно усиление менингеального синдрома

5. возможно усиление цефалгического синдрома

463.Для гипертонического кровоизлияния в мозг не характерно наличие

1. сдавления и разрушения вещества мозга излившейся кровью

2. вазопареза в области кровоизлияния

3. смещения ствола головного мозга

4. закупорки артерий основания мозга

5. отека вещества мозга

464.При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является

1. утрата сознания

2. кровянистый ликвор

3. смещение срединного эхо-сигнала

4. контралатеральный гемипарез

5. потеря сознания

465.При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным

1. поражение черепно-мозговых нервов

2. менингеальный синдром

3. зрачковые расстройства

4. двусторонние пирамидные симптомы

5. сердечно-сосудистые расстройства

466.При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие

1. утраты сознания

2. сенсетивной атаксии

3. глазодвигательных расстройств

4. головокружения

5. гемипареза

467.Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерен

1. для тромботического инфаркта

2. для нетромботического инфаркта

3. для геморрагического инфаркта

4. для кровоизлияния в мозг

5. инфекционно-токсического шока

468.Горметонией называют состояние, при котором наблюдается

1. генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания

2. повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей

3. повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей

4. повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей

5. понижение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей

469.Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

1. утрата сознания

2. зрачковые расстройства

3. нистагм

4. менингеальный синдром

5. двусторонние пирамидные патологические знаки

470.Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать

1. мочевину

2. стероиды

3. маннитол

4. лазикс

5. ноотропы

471.Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать

1. при утрате сознания

2. при застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов

3. при артериальном давлении выше 200/100 мм рт. ст.

4. при менингеальном синдроме

5. при гемипарезах

472.При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять

1. анальгетики

2. антифибринолитики

3. дегидратирующие препараты

4. спазмолитики

5. антигипертензивные средства

473.Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, не назначают

1. седуксен

2. аминазин

3. гексенал

4. галоперидол

5. прозерин

474.Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар является

1. утрата сознания

2. рвота

3. психомоторное возбуждение

4. инфаркт миокарда

5. отек легкого

475.При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня

1. хлористый кальций и викасол

2. фибринолизин

3. эпсилонаминокапроновую кислоту

4. гепарин

5. аминокапроновую кислоту

476.Для разрыва аневризмы конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме

1. утраты сознания

2. головной боли

3. очаговых неврологических симптомов

4. менингеального синдрома

5. наличие крови в ликворе

477.При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит

1. истечение крови в цистерны основания мозга

2. развитие менингеального синдрома

3. развитие асимметричной гидроцефалии

4. развитие внутримозговой гематомы

5. утрата зрения и глазодвигательные расстройства

478.Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

1. ангиографии

2. реоэнцефалографии

3. ультразвуковой допплерографии

4. компьютерной томографии

5. радиоизотопной сцинтиграфии

479.Для клинических проявлений тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерным является

1. наличие общемозговых симптомов

2. отек дисков зрительных нервов

3. изменчивость очаговых полушарных симптомов

4. менингеальный синдром

5. субфебрилитет

480.Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием

1. общемозговых симптомов

2. признаков застоя на глазном дне

3. признаков поражения ствола головного мозга

4. менингеального синдрома

5. очагового синдрома

481.Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают

1. a-токоферол и рутин

2. фибринолизин

3. эпсилонаминокапроновую кислоту

4. гепарин и замороженную плазму

5. калликреин-депо

482.Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью

1. коррекции лактацидоза

2. коррекции гиперкоагуляции

3. коррекции гиперагрегации

4. торможения активации перекисного окисления липидов

5. торможения активации антифибринолитической системы

483.Для лечения нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного артериального давления не следует применять

1. b-адренергические блокаторы

2. антикоагулянты

3. антиагреганты

4. препараты ксантинового ряда

5. диуретики

484.Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны

1. синдром внутричерепной гипертензии

2. вялый парез рук и спастический парез ног

3. синдром паралитического ишиаса

4. недержание мочи

5. недержание кала

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

1. стафилококкового менингита

2. пневмококкового менингита

3. менингита, вызванного вирусом Коксаки

4. менингококкового менингита

5. лимфоцитарного хориоменингита

486.Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяются

1. оксолин

2. идоксуридин

3. метисазон

4. ацикловир

5. аденозин-арабинозид

487.Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко - Крамера характерны

1. боли на лице

2. светобоязнь

3. кохлеовестибулярные расстройства

4. динамическая атаксия

5. расстройства чувствительности на стороне поражения

488.Наиболее эффективным при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является

1. бензилпенициллин

2. клиндамицин

3. эритромицин

4. гентамицин

5. пенициллин

489.Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

1. лихорадки

2. менингеального синдрома

3. гипертензионного синдрома

4. нарушения сознания

5. светобоязни

490.При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять

1. цефалексин (цепорекс)

2. клиндамицин (далацин)

3. эритромицин (эритран)

4. цефотаксим (клафоран)

5. доксициклин (видоксин)

491.Для лечения менингококкового менингита следует выбрать

1. клиндамицин

2. тетрациклин

3. эритромицин

4. канамицин

5. левомицетин

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

1. пневмококком

2. вирусом паротита

3. клебсиеллой

4. палочкой Афанасьева - Пфейффера

5. стрептококком

493.Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном

1. палочкой Афанасьева - Пфейффера

2. стафилококком

3. пневмококком

4. лептоспирами

5. трепонемами

494.Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является

1. кровотечение из уха

2. ликворея из уха

3. кровянистый ликвор

4. сильные головные боли

5. нарушения сознания

495.Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено

1. асимметричной гидроцефалией

2. сдавлением моторной области коры

3. ущемлением ствола в затылочном отверстии

4. придавливанием ножки мозга к мозжечковому намету

5. поражением коры затылочной области

496.Для острого очагового поперечного миелита на нижнегрудном уровне не характерно наличие

1. нижней параплегии

2. проводникового типа нарушения чувствительности

3. нарушений функций тазовых органов

4. блокады субарахноидального пространства

5. трофические расстройства нижней конечностей

497При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют

1. нестероидные противовоспалительные средства

2. анаболические стероидные препараты

3. синтетические глюкокортикоиды

4. эстрогенные стероидные препараты

5. эстрогенные нестероидные препараты

498.Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием

1. судорог мышц

2. фасцикулярных подергиваний

3. вялых параличей

4. вялых парезов

5. тики

499.Для холинергического криза не характерно наличие

1. мидриаза

2. гиперсаливации

3. усиления перистальтики кишечника

4. миофибрилляций

5. постепенное развитие общей слабости

500.Подозрение на объемный процесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками

1. нарастающей внутричерепной гипертензии

2. резким началом головных болей

3. менингеальными симптомами

4. вегето-сосудистыми нарушениями

5. наличием крови в ликворе