**Тестовые вопросы для ординаторов-неврологов 2 курс. 2022г.**

 1 Для ранней младенческой эпилептической  энцефалопатии (синдром Отахары) патогномоничным паттерном на ЭЭГ является:

1. спайк волнами
2. острыми волнами
3. .комплексом «острая – медленная» волна
4. «вспышка-подавление»
5. все ответы неправильные

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

1. поясничном отделе
2. шейном отделе
3. области конского хвоста
4. грудном отделе
5. шейном и грудном отделе

 3. Расторможенно-эйфорический синдром, неопрятность - наблюдаются при опухолях:

1. мозолистого тела
2. полюса лобной доли
3. нижней теменной дольки
4. лобно-базальной локализации
5. премоторной зоны

 4. Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе:

1. адренокортикотропного гормона
2. гонадотропного гормона
3. соматотропного гормона
4. тиреотропного гормона
5. пролактина.

 5. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе чаще:

1. с 1-го дня заболевания
2. с 3-го дня заболевания
3. с 10-14й день заболевания
4. с 4-й недели заболевания
5. с 5-й недели заболевания

 6 Из глазодвигательной группы черепно-мозговых нервов при полинейропатии Гийена-Баре чаще остальных вовлекается:

1. глазодвигательный нерв
2. отводящий нерв
3. блоковой нерв
4. с одинаковой частотой блоковой и глазодвигательный
5. с одинаковой частотой блоковой и отводящий

 7. Больной, 25 лет. Обратился к невропатологу в поликлинику. Жалуется на сильные жгучие боли в области правого запястья, чувство онемения и покалывания на ладони. Боли усиливаются в ночное время, также при постукивании в область запястья. Из анамнеза: травмы отрицает. Работает около 16 часов в день за компьютером. Предварительно, врач ставит диагноз «Тунельный синдром». Какой метод исследования необходимо назначить данному больному с целью уточнения диагноза?

1. Электроэнцефалография
2. Электрокардиография
3. Электронейромиография
4. Ультразвуковая допплерография
5. Ультразвуковое исследование

 8 . Больная 27лет, обратилась в поликлинику к неврологу. После травмы  левого плеча жалуется на боли и слабость в левой руке, кисть левой руки свисает, не может разогнуть ее. Во время принятия душа, не чувствует температуру воды больной рукой. После травмы прошло 5 дней. Какое обследование назначите для уточнения диагноза данной больной?

1. Электроэнцефалография
2. Электронейромиография
3. Магнитно - резонансная томография
4. Эхоэнцефалоскопия
5. Компьютерная томография

 9. При дифтерийной полинейропатии характерна:

1. синдром Корсакова
2. синдром Гланцманна - Заланда
3. синдром Бувере
4. синдром Раймона
5. синдром Клиппеля

10 Сдавлением какого нерва характеризуется синдром запястного канала

1. срединного
2. локтевого
3. лучевого
4. локтевого и лучевого
5. срединного и локтевого

11.Юноша 18 лет, обратился в поликлинику к неврологу. При неврологическом обследовании в военно-врачебной комиссии,   было  выявлено отсутствие коленного рефлекса. Предположите, поражение, какого нерва, вызвало эту патологию?

1. Седалишного
2. Большеберцового
3. Малоберцового
4. Бедренного
5. Запирательного

 12.Больная 36 лет, обратилась в поликлинику к неврологу.  Жалобы на невозможность подошвенного сгибания стопы и пальцев, подниматься и ходить на носках («пяточная» стопа). Поражение, какого нерва вызвало эту симптоматику?

1. Бедренного
2. Большеберцового
3. Седалищного
4. Малоберцового
5. Запирательного

13.Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения периферического нерва:

1. гипотрофия мышц
2. патологические рефлексы
3. защитные рефлексы
4. клонусы
5. гиперрефлексия

14.К поверхностным рефлексам относятся

1. коньюктивальный
2. коленный
3. ахиллов
4. карпо-радиальный
5. Жуковского

15.Повышение мышечного тонуса по спастическому типу возникает при

1. периферическом параличе
2. центральном параличе
3. поражении мозжечка
4. поражении паллидума
5. поражении стриатума

16..Больной 37 лет, обратился в поликлинику к неврологу. На фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задней  поверхности ноги, от ягодицы до колена. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Боли не уменьшились и он обратился за помощью к врачу семейной практики.  Какой синдромальный диагноз наиболее вероятен?

1. Люмбоишиалгия
2. Люмбаго
3. Люмбалгия
4. Радикулопатия
5. Дорсалгия

17..Больной 41год. Поступил в неврологическое отделение, с жалобами на слабость в левой руке и ноге, боль в области шеи, онемение пальцев правой руки. Из анамнеза: во время работы длительное время находился в вынужденном положении, внезапно развилась острая боль в шейном отделе позвоночника, затем появилась слабость в ногах, онемение в правых конечностях. Объективно: Левосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия по проводниковому типу с уровня С4. Глубокая чувствительность не нарушена. Отмечается задержка мочи. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

* 1. Острое нарушение мозгового кровообращения
	2. Острое нарушение спинального кровообращения
	3. Острый шейный радикулит
	4. Цервикоторакалгия
	5. Цервикотораколюмбалгия

 18.Больной 75 лет, поступил в отделение неврологии с жалобами на пульсирующие диффузные головные боли, ощущение тяжести, шума в голове, головокружения, снижение памяти на текущие события, быструю утомляемость, периодическое повышение артериального давления. Из анамнеза: страдает гипертонической болезнью, дислипидемией, сахарным диабетом 2 типа. В неврологическом статусе имеет место рассеянная мелкоочаговая симтоматика. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз у данного больного?

1. Ишемический инсульт
2. Рассеянный склероз
3. Миастенический синдром
4. Дисциркуляторная энцефалопатия
5. Церебральный арахноидит

19.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

20 Раздражение двигательной проекционной области коры вызывает

1. монопарезы
2. диплегии
3. тетраплегии
4. судорожные припадки
5. моноплегии

21.Признакам центрального паралича относятся

1. повышение нормальных рефлексов
2. снижение нормальных рефлексов
3. понижение мышечного тонуса
4. «разболтанность» суставов
5. фасцикулярные подергивания

22.Больная 67 лет, обратилась к невропатологу в поликлинику с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышенную утомляемость, снижение памяти, раздражительность, нарушение сна, повышение артериального давления.  Из анамнеза: вышеописанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет. Объективно выявляется «рассеянная» неврологическая симптоматика в виде асимметрии сухожильных рефлексов D>S, горизонтального нистагма, интенционного тремора. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз у данного больного?

1. Транзиторная ишемическая атака
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Дисциркуляторная энцефалопатия
4. Пароксизмальная миоплегия
5. Истерический невроз

23.Женщина 56 лет. Доставлена в ангионеврологическое отделение с жалобой на слабость и онемение в правой руке и правой ноге, которое появилось утром после пробуждения. В течение нескольких часов слабость в них нарастала, и активные движения полностью исчезли. Одновременно развивалось нарушение речи: слова окружающих понимает хорошо, а сама ничего сказать не может. Объективно: сознание ясное, АД 105/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин., опущен правый угол рта, язык отклоняется вправо, гемипарез справа, сухожильные рефлексы с правых конечностей высокие, патологические кистевые и стопные знаки справа, гемианестезия, афазия. Какой клинический диагноз наиболее вероятен?

1. Геморрагический инсульт
2. Ишемический инсульт
3. Транзиторная ишемическая атака
4. Гипертонический церебральный криз
5. Дисциркуляторная энцефалопатия

24.Женщина 56 лет. Доставлена в ангионеврологическое отделение с жалобой на слабость и онемение в правой руке и правой ноге, которое появилось утром после пробуждения. В течение нескольких часов слабость в них нарастала, и активные движения полностью исчезли. Одновременно развивалось нарушение речи: слова окружающих понимает хорошо, а сама ничего сказать не может. Объективно: сознание ясное, АД 105/60 мм рт.ст., пульс 78 ударов в мин., опущен правый угол рта, язык отклоняется вправо, гемипарез справа, сухожильные рефлексы с правых конечностей высокие, патологические кистевые и стопные знаки справа, гемианестезия, афазия. В каком сосудистом бассейне произошло нарушение мозгового кровообращения?

1. В передней мозговой артерии справа
2. В средней мозговой артерии слева
3. В средней мозговой артерии справа
4. В задней мозговой артерии слева
5. В базилярной артерии

25. признакам центрального паралича относятся

1. снижение нормальных рефлексов
2. повышение мышечного тонуса
3. понижение мышечного тонуса
4. «разболтанность» суставов
5. фасцикулярныепоодергивания

26 К признакам периферического паралича относятся

1. повышение нормальных рефлексов
2. повышение мышечного тонуса
3. наличие патологических рефлексов
4. снижение мышечного тонуса
5. синкинезии

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

1. мозжечковая
2. сенситивная
3. вестибулярная
4. корковая
5. лобная

28. 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

29.Мужчине 72 года, обратилася с жалобой на слабость в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. В анамнезе отмечаются приступы мерцательной аритмии. Объективно: сознание ясное, артериальное давление – 140/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-109 в минуту, ритм неправильный, менингеальных симптомов нет, сглажена правая носогубная складка, положительная проба Барре в правой руке и ноге, гиперрефлексия справа, гемигипестезия справа, стопный симптом Бабинского справа. Вечером этого же дня на фоне интенсивной терапии симптомы регрессировали. Наиболее вероятный  клинический диагноз?

1. Ишемический инсульт
2. Гипертонический церебральный криз
3. Геморрагический инсульт
4. Транзиторная ишемическая атака
5. Дисциркуляторная энцефалопатия

30.Мужчина 55 лет, утром появилась слабость в левых конечностях, чувство онемения, АД 180/100 мм рт. ст. В анамнезе ГБ III степени. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптом Бабинского слева, гемигипестезия слева. На магнитно - резонансной томографии на 4-ые сутки после заболевания в правой теменно-височной области в базальных ганглиях определяется зона с сигналом повышенной и пониженной интенсивности сигнала на Т1 и Т2-взвешенных изображениях соответственно, размером <15 мм. Какой подтип ишемического инсульта наиболее вероятен?

1. Кардиоэмболический
2. Атеротромботический
3. Гемодинамический
4. Лакунарный
5. Гемореологический

31. Признаком фантомного болевого синдрома является:

1. гипестезия в культе конечности
2. ощущение боли в несуществующей части удалённой конечности
3. отёчность, цианоз культи конечности
4. центральный парез
5. анестезия в конечностях

32. Диссоциированные расстройства чувствительности по сегментарному типу при сирингомиелии характеризуются:

1. выпадением глубокой и сохранением болевой
2. выпадением болевой при сохранении температурной
3. сохранением болевой при выпадении температурной
4. выпадением болевой и температурной при сохранении глубокой
5. выпадением поверхностной и глубокой

33.Женщина 52 года доставлена в инсультное отделение с жалобами на слабость в правых конечностях, которые возникли рано утром. В анамнезе инфаркт миокарда, мерцательная аритмия. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. В настоящий момент при обследовании: сознание ясное, АД – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный; менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, гемипарез, гемигипестезия справа. В каком из сосудистых бассейнов вероятнее всего произошло нарушение мозгового кровообращения?

1. Средней мозговой артерии справа
2. Передней мозговой артерии справа
3. Базиллярной артерии
4. Задней мозговой артерии слева
5. Средней мозговой артерии слева

34.Мужчина  42 года, работая на даче почувствовала сильнейшую головную боль и потерял сознание. При осмотре в стационаре в неврологическом статусе: выраженные менингеальные и общемозговые симптомы, психомоторное возбуждение. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. При люмбальной пункции ликвор вытекает частыми каплями, эритрохромный, белок – 0,68 г/л.  Наиболее вероятный клинический диагноз?

1. Лептоменингит
2. Ишемический инсульт
3. Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние
4. Субарахноидальное кровоизлияние
5. Транзиторная ишемическая атака

35 . Укажите, для какого заболевания характерны следующие показатели ликвора: содержание белка-0,64г/л, 150 лейкоцитов с преобладанием нейтрофилов в 1мкл, давление 200 мм водного столба, ксантрохромный. Для какого из заболевания соответствуют показатели ликвора?

1. Ранней стадия мозжечкового вклинения
2. Менингита
3. Субарахноидального кровоизлияния
4. Карциноматоза мозговых оболочек
5. Субтенториального объемного образования

 36 Раздражение двигательной проекционной зоны области коры вызывает:

1. выпадением глубокой и сохранением болевой
2. выпадением болевой при сохранении температурной
3. сохранением болевой при выпадении температурной
4. эпилептические моторные судорожные припадки
5. эпилептические судорожные припадки чувствительные

37. При поражении пирамидных волокон во внутренней капсуле возникает:

1. поза Вернике-Манна
2. поза «манекена»
3. поза Штрюмпеля
4. поза «генерала»
5. поза «короля»

38 При поражении зрительного бугра (thalami optiсi)возникает:

1. гемиплегия, гемианестезия,гемианопсия
2. гемианестезия, гемиатаксия, гемиплегия
3. гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия
4. гемианопсия, гемиплегия
5. гемиплегия, гемианестезия, гемиатаксия

39. Больная К. 56 лет, была доставлена машиной СМП в отделение неврологии. Из анамнеза болезни: с утра жаловалась на головную боль, тяжесть в голове, позже к вечеру стала беспокоена, появилась рвота, полчаса назад потеряла сознание. Анамнез жизни: 10 лет, страдает гипертонической болезнью, гипотензивные лекарства принимает нерегулярно. В течение дня много физически работала. Объективно: без сознания; гиперемия лица, дыхание хрипящее, зрачки на свет не реагируют, АД 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 58 ударов в мин., симптом «паруса» справа, гипертонус справа, симптомБабинского справа, ригидность мышц затылка. Какой клинический диагноз можно предположить?

1. Ишемический инсульт
2. Транзиторная ишемическая атака
3. Геморрагический инсульт
4. Гипертонический церебральный криз
5. Дисциркуляторная энцефалопатия

 40. Мужчина 42 года, грузчик.  Во время работы внезапно почувствовал сильную боль в голове, шум в ушах, появилась рвота, потерял сознание. Объективно: сознание отсутствует, АД 190/110 мм рт. ст., ЧСС – 52 ударов в мин., температура 38 С, стопный Бабинского с 2-х сторон, ротация стоп к наружи, на болевые раздражения не реагирует, выражена ригидность мышц затылка, периодически наблюдаются горметонические судороги. Ликвор: вытекает со скоростью 100 капель в минуту, эритрохромный. Укажите какой клинической форме геморрагического инсульта соответствует данная картина?

1. Субарахноидальному кровоизлиянию
2. Вентрикулярному кровоизлиянию
3. Паренхиаматозно – субрахноидальному
4. Паренхиамтозному кровоизлиянию
5. Кровоизлиянию в мозжечок

41.Учительница  50 лет, доставлена  в отделение неврологии  с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови. При КТ головного мозга отмечается распространение крови в субарахноидальном пространстве. Какой диагноз у данной пациентки?

1. Ишемический инсульт
2. Транзиторная ишемическая атаксия
3. Геморрагический инсульт
4. Ушиб головного мозга
5. Диффузно-аксональное повреждение мозга

42 Шейная часть спинного мозга состоит из:

1. 8 сегментов
2. 12 сегментов
3. 5 сегментов
4. 6 сегментов
5. 7сегментов

43 Какие из перечисленных симптомов  характерны для поражения спинного мозга в шейном утолщении (С5-D2):

1. одышка, икота
2. периферический паралич рук
3. периферический паралич ног
4. нарушение функции тазовых органов по периферическому типу
5. утрата глубокой чувствительности при сохранности поверхностной

44 Какие из перечисленных симптомов  характерны для поражения спинного мозга в шейном утолщении (С5-D2):

1. одышка, икота
2. периферический паралич  одной руки
3. периферический паралич ног
4. нарушение функции тазовых органов по центральному типу
5. утрата глубокой чувствительности при сохранности поверхностной

45 Какие из перечисленных симптомов  характерны для поражения спинного мозга в поясничном утолщении (L1-S2):

1. одышка, икота
2. периферический паралич рук
3. центральный паралич ног
4. периферический паралич ног
5. утрата глубокой чувствительности при сохранности поверхностной

46 Симптомы, характерные для поражения conus medullaris:

1. одышка, икота
2. периферический паралич рук
3. центральный паралич ног
4. истинное недержание мочи
5. утрата глубокой чувствительности при сохранности поверхностной

47. Функцией XI пары черепно-мозгового нерва является:

1. поворот головы в свою сторону
2. поворот головы в противоположную сторону, пожимание плечами
3. наклон головы назад, вперед и в свою сторону
4. поворот головы только назад
5. никакую функцию не выполняет

48. Врач был вызван на дом к мужчине 77 лет, который почувствовал  слабость в правых конечностях, умеренно выраженную головную боль и утратил способность говорить. При неврологическом осмотре выявлен правосторонний гемипарез с преимущественным поражением руки, моторная афазия и правосторонняя гемигипестезия. Пульсация сонной артерии слева ослаблена. За последние 2 месяца пациент кратковременно трижды терял речь и, вместе с тем, возникала слабость в правой руке, но раньше эти симптомы проходили в течение получаса. Эффективность терапевтических мероприятий при ишемическом инсульте во времени снижается:

1. в первые 30 минут с момента возникновения инсульта;
2. в первый час с момента возникновения инсульта;
3. через 4-6 часов;
4. через 12 часов;
5. 24 часа.

 49.У больного 70 лет, длительно страдающего гипертонической болезнью на фоне повышения артериального давления до 220/120мм.рт.ст. резко развились сильные головные боли, тошнота, неоднократная рвота. Далее больной потерял сознание. При исследовании невростатуса очаговых, менингеальных симптомов обнаружено не было. Сознание нарушено до глубокого оглушения. По данным МРТ головного мозга данных за инсульт нет. Каков предварительный диагноз?

1. Транзиторная ишемическая атака
2. Малый инсульт
3. Лакунарный инсульт
4. Гипертонический церебральный криз
5. Отек головного мозга

50. У больного 70 лет, длительно страдающего гипертонической болезнью на фоне повышения артериального давления до 220/120мм.рт.ст.,  резко развились сильные головные боли, тошнота, неоднократная рвота. Далее больной потерял сознание. При исследовании невростатуса очаговых, менингеальных симптомов обнаружено не было. Сознание нарушено до глубокого оглушения. По данным МРТ головного мозга данных за инсульт нет. Какова дальнейшая тактика лечения?

1. Воздержаться от гипотензивной терапии
2. Снижение АД на 15% от исходного уровня
3. Введение седативных препаратов
4. Снижение АД на 30% от исходного уровня
5. Снижение АД на 40% от исходного уровня

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

1. латерально
2. медиально
3. вентрально
4. дорсально
5. вентролатерально

52 При альтернирующем синдроме Мийяра - Гюблера очаг на­ходится

1. в основании ножки мозга
2. в заднебоковом отделе продолговатого мозга
3. в области красного ядра
4. в основании нижней части моста мозга
5. в гипоталамусе

53. Слуховая агнозия наступает при поражении

1. теменной доли
2. лобной доли
3. затылочной доли
4. височной доли
5. гипоталамуса

54. Пациентка, 82 лет, поступила в отделение ангионеврологии. Из анамнеза перенесла 3 года назад инфаркт миокарда. Внезапно утром нарушилась речь, не смогла ответить на вопросы окружающих. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 66 уд/мин, аритмичный. В неврологическом статусе: сознание ясное, однако словесный контакт затруднен. Обращенную речь не понимает, выполняет лишь простейшие задания. Глубокие рефлексы Д> S. Какую патологию должен заподозрить врач?

1. Ишемический инсульт
2. Геморрагический инсульт
3. Разрыв аневризма
4. Новообразование головного мозга
5. Абсцесс головного мозга

 55. Женщина 53 года на даче почувствовала сильнейшую головную боль и потеряла сознание. Бригадой неотложной помощи была доставлена в неврологическое отделение.  В неврологическом статусе: выраженные менингеальные и общемозговые симптомы,  психомоторное возбуждение. Во время люмбальной пункции в ликворе была обнаружена кровь. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. У больной, вероятнее всего?

1. лептоменингит
2. ишемический инсульт
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние
5. приступ остройинтермиттирующейпорфирии

56. Больная 54 года, поступила в отделение неврологии.  Два дня назад внезапно «перекосило» лицо, появилось онемение и слабость в правых конечностях. Страдает тромбофлебитом левой голени. В течение 2—3 часов развился их паралич, перестала говорить, однако понимание речи сохранилось. Моторная афазия. Опущен правый угол рта, язык уклоняется вправо. Движения правых конечностей отсутствуют. Сухожильные и надкостничный рефлексы справа выше, чем слева, брюшные—справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Анализ крови: протромбиновый индекс 1,2, АЧТВ 15 секунд. РКТ головного мозга: зона пониженного сигнала в правой лобной доле.  Ваш  диагноз?

1. Геморрагический атеротромботический инсульт
2. Ишемический жировоэмболический  инсульт
3. Ишемический атеротромботический инсульт
4. Геморрагический гипертеннзионный инсульт
5. Транзиторная ишемическая атака

57.Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов

1. лицевого и отводящего
2. лицевого и глазодвигательного
3. языкоглоточного нерва и блуждающего
4. подъязычного и добавочного
5. добавочного и блокового

58. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов

1. языкоглоточного, блуждающего, добавочного
2. блуждающего, добавочного, подъязычного
3. добавочного, языкоглоточного, подъязычного
4. блуждающего, лицевого, тройничного
5. блуждающего, глазодвигательного, отводящего

59..Конструктивная апраксия возникает при поражении

1. лобной доли доминантного полушария
2. лобной доли недоминантного полушария
3. теменной доли доминантного полушария?
4. теменной доли недоминантного полушария
5. затылочных долей

60.Сенсорная афазия возникает при поражении

1. верхней височной извилины
2. средней височной извилины
3. верхнетеменной дольки
4. нижней теменной дольки
5. гипоталамуса

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

1. коснуться пальцем кончика носа;
2. осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук;
3. стоя, отклониться назад;
4. сесть из положения лёжа на спине со скрещенными на груди руками;
5. стоя, наклониться вперед.

62..Диссоцированное расстройство чувствительности возникает при поражении:

1. периферического нерва;
2. чувствительного ганглия;
3. заднего корешка;
4. заднего рога;
5. переднего рога.

63. .Гемианестезия в сочетании с гемиплегией характерна для поражения:

1. собственных ядер Голля и Бурдаха;
2. спино-таламического пути в верхне-шейных отделах спинного мозга;
3. пучков Голля и Бурдаха на уровне грудных сегментов спинного мозга;
4. внутренней капсулы;
5. задней центральной извилины.

64..Клиническая картина синдрома Клода-Бернара-Горнера включает в себя:

1. расходящееся косоглазие, мидриаз, птоз;
2. сходящееся косоглазие;
3. сужение глазной щели, миоз, энофтальм;
4. ротаторный нистагм, анизокория;
5. вертикальный парез взора, нистагм.

65. Мужчина 42 года, доставлен в клинику в бессознательном состоянии с улицы. При осмотре: состояние тяжелое, кома. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон. Глазные яблоки периодически совершают плавательные движения. Активные движения в левых конечностях отсутствуют. Левая стопа ротирована кнаружи. Ликвор красный, равномерно окрашенный, белок — 0,66 г/л, Панди «++». На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности. Какому типу геморрагического инсульта соответствуют данные КТ?

1. Кровоизлиянию в мозжечок
2. Паренхиматозно-вентрикулярному
3. Субарахноидальному кровоизлиянию
4. Паренхиматозному кровоизлиянию
5. Кровоизлияние в ствол мозга

 66. При неврологическом осмотре больной предъявляет жалобы на то, что не может произнести название предметов, но может рассказать об их функциональном предназначении. Какой симптом, вероятно, имеет место у данного больного?

1. Семантическая афазия
2. Амнестическая афазия
3. Идеаторная апраксия
4. Сенсорная афазия
5. Моторная афазия

 67. При исследовании неврологического статуса у больного обнаружено нарушение речи в виде трудности подбора слов, нечеткого выговаривания. При этом больной понимает обращенную речь и команды выполняет. Клинических признаков атактического, бульбарного и псевдобульбарного синдрома не обнаружено. Какой симптом вероятно имеет место у данного больного?

1. Семантическая афазия
2. Амнестическая афазия
3. Идеаторная апраксия
4. Сенсорная афазия
5. Моторная афазия

68.Истинное недержание мочи возникает:

1. при поражении парацентральной дольки;
2. при поражении таламуса;
3. при поражении пирамидного пути с одной стороны;
4. при поражении пирамидного пути с двух сторон;
5. при поражении спинального тазового центра.

69.Для периферического паралича характерно:

1. клонусы;
2. высокий мышечный тонус, высокие сухожильные рефлексы;
3. поза Вернике-Манна;
4. атония, арефлексия, атрофия;
5. синкинезии, защитные рефлексы.

70. Больная 24 года доставлена в приемное отделение неврологии. С детства страдает эпилепсией. Последние 2 года отмечает учащение эпилептических припадков. 12 часов назад появились тонико-клонические припадки, которые постепенно учащались, была госпитализирована. При поступлении: тонико-клонические припадки длительностью до 40-60 секунд повторяются каждые 4-5 минут, между приступами прояснения сознания не наблюдается. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Корнеальные рефлексы вялые, мышечная атония, арефлексия. Цианоз кожных покровов, дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены, пульс до 140 в минуту, аритмичный, АД 80/50 мм.рт. ст.  между припадками больная не приходит в сознание. Какой наиболее вероятный диагноз?

* 1. Нейрогенный шок
	2. Холинергический криз
	3. Вегетативный криз
	4. Эпилептический статус
	5. Миастенический криз

 71.  Мужчина  47 лет по линии экстренной  медицинской помощи   доставлен   в отделение нейротравматологии  после получения черепно-мозговой травмы в бессознательном состоянии. В момент осмотра выявлена анизокория справа, брадикардия. Какой метод обследования необходим в данном случае?

1. Компьютерная томография
2. Электоэнцефалография
3. Спондилография
4. Миелография
5. Люмбальная пункция

72.Для центрального паралича характерно:

1. атрофии мышц, низкие рефлексы, низкий тонус;
2. гиперкинезы;
3. атаксия;
4. спастичность, высокие рефлексы;
5. миоклония.

73.Центральным нейроном для кортико-спинального пути является:

1. красное ядро;
2. ядро шатра;
3. пирамидные клетки передней центральной извилины;
4. двигательные ядра ствола головного мозга;
5. двигательные клетки передних рогов спинного мозга.

74..Миелиновая оболочка нервного волокна определяет:

1. длину аксона и точность проведения
2. скорость проведения нервного импульса
3. в. длину аксона
4. г. принадлежность к чувствительным проводникам
5. д. принадлежность к двигательным проводникам

75. Солдат 19 лет, пришел в сознание в медицинской  части после взрыва гранаты. Придя в себя, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Невростатус: в сознании, легкая ригидность затылочных мышц, опущен левый угол рта, девиация языка влево. Сила в левой руке снижена. Сухожильные рефлексы оживлены слева. Симптом Бабинского слева. Локально: из слухового прохода кровянистое отделяемое. Какой метод исследования нужно назначить больному для уточнения диагноза?

* 1. Нейросонография
	2. Реоэнцефалография
	3. Спондилография
	4. Компютераная томография
	5. Элекроэнцефалография

76.Женщина 70 лет, утром после пробуждения отметила у себя в левых конечностях чувство онемения, АД 170/100 мм рт. ст. В анамнезе гипертоническая болезнь III степени. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактна. Общемозговой и менингеалъной симптоматики нет. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптом Бабинскогослева, гемигипестезия слева. Какой метод обследования в первые часы целесообразнее провести для визуализации головного мозга?

1. Ангиография сосудов
2. Ультразвуковаядоплерография сосудов шеи
3. Магнитно-резонансную томографию
4. Компьютерную томографию
5. Люмбальная пункция

77. Женщина 52 года доставлена в инсультное отделение с жалобами на двоение и слабость в правых конечностях, которые возникли рано утром. В анамнезе инфаркт миокарда, мерцательная аритмия. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. В настоящий момент при обследовании: сознание кома I ст., АД – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный, менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, гемипарез справа, на болевые раздражения не реагирует. Какой из перечисленных групп препаратов следует применить для борьбы с отеком мозга?

1. Вазоактивные
2. Бронхолитики
3. Осмотический диуретик
4. Гипотензивные
5. Антиагреганты

78. Нейроглия выполняет:

1. опорную и трофическую функцию
2. опорную и секреторную функцию
3. трофическую и энергетическую функцию
4. только секреторную функцию
5. только опорную функцию

79. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании:

1. покровных костей черепа
2. венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
3. сосудистых сплетений
4. отверстий в основании черепа
5. черепных швов

80 Периферическим нейроном для кортико-спинального пути является:

1. клетки задних рогов спинного мозга;
2. клетки боковых рогов спинного мозга;
3. клетки передних рогов спинного мозга;
4. паравертебральная цепочка;
5. превертебральный ганглий.

81. Поражение стриарной системы характеризуется:

а. атаксией

1. появлением гиперкинезов
2. гемипарезом
3. синдромом паркинсонизма
4. эпилептическими припадками

82. Поражение паллидарной системы характеризуется:

1. позой Вернике-Манна;
2. появлением синдрома паркинсонизма;
3. атаксией;
4. появлением гиперкинезов;
5. нарушением чувствительности.

83. Пути Говерса и Флексига проводят импульс:

1. болевой;
2. температурной;
3. тактильной;
4. осознанное суставно-мышечное чувство;
5. неосознанное суставно-мышечное чувство.

84. Клиническая картина поражения глазодвигательного нерва:

1. амавроз;
2. птоз, миоз, энофтальм;
3. птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие;
4. двоение при взгляде вниз;
5. вертикальный нистагм, расстройство зрачковых реакций, сходящиеся косоглазие.

85. Джексоновский припадок появляется:

1. при раздражении пирамидных клеток передней центральной извилины;
2. при раздражении звёздчатых клеток задней центральной извилины;
3. при разрушении комиссуральных связей;
4. при разрушении ассоциативных связей;
5. при наличии очага в области височной доли.

86. Вегетативной структурой спинного мозга является:

1. передние рога;
2. боковые рога;
3. задние рога;
4. задние столбы;
5. передняя спайка.

87. Диафрагмальный центр расположен на уровне:

1. С2-С4;
2. С2-С3;
3. Тh1;
4. Th4;
5. L5.

88 Центральные тазовые нарушения возникают при поражении:

1. задних столбов спинного мозга;
2. тазового центра;
3. пирамидного пути с одной стороны;
4. двухстороннее поражение пирамидного пути;
5. двухстороннее поражение спиноталамических трактов.

89. При поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения возникает следующая неврологическая симптоматика:

1. центральный тетрапарез;
2. вялый тетрапарез;
3. вялый парез рук и центральный ног;
4. нижний вялый парапарез;
5. верхний центральный парапарез.

90. При поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения возникает следующая неврологическая симптоматика:

1. центральный тетрапарез;
2. вялый тетрапарез;
3. вялый парез рук и центральный ног;
4. нижний вялый парапарез;
5. нижний центральный парапарез.

91. Подкрыльцовый нерв иннервирует:

1. двуглавую мышцу плеча;
2. разгибатели предплечия;
3. дельтовидную мышцу;
4. четырехглавую мышце бедра;
5. все перечисленное.

92. Поясничное сплетение образуют передние ветви спинномозговых нервов:

1. L1 – S2;
2. L4 – L5;
3. T11 – L5;
4. L1 – L4;
5. S3-S5.

93 Альтернирующий синдром Вебера характеризуется вовлечением в патологический процесс:

1. глазодвигательного нерва;
2. отводящего нерва;
3. блокового нерва;
4. лицевого нерва;
5. блуждающего нерва.

94. Альтернирующий синдром Мийар-Гюблера характеризуется вовлечением в патологический процесс нервов:

1. лицевого;
2. лицевого и подъязычного;
3. глазодвигательного и отводящего;
4. подъязычного;
5. зрительного нерва.

95. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатической нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга:

1. L4 – L5;
2. L5 – S1;
3. L1 – S3;
4. S3 – S5;
5. C1-C4.

96. Когда наблюдается афония?

1. при неврите лицевого нерва.
2. при неврите возвратного нерва.
3. при неврите тройничного нерва.
4. опухоль мосто-мозжечкого угла
5. при невриноме слухового нерва

97. К какому виду гиперкинезов относятся насильственные штопорообразные движения туловища:

1. торсионная дистония;
2. хорея;
3. миоклония;
4. писчий спазм;
5. тики.

98. Нарушение содружественных движений различных мышечных групп, в силу чего движения становятся несогласованными, называются:

1. атаксия;
2. паралич;
3. парез;
4. асинергия;
5. акинезия.

99. Патологический рефлекс Бабинского является признаком поражения:

1. спино-таламического пути;
2. пирамидного пути;
3. рубро-спинального пути;
4. спино-церебеллярных путей;
5. все перечиленное правильно.

100. Тремор рук покоя обычно развивается при поражении:

1. зрительного бугра;
2. хвостатого ядра;
3. чёрной субстанции;
4. спинного мозга;
5. внутренней капсулы.

101. При поражении какой доли мозга развиваются расстройства психики в виде эйфории, апатико-абулического синдрома, неопрятности:

1. лобной;
2. височной;
3. теменной;
4. затылочной;
5. лимбической системы.

102. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:

1. верхней прямой;
2. наружной прямой;
3. нижней прямой;
4. нижней косой;
5. все ответы неправильные.

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

1. С6-С7;
2. С7-С8 ;
3. С8-Тh1 ;
4. Тh11-Тh12 ;
5. Тh2-Тh3 .

104. Признаки поражения глазодвигательного нерва:

1. асимметрия лица
2. боли в зоне иннервации
3. глухота
4. диплопия
5. сходящееся косоглазие

105. Признаком  поражения лицевого нерва может быть:

1. асимметрия лица
2. боли в зоне иннервации
3. глухота
4. диплопия
5. сходящееся косоглазие

106. Признаком поражения отводящего нерва  является:

1. асимметрия лица
2. боли в зоне иннервации
3. глухота
4. расходящиеся косоглазие
5. сходящееся косоглазие

107. При поражении области Брока возникают:

1. нарушения спонтанной речи.
2. мышечная ригидность.
3. слуховая агнозия.
4. нарушение понимания речи.
5. зрительная агнозия.

108. Синдром "взаперти" или "Locked-in" составляют

следующие симптомы:

1. гиперкинезы.
2. нижняя вялая параплегия.
3. афония, афагия, анартрия.
4. деменция.
5. верхняя вялая параплегия

109. Посредством каких пар мозжечковых ножек осуществляется связь мозжечка с другими отделами ЦНС:

1. средней, нижней, задней.
2. верхней, средней, нижней.
3. верхней, нижней, задней.
4. боковой, верхней, задней.
5. только задней

110. 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 теменной доле

111. К оральным сегментарным автоматизмам  относится:

1. рефлекс Переза;
2. рефлекс Бауэра;
3. рефлекс Моро;
4. рефлекс Куссмауля;
5. рефлекс Галанта.

112. Сосательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте до:

1. 10 месяцев
2. 1 года
3. 1,5 лет
4. 1 месяца
5. 8 месяцев

113. Назовите клинические признаки поражения стриарной системы:

1. мышечная гипертония
2. гиперкинезы
3. олигокинезия
4. брадикинезия
5. поза восковой куклы

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

1. краниография;
2. исследование глазного дна;
3. РЭГ;
4. ЭЭГ;
5. КТ и МРТ.

115. Какие наиболее информативные исследования применяются для диагностики менингитов:

1. исследования ликвора;
2. ЭЭГ            ;
3. ЭМГ;
4. ангиография;
5. рентгенодиагностика.

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

1. краниография;
2. компьютерная томография;
3. ЭЭГ;
4. Эхо-ЭГ;
5. ангиография.

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

1. неврозы
2. травмы
3. опухоли
4. менингиты
5. энцефалиты

118. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен для:

1. эпидуральных неврином
2. субдуральных неврином
3. эпидуральныхменингиом
4. субдуральныхменингиом
5. эпидуральных неврином и субдуральныхменингиом

119. 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

120. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:

1. тревожные невротические расстройства
2. черепно-мозговая травма
3. поражения гипоталамуса
4. пролапс митрального клапана
5. коллагенозы

121. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

1. основная
2. позвоночная
3. внутренняя сонная
4. наружная сонная
5. затылочная

122. Поздняя дифтерийная полинейропатия  возникает

1. через 2-8 недели после дебюта основного заболевания
2. через 4 месяца после дебюта основного заболевания
3. через 6 месяцев после дебюта основного заболевания
4. через 2 года после дебюта основного заболевания
5. через 3 года после дебюта основного заболевания

123. Наиболее частой локализацией сдавления локтевого нерва является

1. нижняя треть плеча
2. локтевой сустав
3. в средняя треть предплечья
4. г.  запястье
5. д. нижняя треть предплечья

124. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:

1. верхней прямой;
2. наружной прямой;
3. нижней прямой;
4. нижней косой;
5. внутренней прямой.

125. старый некротический энцефалит вызывают вирусы

1. коксаки
2. простого герпеса
3. кори
4. паротита
5. цитомегаловируса

126. 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

127. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций  нервной системы являются

1. микобактерии туберкулеза
2. аденовирусы
3. кандиды
4. листерии
5. вирусы простого герпеса

128. 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

129 Наиболее часто встречаемой врожденной инфекцией у детей является:

1. ВИЧ-инфекция
2. токсоплазмоз
3. цитомегаловирусная инфекция
4. краснуха
5. сифилис

130. 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

131. 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

132. 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

133. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие

1. утраты сознания, гемипареза
2. динамической атаксии
3. расстройств слуха
4. судорожного синдрома
5. зрительных галлюцинаций

134. 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

135. 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

136. 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

137. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

1. гомонимной гемианопсии
2. битемпоральной гемианопсии
3. биназальной гемианопсии
4. концентрического сужения полей зрения
5. амблиопия

138. 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.

139. 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

140. Какой тип течения характерен для хореи Гентингтона?

1. острый;
2. подострый;
3. рецидивирующий;
4. хронический;
5. прогрессирующий.

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

1. липидного;
2. катехоламинов;
3. белкового;
4. углеводного;
5. минерального.

142. 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

143 Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

1. папулезной сыпи
2. телеангиэктазий
3. "кофейных" пятен
4. витилиго
5. розеолезной сыпи

144. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений:

1. половых хромосом
2. аутосом
3. обмена аминокислот
4. обмена витаминов
5. обмена углеводов

145. Какие отделы нервной системы преимущественно  поражаются при болезни Паркинсона?

1. кора головного мозга;
2. пирамидная система;
3. подкорковые образования;
4. спинной мозг;
5. периферические нервы.

146. При боковом амиотрофическом склерозе повреждаются нейроны:

1. чувствительные;
2. двигательные;
3. вегетативные;
4. симпатические;
5. парасимпатические.

147.. Женщина 45 лет, во время занятия фитнесом внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, была рвота, отмечалось помутнение сознания. К приезду скорой помощи больная начала контактировать с окружающими, жаловалась на нестерпимую головную боль, сообщила врачу, что ничем раннее не болела. В неврологическом статусе: сознание оглушенное, Птоз правого глаза с парезом взора, левосторонний гемипарез, гиперемия лица, гипергидроз, положительные менингеальные симптомы. Какой из методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

1. Электронейромиографию
2. Магнитно - резонансную ангиографию
3. Электроэнцефалографию
4. Рентгенографию
5. Эхоэнцефалоскопию

148. Пациентка 64 года, поступила в отделение ангионеврологии с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови.  Какой дополнительный метод обследования необходим для подтверждения диагноза?

1. Электроэнцефалография
2. Нисходящая миелография
3. Спондилография
4. Магнитная томография мозга
5. Краниография

149. Мужчина,  27 лет доставлен в приемное отделение ангионеврологии. Со слов сопровождающих, в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору).  Возникла рвота. При осмотре в отделении: Сознание коматозное. Положительные менингеальные симптомы.  Какой метод исследования необходимо провести в данном случае?

* 1. Магнитно-резонансная ангиография
	2. Реоэнцефалография
	3. Электроэнцефалография
	4. Рентгенография
	5. Эхо-энцефалография

150.. Молодой человек, 25 лет, доставлен в приемный покой в бессознательном состоянии. Лицо гиперемировано, повторная рвота, пульс редкий, напряженный, артериальное давление 180/100 мм рт.ст., анизокория - правый зрачок шире левого, парез левых конечностей. Травмы черепа в анамнезе нет, был практически здоров. Наиболее значимый метод исследования при сосудистых мальформациях головного мозга?

* 1. Компьютерная томография головного мозга
	2. Магнитно-резонансная томография головного мозга
	3. Церебральная ангиография
	4. Вентрикулография
	5. Рентгенография черепа

151 При миастении поражаются:

1. клетки передних рогов;
2. нервно-мышечные синапсы;
3. чувствительные ганглии;
4. г. пограничный симпатический ствол;
5. д. парасимпатические ганглии.

152..Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие

1. сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
2. корешковых болей положения
3. ранней блокады субарахноидального пространства
4. рентгенологического симптома Эльсберга - Дайка
5. нарушение болевой чувствительности по полиневротическому типу

153. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются:

1. двусторонний пирамидный парез в ногах
2. нарушения координации
3. астазия-абазия
4. нарушения поведения
5. битемпоральные дефекты поля зрения

154 Наиболее часто  источником метастазов в головной мозг у женщин  является рак:

1. кишечника
2. матки
3. молочной железы
4. почек
5. легких

155. 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

156. 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

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

1. эпилептический синдром
2. неврозоподобный синдром
3. гипоталамический синдром
4. гидроцефальный синдром
5. церебрастенический синдром

158.Ложные параличи и парезы наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов

а. неврастении

1. диссоциативно-конверсионном неврозе
2. неврозе навязчивых состояний
3. невротической депрессии
4. неврозе навязчивых состояний и неврастении

159. У больного наблюдается расстройство поверхностной чувствительности на левой ноге с уровня  Д12.  При поражении каких структур нервной системы возможна данная симптоматика?

1. спиноталамического  пути слева;
2. спиноталамического  пути справа;
3. задних рогов справа;
4. задних рогов слева;
5. пучка Голля слева.

160. У больного наблюдается расстройство поверхностной чувствительности на правой ноге с уровня  Д12.  При поражении каких структур нервной системы возможна данная симптоматика?

1. спиноталамического  пути справа;
2. спиноталамического  пути слева;
3. задних рогов справа;
4. задних рогов слева;
5. пучка Голля слева.

161. У больного симметричное расстройство болевой и температурной   чувствительности в зоне С5 – Д2 дерматома. Что поражено?

1. корешки;
2. периферические нервы;
3. передняя серая спайка;
4. спиноталамический путь;
5. задний рог.

162. У больного установлено нарушение болевой и температурной чувствительности в пределах Д4 –Д7 дерматомов с обеих сторон (тактильная и проприоцептивная чувствительность сохранена). Какой тип расстройства чувствительности установлен у больного?

1. периферический;
2. сегментарный;
3. сегментарно-диссоцированный;
4. проводниковый;
5. полиневритический.

163. У больного «свисающая» голова, затруднены движения ее назад и в стороны. Установлена атрофия задних мышц шеи, трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц. Определите очаг поражения.

1. плечевое сплетение;
2. шейное сплетение;
3. передние рога С1-С4;
4. г. передние рога С8-Д2
5. д. большой грудной нерв.

164. У больного наблюдается снижение силы правой кисти, кисть свисает, невозможно отведение большого пальца, снижение всех видов чувствительности на тыльной поверхности 1,2, и частично 3 пальцев кисти. При поражении каких структур возможна данная симптоматика?

1. передние и задние корешки С7-С8;
2. плечевое сплетение;
3. лучевой нерв;
4. срединный нерв;
5. локтевой нерв.

165. У больного вертикальное косоглазие, паралич взора вверх, двухсторонний полуптоз, вялость зрачковых реакций. Укажите локализацию процесса.

1. верхние двухолмие;
2. нижнее двухолмие;
3. хиазма;
4. ромбовидная ямка на уровне варолиева моста;
5. ромбовидная ямка на уровне продолговатого мозга.

166.. Мама привела в поликлинику к детскому невропатологу своего сына 12 лет. Сам ребенок жалоб не предъявляет. Со слов мамы имеют место приступы длительностью 2-3 минуты, во время которых ребенок теряет сознание. Наблюдаются судороги в конечностях, выделение пены изо рта, прикус языка. После приступа иногда непроизвольное мочеиспускание. Частота приступов 1-2 раза в месяц. Беспокоят приступы в течение 3 лет. Какой метод исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

1. Прозериновая проба
2. Электроэнцефалография
3. Ультразвуковая допплерография сосудов шеи
4. Магнитно-резонансная томография шейного отдела
5. Электронейромиография

167. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе чаще:

1. с 1-го дня заболевания
2. с 3-го дня заболевания
3. с 10-14й день заболевания
4. с 4-й недели заболевания
5. с 5-й недели заболевания

168. В неврологическое отделение бригадой скорой помощи доставлена девушка 17 лет, с непрекращающимися в течение 40 минут судорожными припадками.  Пациентка полностью после очередного припадка в сознание не приходила. Больной был выставлен диагноз: Эпистатус. Какой препарат является препаратом первой очереди?

1. Тиопентал-натрия
2. Фенитоин
3. Клоназепам
4. Вальпроаты
5. Диазепам

169. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, па­реза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза являются признаками поражения

1. ножек мозга
2. моста мозга
3. продолговатого мозга
4. г. покрышки среднего мозга
5. д. гипоталамуса

170.Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклоне­ния язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологи­ческих рефлексов на правых конечностях свидетельствует о пораже­нии

1. продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
2. продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
3. колена внутренней капсулы слева
4. заднего бедра внутренней капсулы слева
5. гипоталамуса

171. У больного аносмия справа. Где может располагаться

патологический очаг, вызывающий такие измененияобоняния?

1. поражен обонятельный тракт  справа.
2. поражен обонятельный тракт слева.
3. подкорковые обонятельные центры.
4. обонятельные анализатор.
5. ствол мозга.

172. Как называется синдром, когда больной не может назвать предъявленный ему предмет, хотя знает его назначение:

1. сенсорная афазия;
2. моторная афазия;
3. амнестическая афазия;
4. дизартрия;
5. апраксия.

173. Неузнавание предмета на ощупь с закрытыми глазами называется:

1. анозогнозия;
2. астереогноз;
3. апраксия;
4. анестезия;
5. акинестезия.

174. Расстройства чувствительности по типу «перчаток» и «носков» при жалобах пациента на чувство покалывания в руках и ногах обычно развивается при заболеваниях:

1. периферических нервов;
2. плечевого сплетения;
3. спинного мозга;
4. мозгового ствола;
5. зрительного бугра.

 175.Гиперкинез в виде быстрых, размашистых, неожиданных движений в различных мышцах конечностей и лица с «танцующей походкой» из-за чего больной становится похожим на паяца, называется:

1. атетоз;
2. торсионная дистония;
3. хорея;
4. гемибаллизм;
5. тики.

176. При появлении у больного гипертензионного симптома,атаксии,  атонии, асинергии, адиадохокинеза и дисметрии  можно заподозрить опухоль:

1. лобной доли;
2. височной доли;
3. полушарий мозга;
4. затылочной доли ;
5. мозжечка.

177 Диссоцированные нарушения чувствительности по сегментарному типу  при сирингомиелии характеризуются:

1. выпадением глубокой чувствительности;
2. выпадением болевой чувствительности;
3. выпадением только болевой при сохранности глубокой;
4. сохранностью болевой при выпадении температурной ;
5. сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной.

178. Ощущение «ползания мурашек» в отсутствии внешнего раздражения – это :

1. гиперпатия;
2. гиперестезия;
3. парестезии;
4. аллохейрия;
5. гипералгезия.

179.. Укажите локализацию процесса при  наличии у больного дисфонии, дисфагии, снижении глоточного рефлекса и гипотрофии трапециевидной и грудинно-ключично-сосцевидной мышцс одной стороны:

1. продолговатый мозг
2. мост
3. область яремного отверстия
4. область большого затылочного отверстия
5. задний продольный пучек

180. Невозможность заложить ногу на ногу, поворота бедра кнаружи и затруднения

сгибания голени, гипестезия по внутренней поверхности бедра - отличительные

признаки поражения:

1. бедренного нерва
2. запирательного нерва
3. подвздошно-пахового нерва
4. седалищного нерва
5. наружный кожный нерв бедра

181. У больного сумеречные состояния, вкусовые и обонятельные галлюцинации, обонятельная агнозия, левосторонняя квадратная гемианопсия. Укажите локализацию процесса.

1. затылочная доля левого полушария;
2. затылочная доля правого полушария;
3. височная доля левого полушария;
4. височная доля правого полушария;
5. лобная доля левого полушария.

182. Больной ходит мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги

полусогнуты. Речь монотонная, затухающая, тихая, тремор

покоя. Тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса». Где локализуется

очаг поражения?

1. хвостатом ядре
2. передней центральной извилине
3. скорлупе
4. черном веществе
5. мозжечке

182. У  больного  снижена  сила  в  руке,  выявляется  атония,  атрофия  и

фибриллярные  подергивания  в  мышцах,  арефлексия.  Где  локализуется

патологический очаг?

1. плечевое сплетение
2. нижняя треть передней центральной извилины
3. передние рога шейного утолщения спинного мозга
4. задние рога шейного утолщения спинного мозга
5. боковые рога шейного утолщения

183. Ротация плеча внутрь, пронация  предплечья, отсутствие сгибания в локтевом суставе при сохранности сгибания кисти у новорожденного являются  признаками:

1. паралича Клюмпке-Дежерина
2. паралича Дюшенна-Эрба
3. гематомиелии
4. синдрома Гроба
5. синдрома Парино

184. Больной 20лет, обратился к врачу ГСВ с жалобами на головные боли, общую слабость, боли во всем теле. Из анамнеза выяснено, что накануне, на фоне общего благополучия здоровья потерял сознание. Со слов окружающих, судороги в конечностях, с пеной изо рта длились около одной минуты, после завершения судорог больной уснул. При опросе сам пациент судорог не помнит. Год назад получил черепно-мозговую травму, с кратковременной утратой сознания. Не обследовался, не лечился. Какое обследование надо провести данному пациенту, для уточнения диагноза?

1. Электрокардиография
2. Электронейромиография
3. Электроэнцефалография
4. Электронейростимуляция
5. Электромиостимуляция

185.. На прием невролога обратились родственники 20 летнего больного. Со слов сопровождающих сегодня на фоне эпиприступа упал. Были тонико-клонические судороги с потерей сознания, прикус языка. В момент осмотра больной в сознании, на вопросы отвечает, инструкции выполняет. Дыхание и гемодинамика стабильные. Какое обследование необходимо провести для установки диагноза эпилепсии?

1. Эхоэнцефалогафи
2. Электроэнцефалография
3. Пневмоэнцефалография
4. Краниография
5. Реоэнцефалография

186. В неврологическое отделение бригадой скорой помощи доставлена девушка 18 лет с непрекращающимися в течение 40 минут судорожными припадками. Пациентка полностью после очередного припадка в сознание не приходила.  Пациентке показана госпитализация в отделение?

1. Неврологии
2. Нейрохирургии
3. Реанимации
4. Терапии
5. Реабилитации

 187. Больная 24 года, доставлена по линии СМП  на прием невролога ГКБ№1. Из анамнеза с детства страдает эпилепсией после перенесенного в раннем возрасте менингоэнцефалита. Последние 2 года отмечает учащение эпилептических припадков. 12 часов назад появились тонико-клонические припадки, которые постепенно учащались, была госпитализирована. При поступлении: без сознания, тонико-клонические припадки длительностью до 40-60 секунд повторяются каждые 4-5 минут. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Корнеальные рефлексы вялые, мышечная атония, арефлексия. Цианоз кожных покровов, дыхание поверхностное, тоны сердца приглушены, пульс до 140 в минуту, аритмичный, АД 80/50 мм.рт.ст.  Препаратом первой очереди выбора является?

1. Тиопентал-натрий
2. Фенитоин
3. Диазепам
4. Клоназепам
5. Вальпроаты

189. Женщина 47 лет во время работы на даче почувствовала сильнейшую головную боль и потеряла сознание. Бригадой неотложной помощи была доставлена в неврологическое отделение многопрофильной больницы. В неврологическом статусе: выраженные менингеальные и общемозговые симптомы,  психомоторное возбуждение. Во время люмбальной пункции в ликворе была обнаружена кровь. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.  Основными факторами, характеризующими повреждающее воздействие патологического процесса на мозг данной больной, являются ангиоспазм поврежденной артерии. Препаратом выбора для предотвращения ангиоспазма у данной больной является:

1. Ноотропил
2. Тромбоасс
3. Нимодипин
4. Ацетилхолин
5. Лекокарнитин

190. Больная 25 лет, обратилась к невропатологу в поликлинику. Жалуется на онемение и  боли в области заднебоковой поверхности голени, не может согнуть стопу, слабость в ней. Из анамнеза выяснено, что неделю назад, подвернула ногу. С тех пор беспокоили отек и боль в области голеностопного сустава, сегодня присоединились вышеописанные жалобы. На рентгенограмме голеностопного сустава, костной патологии нет. Какой метод исследования необходимо назначить с целью уточнения диагноза?

1. Тест на «прозериновую пробу»
2. Электроэнцефалография
3. Электронейромиография
4. Эхоэнцефалоскопия
5. Электрокардиография

191.Мужчина 52 лет, обратился к неврологу с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. Страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. При осмотре: кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены. Предположите наиболее верятный вариант диабетическойполинейропатии?

* 1. Моторно-сенсорно-вегетативная
	2. Сенсорная
	3. Сенсорно-моторная
	4. Вегетативно-сенсорная
	5. Вегетативно-моторная

 192..К периостальным рефлексам относятся:

1. верхний брюшной
2. подошвенный
3. средний брюшной
4. кремастерный
5. карпорадиальный рефлекс

193.Больной 53 лет, страдает хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голеней, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились около 5ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением алкоголем. Обьективно: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. Какой вариант алкогольнойполинейропатии имеет место у данного пациента?

* + 1. Сенсорная
		2. Вегетативная
		3. Сенсо-моторная
		4. Моторно-сенсорно-вегетативная

194. .К сухожильным рефлексам относятся:

1. Бабинского
2. Оппенгейма
3. Гордона
4. Коленный
5. Жуковского

195.Защитные рефлексы являются одним из симптомов поражения

1. пирамидного пути
2. пути поверхностной чувствительности
3. пути глубокой чувствительности
4. мозжечковых путей
5. высших мозговых функций

196.Больная 52 года, обратилась к врачу в поликлинику с жалобами на боли в лице, которые беспокоят ее в течение последних 4 месяцев. При дальнейшем расспросе выяснилось, что боли проявляются приступами интенсивной, стреляющей боли, в правой половине лица. Кроме того, боль никогда не сопровождалась тошнотой или рвотой.  Предположите наиболее вероятный диагноз?

1. Гипертоническая болезнь
2. Мигрень
3. Головная боль напряжения
4. Невралгия тройничного нерва
5. Синдром внутричерепной гипертензии

197.Больная, 25 лет, обратилась к невропатологу в поликлинику. В результате травмы средней трети предплечья проявился симптом «свисающая кисть» (невозможность её разгибания). В неврологическом статусе: нарушена чувствительность на  тыльной поверхности 1,2 и половины 3 пальцев пальца. О поражении какого нерва можно думать в данном случае?

1. Срединного
2. Локтевого
3. Мышечно-кожного
4. Медиального кожного
5. Лучевого

198.Мужчина 35 лет, обратился к невропатологу в поликлинику. При осмотре    отчётливо выражен симптом («когтеобразная» кисть). Объективно: проксимальные фаланги пальцев кисти максимально разогнуты в пястно-фаланговых суставах, а средние и дистальные фаланги согнуты в межфаланговых суставах. Атрофия межкостных мышц гипотенара. Выпадение чувствительности на ладонной поверхности 5 пальца, тыльной поверхности 5 и 4 пальцев.  Предположите, поражение, какого нерва вызывает эти симптомы?

1. Лучевого
2. Срединного
3. Локтевого
4. Мышечно-кожного
5. Медиального кожного

199.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

200. 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