

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА

Направление подготовки (специальность): **32.05.01 МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО**

Кафедра **НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Вопросы для текущего контроля:

Тема: Системная организация движений. Основные синдромы нарушения двигательных функций. Вялый и спастический паралич. Исследование двигательной сферы

1. Какие анатомические образования включает в себя пирамидная система?
2. Где расположены клетки центрального двигательного нейрона?
3. Где проходит кортикоспинальный путь во внутренней капсуле?
4. Где проходит пирамидный путь в стволе мозга?
5. Где пирамидный путь совершает перекрест?
6. Где проходит пирамидный путь в спинном мозге?
7. Где располагаются клетки периферического двигательного нейрона?
8. Назовите сегментарные уровни дуг основных безусловных рефлексов: поверхностных (верхний, средний и нижний брюшные) и глубоких (с двуглавой и трехглавой мышц, коленный, ахиллов).
9. Какие сегменты спинного мозга иннервируют верхние и нижние конечности, мускулатуру туловища?
10. Назовите признаки периферического паралича.
11. Назовите признаки центрального паралича.
12. Опишите характер нарушения мочеиспускания при поражении центрального двигательного нейрона.
13. Опишите характер нарушения мочеиспускания при поражении конуса спинного мозга.
14. Назовите симптомы раздражения передней центральной извилины.
15. Перечислите основные патологические рефлексы.
16. Какой синдром развивается при поражении передней центральной извилины?
17. Какой синдром развивается при поражении заднего бедра внутренней капсулы?
18. Какие синдромы развиваются при поражении пирамидного пути на уровне ствола головного мозга?
19. Какой симптомокомплекс развивается при поражении бокового столба спинного мозга в верхнешейном отделе справа?
20. Какой симптомокомплекс двигательных расстройств возникает при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне С2-С3?
21. Какой синдром развивается при поражении передних рогов спинного мозга на уровне С5-Д1?

22. Какой синдром возникает при поражении передних рогов спинного мозга на уровне D2-D12 справа?

23. Какой синдром возникает при поражении передних рогов спинного мозга на уровне поясничного утолщения справа?

24. Какой синдром возникает при поражении боковых столбов спинного мозга на уровне D12 справа?

25. Какой синдром возникает при поражении конуса спинного мозга?

26. Какой синдром возникает при поражении эпиконуса?

27. Какой синдром возникает при поражении передних рогов спинного мозга на уровне C1-C4 справа?

Задачи:

1. Больной 67 лет жалуется на общую слабость, головные боли и слабость в левой руке.

Объективно: объем активных движений в левой руке ограничен, проба Барре верхняя положительна слева, мышечный тонус повышен в сгибателях левой руки, сухожильные рефлексы с двуглавой и трёхглавой мышц слева выше, чем справа, положителен рефлекс Россолимо слева.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

2. Больная 10 лет жалуется на приступы судорожных подёргиваний в левой руке, которые длятся в течение 2-3 минут при сохранении сознания. За последние 2-3 недели приступы участились и стали сопровождаться подёргиваниями левой половины лица.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

3. Больной 38 лет, предъявляет жалобы на постепенно нарастающую в течение нескольких месяцев слабость и похудание левой руки.

Объективно: гипотрофия мышц кисти и предплечья слева, мышечная сила в сгибателях пальцев 3 балла слева, верхняя проба Барре слева положительна, сухожильные рефлексы руки слева ниже, чем справа. Отмечаются фасцикулярные подёргивания в сгибателях левого предплечья.

1. Определите синдром.

2. Поставьте топический диагноз.

4. Больной 20 лет жалуется на слабость в ногах и периодически затруднение мочеиспускания.

Объективно: мышечный тонус в ногах повышен. Мышечная сила в сгибателях бедра равна 3 баллам. Сухожильные рефлексы с ног оживлены, выявляется клонус стоп, положителен рефлекс Бабинского с обеих сторон. Брюшные рефлексы: верхний сохранен, средний и нижний снижены.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз

5. У больного 57 лет в течение года постепенно нарастает слабость в руках. За последние 2 месяца стал замечать слабость в ногах и затруднённое мочеиспускание.

Объективно: Мышечная сила в руках 3 балла, в ногах 4 балла, отмечается гипотрофия мышц верхних конечностей, фасцикулярные подёргивания мышц плечевого пояса. Мышечный тонус в руках снижен, в ногах повышен. Сухожильные рефлексы с рук вызываются с трудом, с ног оживлены, расширены рефлексогенные зоны. Брюшные и подошвенные рефлексы не вызываются.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз

6. Больной жалуется на слабость в правой ноге, появляющуюся при длительной ходьбе.

Объективно: объем активных и пассивных движений не ограничен. Проба Барре (нижняя) слабо положительна справа. Коленный рефлекс справа ниже, чем слева. Наблюдаются фасцикулярные подергивания в мышцах правого бедра.

1. Определите синдром
2. Поставьте топический диагноз.

Тема: Экстрапирамидная система. Мозжечок. Приемы исследования. Основные синдромы поражения. Исследование двигательной сферы.

1. Какие анатомические образования включает в себя экстрапирамидная система?
2. Опишите характер нарушений движений при поражении экстрапирамидной системы.
3. Опишите клиническую картину болезни Паркинсона.
4. Обозначьте различие между паркинсонизмом и болезнью Паркинсона?
5. Перечислите основные подходы к терапии болезни Паркинсона.
6. Перечислите основные формы экстрапирамидных гиперкинезов.
7. Назовите симптомы хореического гиперкинеза, эссенциального тремора, атетоза.
8. Опишите клиническую картину спастической кривошеи.
9. Опишите клиническую картину хореи Гентингтона.
10. Опишите клиническую картину болезни Вильсона-Коновалова?

11. Опишите анатомическое строение мозжечка и его связи с другими отделами нервной системы
12. С ядрами каких черепно-мозговых нервов связан мозжечок?
13. Перечислите основные афферентные и эфферентные пути мозжечка. Через какие ножки мозжечка они проходят?
13. Опишите клинические методы исследования функции мозжечка.
14. Опишите синдромы поражения мозжечка.
15. Какие расстройства речи и почерка наблюдаются при поражении мозжечка?
16. Назовите основные симптомы мозжечковой атаксии.

Задачи:

1. Больной жалуется на пошатывание при ходьбе влево, неловкость в левой руке и ноге, изменение речи (стал говорить медленно, растянуто, «толчкообразно»).

Объективно: атаксия в левых конечностях, снижение тонуса в них, в позе Ромберга пошатывание влево.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

2. Больной 9 лет жалуется на головную боль, пошатывание при ходьбе, неловкость в конечностях. При осмотре - крупноразмашистый нистагм, снижение тонуса в конечностях

с обеих сторон, в позе Ромберга и при ходьбе падает вперед или назад, атаксия в верхних и нижних конечностях.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

3. Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на вялость, затруднение при ходьбе в виде скованности, общую замедленность движений, дрожание в руках. При объективном исследовании обнаружено повышение мышечного тонуса в руках и ногах, нарастающее при повторных пассивных движениях. Лицо гипомимично, взгляд устремлен в одну точку. В дистальных отделах рук мелкое ритмичное дрожание, исчезающее при активных движениях.

1. Определите синдром поражения
2. Поставьте топический диагноз.

4. Ребенок 5 лет, в течение последних 3—4 месяцев родители стали замечать неловкость в руках, неустойчивость при ходьбе.

Объективно: выявляется горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны; мышечный тонус резко снижен, особенно в правых конечностях. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием справа. При ходьбе отклоняется вправо. При выполнении пальценосовой и пяточноколенной пробы выявляется интенционное дрожание.

1. Определите синдром поражения
2. Поставьте топический диагноз.

5. Больная 40 лет. Родственники обратили внимание на изменения поведения, стала «неусидчивой», неаккуратной, стала хуже писать.

Объективно: больная гримасничает, сидит беспокойно, руки то скрещивает на груди, то быстро закладывает их за спину, то прячет в карманы. Речь нечеткая, смазанная. Высунутый изо рта язык удержать не может.

1. Определите синдром.

2. Поставьте топический диагноз.

6. Больная 16 лет жалуется на пошатывание при ходьбе, неуверенность движений правой руки (с трудом застегивает пуговицы), изменение почерка.

Объективно: горизонтальный нистагм в обе стороны, но более крупный при взгляде вправо. Гипотония мышц правых конечностей. В позе Ромберга и при ходьбе отклоняется вправо. При пальценосовой пробе выявляется промахивание и интенционное дрожание. Атаксия при пяточно-коленной пробе. Адиадохокинез и дисметрия справа.

1. Определите синдром.

2. Поставьте топический диагноз.

7. Юноша 17 лет поступил в клинику по поводу гиперкинезов. При осмотре выявляется неритмичный, среднеамплитудный тремор, напоминающий взмахи крыльев. При проверке мышечного тонуса выявляется феномен «зубчатого колеса». Интеллект снижен. Имеется гепатомегалия, кольцо Кайзера-Флейшера.

Поставьте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, лечение.

Тема: Чувствительность. Виды чувствительности. Типы чувствительных расстройств. Боли. I и II пары ЧН. Методика клинического исследования. Синдромы поражения.

1. Какие анатомические образования включает в себя путь поверхностной чувствительности?

2. Какие анатомические образования включает в себя путь глубокой чувствительности?

3. Где располагаются клетки первого чувствительного нейрона?

4. Где располагаются клетки второго нейрона поверхностной чувствительности?

5. Где располагаются клетки второго нейрона глубокой чувствительности?

6. В каких столбах спинного мозга проходит спиноталамический путь?

7. В каких столбах спинного мозга проходит путь глубокой чувствительности?

8. Где осуществляется перекрест волокон поверхностной чувствительности?

9. Где осуществляется перекрест волокон глубокой чувствительности?

10. Где проходит чувствительный путь в стволе мозга?

11. Где находятся клетки третьего чувствительного нейрона?
12. Где проходит чувствительный путь во внутренней капсуле?
13. Где расположен корковый центр чувствительного анализатора?
14. Опишите признаки периферического типа расстройства чувствительности.
15. Опишите признаки корешкового типа расстройства чувствительности.
16. Опишите признаки сегментарного типа расстройства чувствительности.
17. Что такое сирингомиелия? Опишите клиническую картину этого заболевания.
18. Опишите признаки проводникового типа расстройства поверхностной чувствительности.
19. Опишите признаки проводникового типа расстройства глубокой чувствительности.
20. Назовите отличия между сенситивной и мозжечковой атаксиями.
21. Перечислите основные признаки расстройства чувствительности при поражении таламуса.
22. Какой синдром развивается при поражении постцентральной извилины?
23. Опишите синдром, который развивается при поражении задней трети заднего бедра внутренней капсулы.
24. Какой синдром развивается при поражении заднего рога справа на уровне С5—Д1 сегментов?
25. Какой симптомокомплекс наблюдается при поражении задних столбов на уровне Д5 сегмента справа?
26. Что наблюдается при поражении спиноталамического пути на уровне Д5 сегментов?
27. Опишите анатомические особенности путей проведения обоняния.
28. При поражении каких участков обонятельного пути возникает одноименная аносмия?
29. Опишите анатомию зрительного нерва и зрительного анализатора.
30. Какие симптомы наблюдаются при поражении зрительного нерва, зрительного тракта, таламуса и зрительной лучистости?
31. Опишите характер зрительных нарушений при поражении внутренних и наружных волокон хиазмы.
32. При каких очагах поражения возникает гомонимная гемианопсия?
33. Какие зрительные нарушения характерны для поражения затылочной доли? Что такое «корковая слепота»?

Задачи:

1. Больной 42 лет в течение последних 3-х лет стал замечать, что правой рукой не может различать горячее и холоднее, в результате чего неоднократно получал ожоги руки и туловища.

Объективно: анальгезия и термоанестезия в правой руке и правой половине туловища до уровня пупка. Тактильная и глубокая чувствительность сохранена, болевых ощущений нет.

1. Определите тип нарушения чувствительности
2. Поставьте топический диагноз.

2. У больной 38 лет два года тому назад появились боли опоясывающего характера на уровне нижнего угла лопатки. В настоящее время жалуется на пошатывание при ходьбе, особенно в темноте.

Объективно: снижение мышечно-суставной чувствительности в ногах с обеих сторон.

1. Определите тип нарушения чувствительности.
2. Поставьте топический диагноз.

3. У больного 14 лет после ножевого ранения в области шеи развился паралич левых конечностей и исчезла чувствительность на правой половине туловища и правых конечностях.

Объективно: в левых конечностях - плегия; сухожильные рефлексы слева выше, чем справа; слева отсутствуют брюшные и подошвенный рефлексы. Справа с уровня ключицы отсутствует болевая и температурная чувствительность.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический, диагноз.

4. Больной, страдающий хроническим алкоголизмом, в последние 2—3 недели стал отмечать боли и онемение в руках и ногах.

Объективно: положительные симптомы натяжения Ласега и Вассермана-Мацкевича, снижение всех видов чувствительности на руках и ногах по типу «носков» и «перчаток», отсутствие ахилловых рефлексов.

1. Определите тип нарушения чувствительности.
2. Поставьте топический диагноз.

5. Больной обратился к врачу с жалобами на приступы онемения с ощущением «ползания мурашек» в правой кисти продолжительностью 1—2 минуты. В межприступном периоде состояние вполне удовлетворительное. При объективном исследовании чувствительных расстройств не определяется.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

6. Больная 26 лет обратилась к врачу в связи с резким снижением зрения.

Объективно: аносмия справа, острота зрения правого глаза - светоощущение, левого - 0,9. На глазном дне - атрофия правого зрительного нерва, слева—застойный сосок.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

7. Больной 40 лет обратился к врачу в связи с тем, что последние 2—3 недели стали беспокоить ощущения неприятного запаха (не существующего в действительности).

Объективно: левосторонняя квадрантная гемианопсия.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

Тема: Черепные нервы (III, IV, VI, V, VII). Методика исследования. Вегетативная иннервация глаза. Понятие об альтернирующих синдромах. Синдром Вебера.

Симптомы поражения ЧН. Невралгия тройничного нерва. Компрессионно-ишемическая невропатия лицевого нерва.

Контрольные вопросы:

1. Опишите анатомическое строение глазодвигательного, блокового и отводящего нервов.
2. Какие мышцы иннервирует глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы?
3. Какие симптомы отмечаются при поражении глазодвигательного нерва?
4. Как проходит рефлекторная дуга зрачкового рефлекса?
5. Какие симптомы входят в синдром Горнера?
6. Какие симптомы характерны для поражения блокового нерва?
7. Какие симптомы выявляются при поражении отводящего нерва?
8. Каково функциональное значение медиального продольного пучка?
9. Опишите анатомическое строение и функции тройничного нерва?
10. Какие мышцы иннервирует тройничный нерв?
11. Какие зоны чувствительной иннервации обеспечивает тройничный нерв?
12. Какие симптомы наблюдаются при поражении тройничного нерва?
13. Опишите клиническую картину и принципы лечения невралгии тройничного нерва.
14. Опишите анатомическое строение и функции лицевого нерва.
15. Какая особенность связей ядра лицевого нерва с корой?
16. Чем отличается центральный паралич лицевого нерва от периферического?
17. Перечислите симптомы, характерные для поражения лицевого нерва на уровне входа его в фаллопиев канал.
18. Перечислите симптомы, характерные для поражения лицевого нерва на уровне выхода его из фаллопиева канала.

Задачи:

1. Больной 42 лет обратился к врачу с жалобами на двоение в глазах.

Объективно: опущение левого века, расширение левого зрачка, левый глаз повернут кнаружи и книзу.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

2. Больной жалуется на двоение в глазах, особенно при взгляде в стороны.

Объективно: движения правого глазного яблока полностью отсутствуют, правое верхнее веко опущено, правый зрачок шире левого, на свет, аккомодацию и конвергенцию не реагирует.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

3. Больной 62 лет обратился к врачу с жалобами на слабость в правых конечностях и двоение в глазах.

Объективно: слева отмечается опущение верхнего века, расширение зрачка, расходящееся косоглазие левого глаза. Справа гемиплегия с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, положительные рефлексы Бабинского и Россолимо.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

4. У больной 65 лет внезапно «отнялись» правые конечности и появилось двоение в глазах. Объективно: сходящееся косоглазие левого глаза, движения левого глазного яблока кнаружи ограничены; со стороны правых конечностей типичная картина центрального гемипареза.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

5. У больного 48 лет на фоне физического перенапряжения появились резкая слабость и онемение в правых конечностях.

Объективно: глазные яблоки отведены влево, в правых конечностях активные движения резко ограничены, мышечная сила 3 балла, повышены сухожильные рефлексy; справа расстройство всех видов чувствительности по гемитипу.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

6. У больного синингобульбомиелией отмечено диссоциированное расстройство чувствительности слева в наружных зонах Зельдера. В центральной части лица чувствительность сохранена.

Где располагается патологический процесс?

7. Больная 55 лет жалуется на приступообразные боли в области левой щеки с иррадиацией в ухо. Боли очень сильные, стреляющие (как «удар током»), провоцируются жеванием, разговором, глотанием, охлаждением.

При объективном исследовании, очаговых неврологических симптомов не обнаруживается.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

8. У юноши 16 лет после переохлаждения перекошило лицо, перестал закрываться правый глаз, обострился слух на правое ухо («не мог этим ухом слушать телефон»), стал хуже ощущать вкус пищи.

Объективно: при наморщивании лба справа лобные складки не образуются, лагофтальм справа, рот перетянут влево, правый угол рта опущен. Агевзия на передних 2/3 языка справа, гиперакузия и слезотечение справа.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

Тема: Черепные нервы (VIII - XII). Методика исследования. Симптомы поражения. Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.

1. Опишите структуры нервной системы, обеспечивающие восприятие и анализ слуховых раздражителей.
2. При поражении какого отдела (нейрона) слухового пути наблюдается односторонняя потеря слуха?
3. При поражении какого отдела головного мозга возможно развитие слуховых галлюцинаций?
4. Опишите анатомические структуры, составляющие вестибулярную систему.
5. Перечислите основные связи вестибулярной системы.
6. Назовите функции вестибулярной системы.
7. Перечислите признаки вестибулярного синдрома и объясните механизм их возникновения.
8. Дайте анатомическую характеристику языкоглоточному и блуждающему нервам?
9. Какие симптомы наблюдаются при поражении языкоглоточного нерва?
10. Какие симптомы наблюдаются при поражении блуждающего нерва?
11. Опишите анатомические особенности и функции подъязычного нерва.
12. Какие симптомы характеризуют одностороннее поражение подъязычного нерва?
13. Чем отличаются центральный и периферический параличи подъязычного нерва?
14. Что такое альтернирующие синдромы? Опишите клиническую картину синдрома Валленберга-Захарченко.

15. При поражении каких черепно-мозговых нервов развивается бульбарный паралич?
16. Какие симптомы наблюдаются при бульбарном параличе?
17. При поражении каких структур развивается псевдобульбарный паралич?
18. Как клинически отличить бульбарный паралич от псевдобульбарного?
19. Какие мышцы иннервирует добавочный нерв?
20. Какие симптомы развиваются при одностороннем поражении добавочного нерва?

Задачи:

1. Больной 12 лет жалуется на снижение слуха на левое ухо, постоянный шум в нем, периодическое головокружение, сопровождающееся тошнотой и пошатыванием при ходьбе.

Объективно: гипакузия слева; нистагм; в позе Ромберга и при ходьбе отклонение влево.

Поставьте топический диагноз.

2. Больная поступила с жалобами на снижение слуха и шум в правом ухе, головокружение. При обследовании установлено снижение чувствительности на правой половине лица, отсутствие правого корнеального рефлекса, паралич мимических мышц на этой же стороне. В позе Ромберга - пошатывание вправо, интенционное дрожание при выполнении пальце-носовой пробы справа.

1. Определите синдром.

2. Поставьте топический диагноз.

3. У ребенка 12 лет на фоне дифтерии на 15-й день болезни появилось поперхивание при еде, гнусавость и осиплость голоса, иногда жидкая пища попадает в нос.

Объективно: экскурсии мягкого неба при фонации ограничены, небные и глоточные рефлексы отсутствуют, тахикардия.

Определите синдром.

4. У больного 43 лет в течение последних 1,5—2-х месяцев развились затруднения при глотании твердой пищи, жидкая пища выливается через нос, изменился голос (стал глухим и гнусавым), речь нечеткая, смазанная.

Объективно: правая половина мягкого неба свисает при фонации; небный и глоточный рефлексы справа отсутствуют, дисфагия, дисфония, дизартрия. Язык при высовывании отклоняется вправо, правая половина языка атрофирована.

1. Определите синдром.

2. Поставьте топический диагноз.

5. Больной 2 недели тому назад после работы в лесу снял с области шеи клеща. В настоящее время беспокоят головные боли, общая слабость, слабость мышц шеи и рук.

Объективно: плечи опущены, нижние углы лопаток отходят от позвоночника; не может поднять руки выше горизонтальной линии; голова «свисает» на грудь.

Определите синдром

Тема: Топическая диагностика поражений головного мозга. Высшие психические функции. Гнозис, праксис, речь. Инструментальные методы диагностики, применяемые в неврологии.

Контрольные вопросы

1. Назовите признаки моторной афазии.
2. Назовите признаки сенсорной афазии.
3. Назовите виды апраксий. При поражениях каких отделов головного мозга они возникают?
4. Назовите виды агнозий.
5. Какая область больших полушарий ответственна за программирование и контроль деятельности?
6. Назовите симптомы поражения лобной доли.
7. Какой синдром возникает при поражении лобной доли левого полушария?
8. Какой синдром возникает при поражении левой височной доли?
9. Где локализуется очаг поражения при моторной афазии?

10. Где локализуется очаг поражения при сенсорной афазии?
11. Перечислите симптомы поражения теменной доли мозга.
12. Каковы признаки патологического процесса в затылочной доле?
13. Какой синдром возникает при поражении теменно-височно-затылочной области левого полушария?
14. Назовите симптомы поражения лобной доли.
15. Какой синдром возникает при поражении лобной доли левого полушария?
16. Перечислите симптомы поражения теменной доли мозга.
17. Какой синдром возникает при поражении левой височной доли?
18. Какой синдром возникает при поражении теменно-височно-затылочной области левого полушария?
19. Каковы признаки патологического процесса в затылочной доле?
20. Каковы признаки поражения правого полушария?
21. Где локализуется очаг поражения при моторной афазии?
22. Где локализуется очаг при моторной алалии?
23. Укажите локализацию очага поражения у больного с астереогнозом?
24. Локализуите очаг поражения у больного с апраксией.
25. Где локализуется очаг поражения при сенсорной афазии?
26. Использование R-графии в неврологии. Основные патологические изменения на R-граммах черепа и позвоночника.
27. Компьютерная томография. Основы метода, показания, противопоказания.
28. Магнитно-резонансная томография. Основы метода, показания, противопоказания.
29. Электроэнцефалография.
30. Электронейромиография.
31. Ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи. Клиническое значение метода в неврологии.

Задачи:

1. Больной 50 лет доставлен машиной скорой помощи. Во время работы почувствовал себя плохо, была кратковременная потеря сознания.

При осмотре: определяются высокие цифры артериального давления, больной в сознании, активно реагирует на окружающее. Понимает обращенную к нему речь,

выполняет простые инструкции (сжать руку), однако ответить не может, произносит только звуки «да-да».

1. Определите синдром поражения.
2. Поставьте топический диагноз.

2. У женщины 30 лет ревматический порок сердца. Со слов родственников после пробуждения перестала понимать обращенную к ней речь.

При осмотре: инструкции не выполняет, не может показать части тела, не дифференцирует фонемы. Говорит много, речь плавная, но слова непонятны; речь может быть охарактеризована как «словесный салат».

1. Определите синдром поражения.
2. Поставьте топический диагноз.

3. Больной, бухгалтер по профессии. Стал замечать затруднения при чтении (забывал буквы), счёте. При осмотре выяснилось, что больной не узнаёт правой рукой предметы на ощупь, с трудом может зашнуровать ботинок, не справляется с устным счётом, забывает буквы.

1. Определите, какие высшие корковые функции пострадали.
2. Поставьте топический диагноз.

4. Больная – пианистка, стала отмечать затруднения при быстром темпе игры, также появились изменения речи – не может произнести длинные слова, ошибки при письме.

Определите характер двигательных и речевых расстройств.

4. Больному 14 лет, родители обратили внимание на изменившееся поведение: дурашливость, неопрятность, снижение памяти. При осмотре на приеме врача пациент заторможен, не сразу выполняет инструкции, повторяет слова врача, отмечаются стереотипные движения.

1. Определите синдром поражения.
2. Поставьте топический диагноз.

6. У больного 59 лет на фоне сильного и длительного эмоционального перенапряжения развилась слабость в правых конечностях, больше в руке, затруднение речи;

Объективно: объем активных движений в правой руке ограничен. Проба Барре справа положительна, больше в руке. Мышечный тонус повышен в сгибателях правой руки и разгибателях правой ноги. Сухожильные рефлексy справа выше, чем слева; р. Россолимо и р. Бабинского справа положительны. Элементы моторной афазии.

1. Определите синдром.

Тема: Топическая диагностика поражений спинного мозга. Вегетативная нервная система. Ликвородиагностика. Офтальмоскопия в неврологии. Синдром внутричерепной гипертензии.

1. Опишите строение спинного мозга. Что такое сегмент спинного мозга? Что такое дерматом? Миотом?
2. Опишите клиническую картину поражения переднего рога спинного мозга? Что такое спинальные мышечные атрофии?
3. Опишите синдром поражения заднего рога спинного мозга, поражение передней серой спайки. Как называется тип нарушения чувствительности, возникающий в данном случае?
4. Опишите синдром бокового рога спинного мозга.
5. Опишите синдром задних, боковых канатиков спинного мозга?
6. Что такое синдром Броун-Секара? Опишите клиническую картину данного синдрома.

1. Какой симптомокомплекс возникает при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне С1-С4?
2. Какой симптомокомплекс возникает при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне С5-Т1?
3. Какой симптомокомплекс возникает при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне грудных сегментов спинного мозга?
4. Какой симптомокомплекс возникает при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения спинного мозга?
5. Какой синдром возникает при поражении эпиконуса спинного мозга?
6. Какой синдром возникает при поражении конуса спинного мозга?
7. Опишите синдром поражения переднего корешка спинного мозга, заднего корешка, ствола спинномозгового нерва.
8. Опишите причины и клинику поражения корешков конского хвоста.
9. Опишите основные причины и клинические проявления синдрома внутричерепной гипертензии.
10. Что такое офтальмоскопия? Опишите нормальную картину глазного дна и возможные патологические изменения. Что означает термин «застойный диск зрительного нерва»? Когда возникает данное нарушение?
11. Опишите строение ликворопроводящих путей.
12. Назовите показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции.
15. Опишите технику проведения люмбальной пункции.
16. Опишите нормальный состав спинномозговой жидкости и ее патологические изменения.

Задачи:

Задача 1. У больного 14 лет после ножевого ранения в области шеи развился паралич левых конечностей и исчезла поверхностная чувствительность справа.

Объективно: сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. В левых конечностях повышен мышечный тонус. Патологические кистевые знаки слева (симптом Россолимо верхний, симптом Бехтерева), патологический симптом Бабинского слева. Расстройство поверхностной чувствительности справа с уровня ключицы.

1. Определите тип нарушения чувствительности.
2. Поставьте топический диагноз.

Задача 2. Больной 20 лет жалуется на слабость в ногах и периодически затруднение мочеиспускания.

Объективно: мышечный тонус в ногах повышен. Мышечная сила в сгибателях бедра равна 3 баллам. Сухожильные рефлексы с ног оживлены, выявляется клонус стоп, положителен рефлекс Бабинского с обеих сторон. Брюшные рефлексы: верхний сохранен, средний и нижний снижены.

3. Определите синдром.
4. Поставьте топический диагноз

Задача 3. У больного 57 лет в течение года постепенно нарастает слабость в руках. За последние 2 месяца стал замечать слабость в ногах и затруднённое мочеиспускание.

Объективно: Мышечная сила в руках 3 балла, в ногах 4 балла, отмечается гипотрофия мышц верхних конечностей, фасцикулярные подёргивания мышц плечевого пояса. Мышечный тонус в руках снижен, в ногах повышен. Сухожильные рефлексы с рук вызываются с трудом, с ног оживлены, расширены рефлексогенные зоны. Брюшные и подошвенные рефлексы не вызываются.

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.

Задача 4.

Больной 45 лет, известно, что более 10 лет страдал от болей в нижней части спины. Состояние ухудшилось внезапно, 1 день назад, после подъема 50-и кг мешка с цементом. Возникли резчайшие боли в пояснице и в ногах, слабость в ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания.

Объективно: вынужденное положение, резкое напряжение мышц поясницы, слабость сгибателей и разгибателей стоп, гипостезия с уровня L5, симптом Ласега с угла 15 градусов с двух сторон, задержка мочи.

1. Определите синдром
2. Поставьте топический диагноз.

Тема: Острые нарушения мозгового кровообращения. Ишемический инсульт. Этиология, патогенетические варианты. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Тактика ведения. Реабилитация больных.

1. Опишите систему кровоснабжения головного мозга.
2. Дайте определение транзиторной ишемической атаке.
3. Какие патогенетические варианты ишемических инсультов Вы знаете?
4. Перечислите фоновые заболевания и патологические состояния, при которых может развиваться ишемический инсульт.
5. Назовите основные симптомы ишемического инсульта в каротидной системе (окклюзия внутренней сонной, средней мозговой, передней мозговой артерий).
6. Назовите основные клинические проявления ишемического инсульта. Как определить сторону очага при ишемическом инсульте?
7. Назовите основные симптомы ишемического инсульта в вертебрально-базиллярном бассейне.
8. Перечислите этапы специализированной помощи больным с ишемическим инсультом.
9. Опишите диагностический алгоритм при подозрении на ишемический инсульт.
10. Что такое тромболизис? Назовите показания и противопоказания для тромболизиса. Что такое тромбэкстракция? Назовите показания для проведения тромбэкстракции при ишемическом инсульте?
11. Опишите современные реанимационные мероприятия при ишемическом инсульте.
12. Опишите дифференцированную терапию при ишемическом инсульте.
13. В чем заключается вторичная профилактика ишемического инсульта?
14. Перечислите этапы реабилитации больных с ишемическим инсультом?

Задача № 1

Больной, 55 лет, проснувшись утром, заметил слабость в правых конечностях и нарушение речи.

При осмотре: больной в сознании, кожные покровы бледные, пульс аритмичный, тоны сердца приглушены, АД 160/100 мм рт.ст.

В неврологическом статусе: активные движения в правых конечностях ограничены, больше в руке. Мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены справа. Мышечная

сила в правых конечностях – 3 балла. Правый угол рта отстаёт при оскале зубов. Язык отклоняется вправо. Правосторонняя гемигипестезия, более выраженная в руке.

1. Где локализуется очаг?
2. Установите диагноз.
3. Назовите необходимые дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

Задача № 2

Больной 53 года, поступил в клинику с жалобами на боли тупого характера в области сердца, удушье по ночам. Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные и влажные, цианоз губ. В лёгких дыхание ослабленное. Сердце - границы расширены влево. Тоны сердца приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление - 150/80 мм рт.ст. Печень пальпируется на 5 см. ниже рёберной дуги. На 5-й день пребывания в клинике у больного внезапно развились кратковременная потеря сознания (5 минут) и правосторонний паралич.

При осмотре: сознание сохранено, моторная афазия, может выполнять несложные инструкции. Сглаженность правой носогубной складки, язык при высовывании отклоняется вправо. Движения в правых конечностях отсутствуют, сухожильные рефлексы справа повышены. Гемигипестезия справа. Менингеальных симптомов нет. Артериальное давление - 120/90 мм рт.ст., пульс - 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Глазное дно: атеросклеротическая ретинопатия.

1. Где локализуется очаг поражения?
2. Клинический диагноз
3. Предположите патогенетический вариант инсульта.
4. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 3

Больная 56 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. Установлено, что с 17 лет имеет порок митрального клапана ревматического

происхождения. Сегодня днём, без потери сознания, развился правосторонний паралич и нарушилась речь.

При обследовании обращенную речь понимает, но на вопросы не отвечает, произносит только звук «а». Отмечается сглаженность правой носогубной складки, язык отклоняется вправо, в правой руке движения невозможны. АД-120/80 мм рт.ст.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Предположите патогенетический вариант инсульта, назначьте обследование.
4. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 4

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
4. Предположите патогенетический вариант инсульта
5. Назначьте обследование.
6. Принципы лечения.

Задача № 5

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением в глазах и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?
4. Предположите патогенетический вариант инсульта.
5. Тактика обследования и лечения.

Задача № 6

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10 часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

1. Топический диагноз.
2. Предварительный клинический диагноз.

3. Предположите патогенетический вариант инсульта.

4. Тактика обследования и лечения.

Задача № 7

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, больная возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, обращённую речь больная не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Перечислите основные неврологические синдромы.

2. Поставьте топический диагноз.

3. Установите предварительный клинический диагноз.

4. Назначьте обследование и лечение

ТЕМА: Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. этиология, патогенез. клиника. диагностика. неотложная помощь. Тактика ведения. Реабилитация больных. Субарахноидальное кровоизлияние. Аневризмы и сосудистые мальформации головного мозга

1. Перечислите фоновые заболевания и патологические состояния, при которых может развиваться нетравматическое внутримозговое кровоизлияние.
2. Опишите клинику нетравматического внутримозгового кровоизлияния.
3. Опишите клиническую картину дислокации и вклинения мозга при геморрагическом инсульте.
4. Составьте план обследования пациента с нетравматическим внутримозговым кровоизлиянием.
5. Перечислите этапы медицинской помощи больным с нетравматическим внутримозговым кровоизлиянием.
6. Перечислите показания к оперативному лечению при нетравматическом внутримозговом кровоизлиянии.

7. Опишите тактику коррекции жизненно важных функций (дыхание, кровообращение) при нетравматическом внутримозговом кровоизлиянии.
8. Перечислите мероприятия по снижению внутричерепного давления при нетравматическом внутримозговом кровоизлиянии.
9. Сформулируйте принципы реабилитации больных с инсультом.
10. Опишите этиологию, патогенез и клинику субарахноидального кровоизлияния.
11. Опишите алгоритм диагностики субарахноидального кровоизлияния.
12. Опишите особенности нейрореанимации при субарахноидальном кровоизлиянии.
13. Аневризмы и артериовенозные мальформации сосудов головного мозга: опишите их причины, классификацию, клинические проявления.
14. Назовите показания и сроки оперативного лечения при аневризмах и мальформациях сосудов головного мозга.
15. Перечислите мероприятия для профилактики геморрагических инсультов.

Задачи:

Задача № 1

Больной 45 лет, в течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, лечился амбулаторно. Во второй половине дня, после работы, внезапно почувствовал онемение и слабость в правых конечностях, «удар» в голову, потерял сознание.

При поступлении: сознание – сопор, общее состояние тяжёлое, на вопросы не отвечает, дыхание шумное, «парусит» правая щека, голова и глаза повёрнуты влево, артериальное давление 210/120 слева и 170/100 справа.

1. Где локализуется очаг?
2. Установите диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 2

У больного 38 лет, днем, на фоне переутомления, возникла сильная головная боль, рвота. Больной дезориентирован в месте, времени, беспокоен, возбуждён, держится руками за голову, стонет. Выражены менингеальные симптомы, сухожильные рефлексy равномерно оживлены, патологических знаков нет. Общая гиперестезия.

1. Где локализуется очаг?
2. Установите диагноз.
3. Назовите необходимые дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

Задача № 3

Больной 47 лет, доставлен скорой помощью. Считал себя здоровым, артериальное давление ему не измеряли. Утром появились тошнота и боль в левой половине головы, затем последовала утрата сознания. При поступлении: больной в коматозном состоянии. Пульс - 62 удара в минуту, ритмичны. Артериальное давление - 170/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. Дыхание шумное, 27 в минуту. Блефароспазм; плавающие движения глазных яблок, расходящееся косоглазие, лёгкая сглаженность правой носогубной складки. Правосторонняя гемиплегия. Брюшные рефлексы отсутствуют. Двусторонний рефлекс Бабинского. Незначительная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слева.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз, дополнительные методы обследования.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Тема: Инфекционные заболевания нервной системы. Менингиты. Энцефалиты. Миелит. Абсцесс головного мозга. Поражение нервной системы при ВИЧ – инфекции.

1. Дайте классификацию менингитов по патоморфологическому признаку, по условиям возникновения и по возбудителю.
2. Перечислите основные клинические проявления менингита.
3. Какие изменения ликвора возникают при серозном и гнойном менингите?
4. Опишите клинику, диагностику и лечение гнойного менингита.
5. Менингококковый менингит: опишите особенности эпидемиологии, клиники, лечения и прогноз.

6. Отогенный и одонтогенный гнойный менингит. Перечислите основные причины, особенности диагностики и лечения.
7. Что такое абсцесс мозга. Какова его этиология, клиника, диагностика, лечение?
8. Вирусные менингиты: перечислите общие особенности патогенеза и клинической картины. Назовите наиболее распространенных возбудителей вирусного менингита в России.
9. Опишите эпидемиологию, клинику, принципы диагностики и лечения энтеровирусных менингитов:
10. Дайте характеристику туберкулезному менингиту: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
11. Опишите острые энцефалиты: этиология, классификация, основные синдромы.
12. Дайте характеристику герпетическому энцефалиту: клиника, диагностика, лечение.
13. Дайте характеристику клещевому энцефалиту: эпидемиология, основные клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.
16. Опишите варианты поражения нервной системы при ВИЧ — инфекции.

Задачи

Задача № 1.

Больной 21 год, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, двоение в глазах. Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, общую слабость, небольшую головную боль. Имелась субфебрильная температура. Головная боль за 6 дней постепенно резко выросла до нестерпимой, и появилось двоение в глазах, рвота. Объективно: ригидность затылочных мышц + 3 пальца, симптом Кернига с угла 100 градусов, положительный симптом Брудзинского средний и нижний, анизокория, с мидриазом слева, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока кнутри). В ликворе - лимфоцитарный плеоцитоз, понижено содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась плёнка.

1. Установите диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования.

3. Лечение.

Задача № 2.

Из лаборатории получен анализ спинно-мозговой жидкости: цвет - прозрачный, опалесцирующий. Цитоз: лимфоциты - 120 клеток в 1 мм³, белок - 0,33 г\л, сахар - 2,1 ммоль\л, хлориды - 500 мг%.

Ваше мнение о характере изменения ликвора. Поставьте предварительный диагноз.

Задача № 3.

При анализе спинно-мозговой жидкости обнаружено: цвет - мутный, желтый.

Цитоз: 1425 клеток в 1 мм³, нейтрофилы - 1300, лимфоциты - 125, белок - 1,66%, сахар - 1,97 ммоль\л, хлориды - 700 мг%.

Оцените характер ликвора. Поставьте предварительный диагноз.

Задача № 4.

Женщина 30 лет, доставлена в приёмное отделение с неясным диагнозом. Заболела остро. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль на фоне высокой температуры 38,0-38,5° без видимых катаральных явлений. Сегодня температура повысилась до 39,0, появилась тошнота и рвота.

При обследовании выявлены ригидность затылочных мышц на 3 см., положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Других изменений в неврологическом статусе нет. При тщательном осмотре на груди и животе обнаружены единичные розеолы.

1. Клинический диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 5.

Больной 40 лет, поступил в участковую больницу в тяжёлом состоянии: резчайшая головная боль, рвота, высокая температура - 39° С.

При осмотре катаральных явлений не обнаруживалось, но отмечена ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. При исследовании спинномозговой жидкости определяется цитоз - 20 клеток в 1 мм³, лимфоцитарного характера, белок - 0,6 г /л. Через 5 дней общее состояние несколько улучшилось (прекратилась рвота, уменьшились головные боли, понизилась температура до субфебрильных цифр).

Однако больной стал отмечать нарастающую слабость в мышцах шеи (с трудом поддерживает голову) и в руках (не может поднять руки вверх).

Объективно выявился парез проксимальных отделов рук со снижением сухожильных рефлексов.

1. Клинический диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.

3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

ТЕМА: Аутоиммунные заболевания нервной системы. Рассеянный склероз. Миастения. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия.

1. Охарактеризуйте современные представления об этиологии и патогенезе рассеянного склероза?

2. Перечислите формы клинического течения рассеянного склероза.

3. Опишите неврологические нарушения, характерные для рассеянного склероза.

4. Опишите клинику ретробульбарного неврита.

5. Назовите клинические и нейровизуализационные критерии диагностики рассеянного склероза.

6. Перечислите методы лечения, используемые при обострении рассеянного склероза.

7. Назовите современные методы лечения, изменяющие течение рассеянного склероза.

8. Опишите этиологию и классификации полиневропатий

9. Опишите этиологию, клинические проявления, диагностику и лечение полиневропатии Гийена-Барре.

10. Каков патогенез миастении?
11. На какие группы мышц влияет миастения?
12. Каковы симптомы миастении?
13. Как диагностируется миастения?
14. Что такое миастенический криз?
15. Лечение миастении

Задача № 1

Юноша, 18 лет, обратился к врачу в связи с пошатыванием при ходьбе и появившимся 2 дня назад ухудшением зрения. В течение года периодически замечает слабость в ногах непостоянного характера. В настоящее время слабость выросла, походка стала неустойчивой. Объективно: Снижение силы в ногах до 3-х баллов, симптом Бабинского и Шеффера с обеих сторон, сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Брюшные и подошвенные - не вызываются. В позе Ромберга неустойчив. Пяточно-коленную пробу выполняет с интенционным тремором. При осмотре глазного дна выявляется побледнение половин дисков зрительных нервов.

1. Установите диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.
3. Назначьте лечение.

Задача № 2.

Больная 32 лет при поступлении в приемное отделение жалуется на онемение и слабость в конечностях, преимущественно в дистальных отделах. Известно, что 3 недели назад перенесла кишечную инфекцию.

Объективно: мышечная сила в конечностях снижена, особенно в дистальных отделах, сухожильные рефлексы отсутствуют, болезненность нервных стволов, гипестезия по типу «носков» и «высоких перчаток», положительный симптом Лассега с обеих сторон с угла 45°, двусторонний паралич мимических мышц. В ликворе - цитоз 5 клеток в 1 мм³, белок - 1,66%.

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача № 3.

У больной 22 лет внезапно опустилось верхнее веко правого глаза.

Объективно: офтальмоплегия справа, мышечная сила, тонус, сухожильные рефлексы в конечностях сохранены, без патологии.

По данным КТ грудной клетки- доброкачественная опухоль вилочковой железы- тимома. В периферической крови без патологии.

1. Предположите диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, опишите ожидаемые результаты.
3. Назначьте лечение.

Тема: Опухоли головного и спинного мозга. Клиника. Диагностика. Лечение.

Головные боли.

1. Приведите современную гистологическую классификацию опухолей головного мозга.
2. Перечислите общемозговые симптомы, характерные для опухолей больших полушарий головного мозга.
3. Перечислите очаговые симптомы, характерные для опухоли лобной доли.
4. Перечислите очаговые симптомы, характерные для опухоли височной доли.
5. Перечислите очаговые симптомы, характерные для опухолей теменной доли полушария.
6. Перечислите очаговые симптомы, характерные для опухоли затылочной доли.
7. Охарактеризуйте опухоли хиазмально-селлярной области: классификация, клиника, диагностика.
8. Охарактеризуйте эндокринологические синдромы, развивающиеся при опухолях хиазмально-селлярной области.
9. Перечислите показания к консервативному и хирургическому лечению при аденомах гипофиза.

10. Назовите общие отличительные признаки опухолей задней черепной ямки. Опишите клиническую картину вестибулярной шванномы.
11. Опишите механизм дислокации и вклинения головного мозга. Перечислите симптомы височно-тенториального вклинения и вклинения в большое затылочное отверстие.
12. Перечислите методы диагностики и лечения новообразований головного мозга.
13. Сформулируйте основные направления патогенетического и симптоматического лечения пациентов с опухолями головного мозга.
14. Приведите классификацию опухолей спинного мозга. Опишите клинику опухолей спинного мозга различной локализации.
15. Перечислите методы диагностики и лечения новообразований спинного мозга.
16. Опишите клинику интрамедуллярных опухолей спинного мозга
17. Опишите клинику экстрамедуллярных опухолей спинного мозга.
18. Опишите клинику опухолей конского хвоста.
19. Приведите современную классификацию головных болей
20. Дайте определение головной боли напряжения
21. Опишите основные механизмы развития головной боли напряжения
22. Опишите клиническую картину головной боли напряжения
23. Дайте определение мигрени
24. Опишите основные механизмы, приводящие к развитию мигрени
25. Опишите клиническую картину приступа мигрени
26. Методы диагностики и дифференциальной диагностики, используемые у пациентов с головной болью
27. Методы лечения, применяемые у пациентов с головной болью различной этиологии

Задачи

Задача № 1.

Больной Н., 47 лет, одиннадцать месяцев назад появилось снижение слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца отмечается головная боль, тошнота, появилось онемение в левой половине лица. При обследовании в клинике выявлено: нарушение слуха слева по типу поражения звуковоспринимающего аппарата, легкий периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия в левой половине лица, легкая атаксия в левых конечностях. На глазном дне - застойные соски зрительных нервов.

1. Установить диагноз.

2. Назначить лечение.

Задача № 2.

Больной К. 40 лет, около года назад начал отмечать ухудшение зрения, появилась половая слабость, ожирение, плохо стали расти волосы на лице. При осмотре окулистом выявлены признаки первичной атрофии сосков зрительных нервов, сужение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии.

1. Какой можно поставить предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

3. Назначить лечение.

Задача № 3.

Больной Р. 48 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль и тошноту. Слов родственников полгода назад были отмечены изменения в поведении больного: появилась неряшливость, эйфоричность, неадекватные поступки на работе.

При осмотре: центральный парез левого лицевого нерва, умеренное повышение сухожильных и периостальных рефлексов слева, выражены хоботковый и хватательный рефлексы. На глазном дне явления начального застоя сосков зрительных нервов.

1. Установить диагноз.

2. Назначить дополнительные методы обследования.

3. Назначить лечение.

Задача № 4.

Больная У. 49 лет, три года назад среди полного здоровья появился приступ судорожных сокращений в правой руке. В дальнейшем такие приступы повторялись через один - два месяца. Около года назад появилась прогрессирующая слабость в правых конечностях, сначала в руке, а затем и в ноге, появилось затруднение в произношении слов.

При осмотре: правосторонний гемипарез с повышением сухожильных и периостальных рефлексов, симптом Бабинского справа, явления моторной афазии.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования
3. Назначить лечение.

Задача № 5.

Больной Ш. 22 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, тошноту, шаткость при ходьбе. Головная боль появилась полгода назад без видимых причин и постепенно становилась все более интенсивной. В течение последнего месяца появилась шаткость при ходьбе, тошнота.

При осмотре: горизонтальный нистагм при взгляде влево, в позе Ромберга неустойчив - падает влево и назад, слева плохо выполняет пальценосовую и коленно-пяточную пробы. На глазном дне явления застоя.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 6.

Больной О. 24 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, шаткость при ходьбе, периодическое потемнение в глазах в период интенсивной головной боли. Головные боли без видимых причин появились около года назад. Они постепенно усиливались, начали сопровождаться тошнотой, рвотой, появилась шаткость при ходьбе.

При осмотре: спонтанный нистагм при взгляде в обе стороны, в позе Ромберга падает назад, неуверенно выполняет указательные пробы с обеих сторон, ригидность мышц затылка, выраженный застой сосков зрительных нервов с обеих сторон с кровоизлияниями.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 7.

Больная Л. 46 лет, три месяца назад появилась нарастающая по интенсивности головная боль, затем присоединилась тошнота, рвота, легкая шаткость при ходьбе.

При обследовании выявлено: год назад оперирована по поводу рака правой грудной железы, имеется легкий правосторонний гемипарез, легкая анизокория S>D, легкая неустойчивость в позе Ромберга, явления амнестической афазии, застой на глазном дне.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 8.

Больной Д. 32 лет, поступил в клинику с жалобами на головные боли, тошноту, неожиданно возникающую рвоту и головокружение при поворотах головы.

При осмотре: легкий горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны, небольшая неустойчивость в позе Ромберга, вынужденное положение головы. При вставании у

больного усиливается головная боль, темнеет в глазах, появляется тошнота, головокружение, не может лежать на спине, лежит постоянно на правом боку.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 9.

Больная С, 48 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные головные боли, больше в лобной области, снижение обоняния и зрения. Расстройства обоняния и зрения впервые отметила год назад, полгода назад появились боли в лобной области, которые, однако, не имели интенсивный характер, отмечается ослабление памяти.

При обследовании выявлено: двусторонняя аносмия, полная слепота на левый глаз, выпадение височной половины поля зрения на правый глаз, выраженный хоботковый рефлекс, небольшое преобладание сухожильных и периостальных рефлексов справа. Имеется атрофия соска зрительного нерва слева и застой соска зрительного нерва справа. На обзорных рентгенограммах черепа - гиперостоз основания передней черепной ямки, порозность спинки турецкого седла, в ликворе - белково-клеточная диссоциация.

1. Поставить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 10

Больная, 55 лет, после операции удаления опухоли червя мозжечка, на 2-ые сутки была произведена люмбальная пункция. Через 2 минуты после выведения 10 мл ликвора у больного произошло резкое угнетение уровня сознания до комы 1, появился выраженный менингеальный синдром - ригидность затылочных мышц + 5 пальцев, симптом Кернига - 50 градусов, двухсторонние положительные симптомы Бабинского, дыхание Чейн-Стокса с ЧД 20-8 в 1 мин., АД 185\105 мм рт.ст., пульс - 98 в 1 мин.

1. Поставьте предварительный синдромальный диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы обследования.

3. Распишите неотложные врачебные мероприятия.

Тема: Травмы головного и спинного мозга. Классификация. Клиника. Неотложная помощь. Тактика ведения. Пароксизмальные расстройства сознания. Эпилепсия.

1. Приведите клиническую классификацию черепно-мозговой травмы
2. Назовите клинические симптомы сотрясения головного мозга.
3. Опишите клинические признаки ушиба головного мозга.
4. Опишите клинические особенности сдавления головного мозга.
5. Опишите клинику диффузного аксонального повреждения.
6. Опишите клинику височно-тенториального вклинения.
7. Опишите клинику вклинения в большое затылочное отверстие.
8. Расскажите определение и принципы классификации коматозных состояний. Шкала ком Глазго.
9. Опишите неотложную помощь при черепно-мозговой травме.
10. Опишите тактику ведения пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.
11. Сформулируйте показания к оперативному лечению при черепно-мозговой травме.
12. Охарактеризуйте клинические особенности проникающей черепно-мозговой травмы.
13. Опишите особенности ведения пациентов с открытой черепно-мозговой травмой.
14. Опишите роль нейровизуализации в диагностике черепно-мозговой травмы.
15. Что такое эпилепсия?
16. Классификация эпилептических припадков?
17. Как диагностируется эпилепсия?
18. Какова роль ЭЭГ в диагностике эпилепсии?
19. Современные методы лечения эпилепсии?
20. Тактика врача невролога при возникновении у пациента судорожного припадка.
21. Определение понятия «эпилептический статус».
22. Каковы наиболее распространенные причины эпилептического статуса?

23. Приведите несколько возможных осложнений тонико-клонического эпилептического статуса.
24. Что такое фебрильные судороги? Может ли ребенок с фебрильным приступом развить настоящую эпилепсию? Какие факторы могут увеличить риск? Будете ли вы лечить такого ребенка? Почему или почему нет?
25. Определение обморока? Классификация обмороков по подтипам.
26. Тактика врача при возникновении у пациента обморока?

Задачи

Задача № 1.

Больной П. 21 года, во время автоаварии ударился головой о ветровое стекло, терял сознание на 30—40 минут. Доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы. При осмотре: сознание ясное, ориентирован в месте и времени, жалуется на головную боль и тошноту, при попытках встать отмечается головокружение. Где и когда произошла травма больной не помнит.

Пульс 84 уд. в 1 мин, дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные влажные, симптомов очагового поражения нервной системы нет, менингеальных симптомов нет.

1. Установить клиническую форму черепно-мозговой травмы.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 2.

Больной А. 21 года, получил травму головы, выполняя спортивное упражнение на перекладине. Была потеря сознания в течении часа. В больницу доставлен через два часа после травмы. При осмотре: в сознании, жалуется на головную боль, тошноту, чувство «заложенности» в левом ухе. Пульс 92 уд. в 1 мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст., дыхание 20—22 в мин, на голове слева в височно-теменной области припухлость мягких тканей, слева из наружного слухового прохода подтекает кровь и светлая жидкость, при оскале зубов отстает левый угол рта и плохо зажмуривает левый глаз, сухожильные рефлексы преобладают справа, легкая ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Имеются ли показания к оперативному лечению?
4. Назначить медикаментозное лечение.

Задача № 3.

Больной Д. 32 лет, на лесоразработках получил травму головы упавшим бревном. Потерял сознание. Доставлен в больницу через 3 часа после травмы. Со слов, доставивших после травмы был короткий период времени, когда больной отвечал на вопросы, затем снова впал в бессознательное состояние.

При осмотре: sopорозное состояние сознания, беспорядочно двигает правыми конечностями, в левых конечностях активные движения отсутствуют. Сухожильные и периостальные рефлексы слева высокие. Правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, пульс 52 уд. в 1 мин, артериальное давление 150/100 мм рт.ст., дыхание частое шумное, имеется ригидность мышц затылка, симптом Кернига не выражен.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Определить, есть ли показания к операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

Задача № 4.

Больная Н. 30 лет, при переходе улицы поскользнулась на льду, упала и ударилась головой, потеряла сознание. Машиной скорой помощи доставлена в больницу через час после случившегося. В сознание пришла во время транспортировки.

При осмотре: жалуется на головную боль, тошноту. Пульс 68 уд. в 1 мин, дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, артериальное давление 130/60 мм рт.ст., симптомов очагового поражения головного мозга и симптомов раздражения мозговых оболочек нет.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.

3. Определить показанность операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

Задача № 5.

Больной 40 лет, был избит и получил травму головы. Потерял сознание и очнулся в больнице через три часа после травмы.

При осмотре: в правой лобно-теменной области имеется припухлость мягких тканей и ссадины кожи. Пульс 78 уд. в 1 мин, артериальное давление 140/80 мм рт.ст., дыхание ритмичное 20—24 раза в 1 мин, активные движения в левой руке и ноге отсутствуют, сухожильные и периостальные рефлексy слева повышены, определяется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон.

1. Установить диагноз.

2. Назначить методы дополнительного обследования.

3. Определить, есть ли показания к операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

Задача № 6.

Больной Л. 24 лет, на стройке дома упал с балкона и ударился головой о грудy кирпича. Доставлен в больницу через час после травмы. При осмотре: сознание утрачено до степени сопора, отмечается психомоторное возбуждение (дыхание частое шумное до 34 раз в 1 мин., артериальное давление 160/100 мм рт. ст., пульс 140 уд. в 1 мин. Отмечается истечение крови и светлой жидкости из левого слухового прохода, зрачки несколько расширены, реакция их на свет вялая, имеется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон, слева в височно-теменной области имеется припухлость мягких тканей.

1. Установить диагноз.

2. Назначить методы дополнительного обследования.

3. Определить показанность операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

Задача № 7.

Больной Г. 42 лет, получил травму области спины упавшим бревном. Тут же отметил выраженную слабость и онемение в ногах, не смог самостоятельно ходить. Через два часа после случившегося доставлен в приемный покой больницы.

При осмотре: чувство онемения в ногах прошло и нарушений чувствительности не выявлено, сила в ногах хорошая, может самостоятельно ходить. Сила в ногах восстановилась за прошедшие два часа после травмы. Имеется болезненность при пальпации в межлопаточной области и припухлость мягких тканей.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Врачебная тактика.

Задача № 8.

Больной К. 20 лет, при нырянии в реку ударился головой о дно. Отметил боль в области шеи и чувство слабости в ногах и руках. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товарищи вынесли его из воды и доставили в больницу.

При осмотре: болезненность при пальпации остистых отростков в области шеи на уровне С-5-6-7 позвонков, глубокий тетрапарез, глубокое снижение всех видов чувствительности с уровня С-5 сегмента, сухожильные и периостальные рефлексы с рук снижены, на ногах повышены, симптомы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 9.

Больной Т. 35 лет, при автоаварии выпал из кузова автомашины и получил травму области спины краем кузова. Сразу же наступил паралич ног и онемение нижней части туловища и ног.

При осмотре в больнице: вялая нижняя параплегия, анестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу с уровня Д-5 сегмента, задержка мочи. В области спины и межлопаточной области имеется припухлость мягких тканей. При рентгенографии позвоночника выявлен компрессионный перелом тела Д-3 позвонка со смещением его кзади на 0.5 см. При люмбальной пункции выявлена полная блокада субарахноидального пространства спинного мозга при пробе Квекенштедта.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

Задача № 10.

Больной Ж. 41 года, при падении с лесов на стройке получил травму области спины. Сразу же отметил чувство онемения в йогах: ноги, со слов больного, «стали как ватные», отметил также наличие слабости в ногах, однако мог самостоятельно передвигаться. Через два-три часа после травмы появились нарастающие боли в области спины. Через несколько часов нарасла слабость в ногах, больной перестал ходить, появилась задержка мочеиспускания. При неврологическом обследовании выявлен глубокий спастический нижний парапарез, повышение коленных и ахилловых рефлексов, симптом Бабинского с двух сторон, глубокая гипестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу до уровня Д-10 сегмента.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

Задача № 11.

Больной Т. 31 года, при уборке сена упал с воза вниз головой. Почувствовал резкую боль в области шеи. Тут же пропали движения в руках и ногах.

При осмотре в больнице выявлено: вялая тетраплегия, анестезия всех видов чувствительности с уровня С-6-7 сегментов спинного мозга. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног не вызываются. Задержка мочеиспускания.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

Задача № 12.

У больного А. 18 лет, при падении с дерева остро развился паралич ног. При осмотре в больнице установлено: наличие нижней вялой параплегии, анестезия всех видов чувствительности с уровня Д-12 сегмента, отсутствие сухожильных и периостальных рефлексов с ног. При рентгенографии позвоночника выявлен компрессионно-оскольчатый перелом Д-9 позвонка со смещением тела кзади на 0,6 см. При пробе Квекенштедта во время люмбальной пункции выявлена полная блокада субарахноидального пространства спинного мозга.

1. Установить диагноз.
2. Определить тактику лечения.

Тема: Заболевания периферической нервной системы. Плексопатии. Мононевропатии. Радикулопатии. Боли в спине.

1. Опишите механизмы развития болевых синдромов при вертеброгенной патологии.
2. Охарактеризуйте такие рефлекторные вертеброневрологические синдромы, такие как цервикалгия, цервикобрахиалгия, цервикокраниалгия, люмбалгия, люмбоишиалгия.
3. Опишите клинические проявления наиболее распространенных (С5, С6, С7, С8, L4, L5, S1) радикулопатий.
4. Опишите клинику компрессии корешков конского хвоста.
5. Опишите порядок обследования больного с острыми и хроническими болями в спине.
6. Опишите принципы неотложной помощи при острой боли в спине.
7. Сформулируйте принципы лечения вертеброгенной патологии.
8. Каковы показания к неотложному оперативному лечению вертеброневрологических синдромов?
9. Расскажите о профилактике вертеброневрологической патологии.
10. Опишите клинику поражения срединного нерва.
11. Опишите клинику поражения локтевого нерва.

12. Опишите клинику поражения лучевого нерва.
13. Опишите клинику поражения бедренного нерва
14. Опишите клинику поражения седалищного нерва, малоберцового нерва
15. Опишите клинику поражения плечевого сплетения
16. Опишите клинику повреждения крестцового сплетения

Задача № 1.

Больной 35 лет, после подъёма груза почувствовал резкую боль в поясничной области.

Объективно: сглаженность поясничного лордоза, сколиоз, напряжение мышц поясничной области. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за болей. Болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничном отделе. Симптом Ласега слева с угла 30°. Левый ахиллов рефлекс отсутствует. Гипестезия по задне-наружной поверхности левой голени.

1. Установите диагноз.

2. Назначьте лечение.

Задача № 2.

Больная 38 лет, после подъёма груза почувствовала резкую боль в поясничной области, вследствие чего не могла разогнуться.

Объективно: напряжение мышц поясничной области, сколиоз, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во все стороны. Болезненность паравертебральных точек L4-L5 слева. Симптом Лассега слева. Слабость разгибателя большого пальца левой стопы. Гипалгезия в области наружной поверхности пальца левой голени. На спондилограмме отмечается уменьшение расстояния между телами L4-L5 позвонков, шиловидные разрастания по краям L3-L4 позвонков.

1. Где локализуется очаг поражения.

2. Клинический диагноз.

3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 3.

У больного 52 лет, после переохлаждения появились ноющие боли в поясничной области с иррадиацией по передней поверхности бедра и внутренней голени справа.

Объективно: напряжение мышц в поясничной области, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника из-за боли вперёд и в стороны. Симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Снижение правого коленного рефлекса. Гипалгезия по внутренней поверхности правой голени.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 4.

У больного 12 лет, в течение 2-3 недель на фоне умеренных болей в голени постепенно развилась слабость в правой ноге (стала свисать стопа), при ходьбе часто «зацепляется» носком.

Объективно: правая стопа свисает и несколько приведена кнутри. Походка «петушиная». Чувствительность снижена по наружной поверхности голени и на тыльной стороне стопы справа.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 5.

У ребёнка 10 лет, после травмы ключицы исчезли движения и чувствительность в правой руке.

Объективно: никакие движения в руке невозможны, похудение и гипотония мышц плеча, предплечья, кисть отёчна. Рефлексы с правой руки не вызываются. Нарушение чувствительности на всей руке, выявляется синдром Горнера справа.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 6.

У больного 23 лет, после травмы левого плеча появились боли и онемение в области предплечья, слабость в руке, главным образом в кисти, не может пальцы сжать в кулак.

Объективно: гипотрофия мышц предплечья и кисти - сгибателей кисти и пальцев, снижение чувствительности по внутренней поверхности кисти предплечья и плеча слева.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 7.

Больной 22 лет, после сна обнаружил слабость в левой руке.

Объективно: ограничение разгибания левого предплечья, кисти, отведения большого пальца, супинации. «Свисающая кисть», пальцы свисают ступенеобразно, отсутствует рефлекс с трёхглавой мышцы, снижен карпорадиальный рефлекс. Анестезия на дорсальной поверхности плеча, предплечья, отчасти кисти и тыльной поверхности V, IV и одной половине III пальца.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 8.

У больного 28 лет, после травмы правого локтевого сустава развилась слабость в кисти.

Объективно: правая кисть имеет вид «когтистой лапы». Нарушение сгибателя V IV и частично III пальцев, приведение их, особенно V и IV, западание межкостных промежутков особенно I, резкое уплощение гипотенора. Гипестезия на ладонной поверхности V и ульнарной части IV пальцев, цианоз, нарушение потоотделения и понижение кожной температуры в области V и IV пальцев.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики.

Задача № 9.

У больного 23 лет, через 2-3 недели после травмы правого предплечья появились жгучие боли в кисти и ограничение движений в пальцах правой руки.

Объективно: кисть напоминает «обезьянью лапу». Отмечается атрофия мышц области тенора, отсутствует противопоставление I пальца, нарушение ладонного сгибания I, II и III пальцев и разгибание средних фаланг II и III пальцев, гипестезия по ладонной поверхности I, II, III и лучевой части IV пальцев. Кожа в области I, II, III пальцев имеет синюшную окраску, ногти тусклы, ломкие, расстройство потоотделения, гиперкератоз, изъязвления, гипертрихоз.

1. Где локализуется очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Основные принципы лечения и врачебной тактики

Перечень вопросов к экзамену:

1. 1, 2 пары черепных нервов. Анатомия, методика исследования, синдромы поражения.
2. 3, 4, 6 пары черепных нервов. Анатомия, методика исследования, симптомы поражения.
3. Тройничный нерв. Анатомия, методика исследования, симптомы поражения.
4. Лицевой нерв. Анатомия, методика исследования, симптомы поражения.
5. 9, 10 пары черепных нервов. Анатомия, методика исследования, симптомы поражения.

6. 8 пара черепных нервов. Анатомия, методика клинического исследования, симптомы поражения.
7. 11, 12 пары черепных нервов. Анатомия, методика исследования, симптомы поражения.
8. Пирамидная система. Анатомия, методика исследования. Симптомы поражения центрального двигательного нейрона.
9. Симптомы поражения периферического двигательного нейрона. Сравнительная характеристика центрального и периферического паралича.
10. Чувствительность. Проводящие пути поверхностной и глубокой чувствительности.
11. Виды чувствительности. Виды и типы чувствительных расстройств.
12. Синдромы поражения лобной доли.
13. Синдромы поражения теменной доли.
14. Синдромы поражения височной доли.
15. Синдромы поражения затылочной доли.
16. Синдромы поражения внутренней капсулы и таламуса.
17. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
18. Мозжечок. Проводящие пути. Симптомы поражения.
19. Синдром поражения спинного мозга на уровне С1-С4.
20. Синдром поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения.
21. Синдром поражения спинного мозга на грудном уровне.
22. Синдром поражения спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
23. Синдромы поражения эпиконуса и конуса спинного мозга.
24. Клиника поражения конского хвоста.
25. Менингеальный синдром. Причины. Клинические проявления и клиническая диагностика.
26. Люмбальная пункция. Техника. Показания, противопоказания.
27. Исследование ликвора. Нормальный состав, основные патологические изменения.
28. Комы. Классификация. Обследование больного.
29. Эпилепсия. Классификация, диагностика, лечение. Неотложная помощь при эпилептическом статусе.
30. Невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика, лечение.
31. Ишемический инсульт. Патогенетические варианты, диагностика.
32. Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
33. Лечение ишемического инсульта.
34. Лечение геморрагического инсульта.
35. Восстановительное лечение больных с инсультом. Профилактика повторного инсульта.
36. Менингиты. Классификация, клиника, диагностика. Изменения cerebrospinalной жидкости.
37. Гнойные менингиты: менингококковый менингит, отогенный и одонтогенный менингиты. Клиника, диагностика, лечение.

38. Вирусные менингиты и энцефалиты. Основные представления о патофизиологии. Клещевой энцефалит. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.
39. Туберкулезный менингит. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
40. Герпетический энцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
41. Поражение нервной системы при СПИДе. Клиника, диагностика, лечение.
42. Полинейропатия. Клиника, классификация, обследование больного.
43. Острая воспалительная полинейропатия Гийена – Барре. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
44. Неспецифические скелетно-мышечные боли в спине. Этиология. Принципы диагностики и лечения.
45. Радикулопатии L4, L5, S1. Синдром компрессии корешков конского хвоста. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
46. Черепно-мозговая травма. Классификация. Сотрясение головного мозга.
47. Черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение тяжелой ЧМТ.
48. Черепно-мозговая травма: диффузное аксональное повреждение. Клиника, диагностика, лечение.
49. Черепно-мозговая травма: сдавление головного мозга.
50. Синдромы вклинения и дислокации. Общее представление. Виды, клиническая картина. Неотложная помощь.
51. Опухоли головного мозга, принципы классификации.
52. Опухоли полушарий головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
53. Опухоли задней черепной ямки. Клиника, диагностика, лечение.
54. Опухоли хиазмально-селлярной области. Клиника, диагностика, лечение.
55. Опухоли спинного мозга. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Темы научной работы студентов

1. Реабилитация пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения
2. Церебральная амилоидная ангиопатия
3. Хирургическое лечение поражений периферических нервов
4. Возможности реабилитации пациентов с хроническими болевыми синдромами
5. Неврологические осложнения при терминальной почечной недостаточности
6. Поражение нервной системы при лимфопролиферативных заболеваниях

Тестовые задания

по дисциплине Неврология

по специальности Медико-профилактическое дело 3.05.01

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел 1. СИСТЕМНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ. ВЯЛЫЙ И СПАСТИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ.	ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11
<p>:: ТЕМА1-1:: В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОСТЕЙШИХ РЕФЛЕКТОРНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ АКТОВ УЧАСТВУЕТ: {</p> <ul style="list-style-type: none"> =сегментарный аппарат спинного мозга ~кора больших полушарий головного мозга ~мозжечок ~базальные ганглии <p>}</p> <p>:: ТЕМА1-2:: ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ НАЧИНАЕТСЯ: {</p> <ul style="list-style-type: none"> ~от нейронов задней центральной извилины =от нейронов передней центральной извилины ~от нейронов базальных отделов лобных долей ~от нейронов теменной доли <p>}</p> <p>:: ТЕМА1-3:: КОРТИКО-СПИНАЛЬНЫЙ ТРАКТ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:</p> <p>{</p> <ul style="list-style-type: none"> ~в передних столбах спинного мозга =в передних рогах спинного мозга ~в задних столбах спинного мозга ~в боковых столбах спинного мозга <p>}</p> <p>:: ТЕМА1-4:: ПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА ЧЕЛОВЕКА: {</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ответственна за произвольные компоненты произвольных движений. ~управляет автоматизированными движениями ~обеспечивает регуляцию мышечного тонуса и поддержание поз =ответственна за организацию точных дискретных компонентов произвольных движений <p>}</p> <p>:: ТЕМА1-5:: ПЕРЕКРЕСТ ПИРАМИДНОГО ТРАКТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: {</p> <ul style="list-style-type: none"> =на уровне границы между варолиевым мостом и продолговатым мозгом ~в коре головного мозга ~в таламусе 	

~в среднем мозге

}

:: ТЕМА1-6:: ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА: {

~в нижних отделах передней центральной извилины слева

=среднем отделе передней центральной извилины справа

~в заднем бедре внутренней капсулы

~в колене внутренней капсулы

}

:: ТЕМА1-7:: СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК НАЧИНАЕТСЯ С ПАЛЬЦЕВ ЛЕВОЙ НОГИ В СЛУЧАЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОЧАГА: {

~в верхнем отделе задней центральной извилины справа

~в нижнем отделе передней центральной извилины справа

=в верхнем отделе передней центральной извилины справа

~в нижнем отделе задней центральной извилины справа

}

:: ТЕМА1-8:: МОТОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

~боковых рогов спинного мозга

~нейронов спинномозговых узлов

~нейронов чувствительных ядер черепных нервов

=передних рогов спинного мозга

}

:: ТЕМА1-9:: ШЕЙНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ОБРАЗУЕТСЯ ПЕРЕДНИМИ ВЕТВЯМИ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ: {

=C1 - C4

~C2 - C5

~C3 - C6

~C4 - C7

}

:: ТЕМА1-10:: ПЛЕЧЕВОЕ СПЛЕТЕНИЕ ФОРМИРУЮТ ПЕРЕДНИЕ ВЕТВИ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ: {

=C5 - Th2

~C5 - C8

~C6 - C8

~C8 - Th2

}

:: ТЕМА1-11:: ПОЯСНИЧНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ФОРМИРУЮТ ПЕРЕДНИЕ ВЕТВИ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ: {

~L1 – L5
=Th12 – L4
~Th11 – L5
~L1 - L4
}

:: ТЕМА1-12:: КРЕСТЦОВОЕ СПЛЕТЕНИЕ ФОРМИРУЮТ ПЕРЕДНИЕ ВЕТВИ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ: {

~S1 - S5
~L3 — S5
=L4 - S4
~L5 - S5
}

:: ТЕМА1-13:: РЕФЛЕКС ЧЕДДОКА (ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТОПНЫЙ РЕФЛЕКС РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА) ВЫЗЫВАЮТ: {

~сдавлением ахиллова сухожилия
=штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
~штриховым раздражением подошвы
~штриховым раздражением кожи внутренней лодыжки
}

:: ТЕМА1-14:: ДЛЯ ПИРАМИДНОЙ СПАСТИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА В МЫШЦАХ: {

=сгибателях и пронаторах рук и разгибателей ног
~сгибателях ног и разгибателях рук
~сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно
~повышение тонуса в агонистах сочетается со снижением тонуса в антагонистах
}

:: ТЕМА1-15:: ОСНОВНЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ РЕФЛЕКСОМ СГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ РЕФЛЕКС: {

=Россолимо
~Оппенгейма
~Гордона
~Чеддока
}

:: ТЕМА1-16:: ПОЛУШАРНЫЙ ПАРЕЗ ВЗОРА (БОЛЬНОЙ СМОТРИТ НА ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ) СВЯЗАН С ПОРАЖЕНИЕМ: {

=лобной
~височной
~теменной

~правой затылочной

}

:: ТЕМА1-17:: ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО МОТОНЕЙРОНА НА УРОВНЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ: {

~двигательные расстройства в мышцах туловища на стороне поражения

~двигательные и чувствительные расстройства в конечностях на противоположной очагу поражения стороне

=двигательные расстройства в конечностях на противоположной очагу поражения стороне

~альтернирующий синдром

}

:: ТЕМА1-18:: ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СПАСТИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО: {

=повышение сухожильных рефлексов, появление патологических пирамидных рефлексов

~низкий мышечный тонус

~отсутствие сухожильных рефлексов

~атрофия парализованных мышц

}

:: ТЕМА1-19:: ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО: {

=низкий мышечный тонус, отсутствие сухожильных рефлексов, атрофия парализованных мышц

~повышение сухожильных рефлексов

~появление защитных рефлексов

~появление патологических пирамидных рефлексов

}

:: ТЕМА1-20:: У БОЛЬНОГО – ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ МЫШЦ, ФИБРИЛЛЯРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ В НИХ. В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕЧЕНЫ: {

~задние рога спинного мозга

=передние рога спинного мозга

~передние канатики спинного мозга

~боковые канатики спинного мозга

}

:: ТЕМА1-21:: НАРУШЕНИЕ СГИБАНИЯ БЕДРА И РАЗГИБАНИЯ ГОЛЕНИ, ВЫПАДЕНИЕ КОЛЕННОГО РЕФЛЕКСА. АТРОФИЯ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА. РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА НИЖНИХ 2/3 ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА И ПЕРЕДНЕ-ВНУТРЕННЕЙ

ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ
ВАССЕРМАНА, МАЦКЕВИЧА. КАКОЙ НЕРВ СТРАДАЕТ: {

- =бедренный нерв
 - ~малоберцовый нерв
 - ~поясничное сплетение
 - ~крестцовое сплетение
- }

:: ТЕМА1-22:: ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ НОГ,
АНЕСТЕЗИЯ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ, В ПРОМЕЖНОСТИ;
ЦЕНТРАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЯ.
ОПРЕДЕЛИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ОЧАГА: {

- ~поперечное поражение спинного мозга на уровне C5-D1
 - ~поперечное поражение спинного мозга на уровне C3-C4
 - =поперечное поражение спинного мозга на уровне L2-S2
 - ~поперечное поражение спинного мозга на уровне S3-S5
- }

:: ТЕМА1-23:: НАРУШЕНИЕ ЛАДОННОГО СГИБАНИЯ КИСТИ.
I, II, III ПАЛЬЦЕВ, ЗАТРУДНЕНИЕ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЯ
БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА, РАЗГИБАНИЯ СРЕДНИХ И КОНЦЕВЫХ
ФАЛАНГ II И III ПАЛЬЦЕВ, ПРОНАЦИИ, АТРОФИЯ МЫШЦ
ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ТЕНАРА. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
НА КИСТИ, ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ I, II, III ПАЛЬЦЕВ,
ЛУЧЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ IV ПАЛЬЦА. ВЕГЕТАТИВНО-
ТРОФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СИНДРОМ КАУЗАЛГИИ.
КАКОЙ НЕРВ СТРАДАЕТ: {

- =срединный нерв
 - ~локтевой нерв
 - ~лучевой нерв
 - ~плечевое сплетение
- }

:: ТЕМА1-24:: КАК НАЗЫВАЕТСЯ ПУТЬ, ИДУЩИЙ ОТ
ЦЕНТРАЛЬНОГО МОТОНЕЙРОНА: {

- =кортико-спинальный
 - ~спиноталамический тракт
 - ~тонкий и клиновидный канатики
 - ~бульботаламический тракт
- }

:: ТЕМА1-25:: КОРТИКО-СПИНАЛЬНЫЙ ПУТЬ
ЗАКАНЧИВАЕТСЯ: {

- =на альфа-больших мотонейронах
- ~на альфа-малых мотонейронах
- ~на гамма-мотонейронах

~в боковых канатиках

}

:: ТЕМА1-26:: НИЖНЯЯ СПАСТИЧЕСКАЯ ПАРАПЛЕГИЯ, АНЕСТЕЗИЯ НИЖЕ УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ, ЦЕНТРАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО МОЧЕИСПУСКАНИЯ, КОРЕШКОВЫЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ОПРЕДЕЛИТЕ УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА: {

~C5-D1

=D2-D12

~L2-S2

~C1-C4

}

:: ТЕМА1-27:: ОГРАНИЧЕНИЕ ЛАДОННОГО СГИБАНИЯ КИСТИ, ПРИВЕДЕНИЯ И РАЗВЕДЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ, РАЗГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА В ОСНОВНЫХ ФАЛАНГАХ И СГНБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА В КОНЦЕВЫХ ФАЛАНГАХ, ОСОБЕННО IV И V ПАЛЬЦЕВ (ПОЗА "КОГТИСТОЙ ЛАПЫ"). АТРОФИЯ МЕЖКОСТНЫХ МЫШЦ, ГИПОТЕНАРА. ВЫПАДЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ЛАДОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ V ПАЛЬЦЕВ, ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ V, IV ПАЛЬЦЕВ, И ПОЛОВИНЫ III ПАЛЬЦА. ВОЗМОЖНЫ БОЛИ, ИРРАДИИРУЮЩИЕ В МИЗИНЕЦ. КАКОЙ НЕРВ СТРАДАЕТ: {

=локтевой нерв

~срединный нерв

~нижняя порция плечевого сплетения

~лучевой нерв

~шейное сплетение

}

:: ТЕМА1-28:: ПАРАЛИЧ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ, ПОЗА "СВИСАЮЩИЙ КИСТИ", ВЫПАДЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ДОРСАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧА, ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ЧАСТИЧНО КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ (ТЫЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ I, II И ПОЛОВИНЫ III); ВЫПАДЕНИЕ РЕФЛЕКСА С СУХОЖИЛИЯ ТРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ. ОПРЕДЕЛИТЕ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ: {

=лучевой нерв

~плечевое сплетение

~локтевой нерв

~нижняя порция плечевого сплетения

}

:: ТЕМА1-29:: ГДЕ ВОЗНИКНУТ ПОРАЖЕНИЯ МЫШЦ ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ПАТОЛОГИИ ПИРАМИДНОГО ТРАКТА НА

УРОВНЕ СПИННОГО МОЗГА: {

- =на стороне поражения
 - ~на противоположной стороне
 - ~с обеих сторон
 - ~возникнут только чувствительные нарушения на стороне поражения
- }

:: ТЕМА1-30:: ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СПАСТИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО: {

- =повышение сухожильных рефлексов, появление патологических пирамидных рефлексов
 - ~атрофия мышц в парализованной части тела
 - ~низкий мышечный тонус
 - ~отсутствие сухожильных рефлексов
 - ~уменьшение объема мышц
- }

:: ТЕМА1-31:: ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ХАРАКТЕРНО: {

- ~повышение мышечного тонуса
 - ~появление патологических пирамидных рефлексов
 - ~повышение сухожильных рефлексов
 - =низкий мышечный тонус, отсутствие сухожильных рефлексов
- }

:: ТЕМА1-32:: ВО ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЕ КОРТИКО-СПИНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРОХОДИТ: {

- =в передних двух третях заднего бедра
 - ~в задних двух третях переднего бедра
 - ~во всей внутренней капсуле
 - ~в передних двух третях переднего бедра
- }

:: ТЕМА1-33:: ПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА У ЧЕЛОВЕКА: {

- =ответственна за организацию точных дискретных компонентов произвольных движений
 - ~ответственна за произвольные компоненты произвольных движений.
 - ~управляет автоматизированными движениями
 - ~обеспечивает регуляцию мышечного тонуса и поддержание поз
- }

:: ТЕМА1-34:: ПИРАМИДНЫЙ ТРАКТ ИДЕТ: {

- ~из 1 слоя коры
- ~из 2 слоя коры
- ~из 3 слоя коры
- =из 5 слоя коры

}

:: ТЕМА1-35:: У БОЛЬНОГО — ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ МЫШЦ, ФИБРИЛЛЯРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ В НИХ. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СТРУКТУР ВОВЛЕЧЕНЫ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС: {

=передние рога спинного мозга

~задние рога спинного мозга

~передние канатики спинного мозга

~боковые канатики спинного мозга

}

:: ТЕМА1-36:: У БОЛЬНОГО — ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПО ТИПУ ИСТИННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, АНЕСТЕЗИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОМЕЖНОСТИ, ЖЕСТОКИЕ КОРЕШКОВЫЕ БОЛИ В НОГАХ, КРЕСТЦЕ, ЯГОДИЦАХ, ПРОМЕЖНОСТИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА: {

~поясничное утолщение (L2 – S2 сегменты)

~конус (S3- S5)

~эпиконус (L4 – S2)

=конский хвост

}

Раздел 2. СИСТЕМНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДВИЖЕНИЙ. ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА. МОЗЖЕЧОК. ПРИЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА2-1:: В СОСТАВ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ ВХОДЯТ: {

=хвостатое ядро, чечевицеобразное ядро, черная субстанция

~мозжечок

~периферический мотонейрон

~гипоталамус

}

:: ТЕМА2-2:: ОСНОВНЫМ МЕДИАТОРОМ ТОРМОЗНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: {

~ацетилхолин

~норадреналин

=гамма аминomásляная кислота

~адреналин

}

**:: ТЕМА2-3:: ПАЛЛИДО-НИГРАЛЬНАЯ СИСТЕМА – ЭТО
ОБЪЕДИНЕНИЕ БЛЕДНОГО ШАРА С: {**

- ~Люисовым телом
- ~хвостатым ядром
- =черной субстанцией
- ~корой головного мозга

}

**:: ТЕМА2-4:: В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ В МОЗЖЕЧКЕ
ВЫДЕЛЯЮТ: {**

- =два полушария, червь, три пары ножек
- ~наружную капсулу, внутреннюю капсулу
- ~хвостатое ядро, скорлупу, бледные шары
- ~задние рога, боковые рога, передние рога

}

**:: ТЕМА2-5:: КОЛЛЕКТОРОМ АФФЕРЕНТНЫХ ИМПУЛЬСОВ,
ПОСТУПАЮЩИХ В МОЗЖЕЧОК ПО РАЗЛИЧНЫМ ПУТЯМ,
ЯВЛЯЕТСЯ ЯДРО: {**

- =шатра
- ~альфа - мотонейрон
- ~гамма – мотонейрон
- ~скорлупа

}

**:: ТЕМА2-6:: ПРИЗНАКАМИ ХОРЕИЧЕСКОГО ГИПЕРКИНЕЗА
ЯВЛЯЮТСЯ: {**

- ~бросковые и вращательные движения в плечевом и тазобедренном суставах
- ~мышечная слабость
- =беспорядочные нерегулярные стремительные движения с вовлечением мышц конечностей, языка, туловища, “пританцовывающая” походка
- ~насильственный поворот шеи в сторону или запрокидывание ее назад

}

**:: ТЕМА2-7:: СИМПТОМ «ЗУБЧАТОГО КОЛЕСА» ВОЗНИКАЕТ ПРИ
ПОРАЖЕНИИ: {**

- =нигростриарного дофаминергического пути
- ~мозжечка
- ~внутренней капсулы
- ~наружной капсулы

}

:: ТЕМА2-8:: ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ

СИСТЕМЫ, НЕОБХОДИМО ПОПРОСИТЬ БОЛЬНОГО: {

- ~показать называемые предметы
 - =выполнить быстрые повторяющиеся движения
 - ~сделать несколько прыжков на одной ноге
 - ~пройти по воображаемой прямой линии «пятку к носку»
- }

:: ТЕМА2-9:: НАРУШЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ: {

- ~арефлексия
 - =дистонический гиперкинез
 - ~атония
 - ~фасцикуляции
- }

:: ТЕМА2-10:: ПРИЗНАКАМИ АКИНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ: {

- =затруднения при начале произвольных движений, замедленность движений (брадикинезия), прогрессирующее снижение скорости и амплитуды повторных движений
 - ~существенное снижение мышечной силы
 - ~непроизвольные насильственные движения в конечностях
 - ~чувствительные расстройства
- }

:: ТЕМА2-11:: К ПРИЗНАКАМ ДИСТОНИЧЕСКОГО ГИПЕРКИНЕЗА ОТНОСЯТСЯ: {

- ~неадекватно сильные вздрагивания или общее мышечное напряжение в ответ на звуковые световые и тактильные раздражители
 - =непроизвольные медленные движения частей тела, для которых характерно нахождение в положении максимального отклонения в течение одной или более секунд
 - ~двусторонние несинхронные ритмические подергивания отдельных мышечных пучков, сохраняющиеся во сне
 - ~быстрые неритмические хаотические сочетанные движения глазных яблок в горизонтальной плоскости, особенно выраженные в момент фиксации взора
- }

:: ТЕМА2-12:: ОСНОВНЫМ МЕДИАТОРОМ ТОРМОЗНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =ГАМК
- ~Ацетилхолин

~Норадреналин

~Адреналин

}

:: ТЕМА2-13:: КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОТНОСИТСЯ К
STRIATUM: {

~бледный шар

~черная субстанция

~субталамическое ядро Льюиса

=хвостатое ядро

}

:: ТЕМА2-14:: НАЗОВИТЕ СИНОНИМЫ СИНДРОМА
ПАРКИНСОНИЗМА: {

=акинетико-ригидный

~гиперкинетически

~амиостатический

~гипотонический

}

:: ТЕМА2-15:: В КАКИХ СТРУКТУРАХ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ
СИСТЕМЫ СИНТЕЗИРУЕТСЯ ДОФАМИН: {

~красные ядра

=черная субстанция

~ретикулярная формация

~бледный шар

}

:: ТЕМА2-16:: КАКАЯ ПОЗА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНОГО С
СИНДРОМОМ ПАРКИНСОНИЗМА: {

~поза Вернике-Манна

~поза курка

=поза «сгибателей»

~поза мыслителя

}

:: ТЕМА2-17:: КАКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ
НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
ПАРКИНСОНИЗМА: {

=пропульсия

~парез

~мегалография

~атаксия

}

<p>:: ТЕМА2-18:: КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА: {</p> <p>=синдром «зубчатого колеса» ~синдром «складного ножа» ~гипотония мышц ~спастичность }</p>	
<p>:: ТЕМА2-19:: ПОСРЕДСТВОМ КАКИХ ПУТЕЙ ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ СИСТЕМА СВЯЗАНА С НИЖЕЛЕЖАЩИМИ СТРУКТУРАМИ ЦНС: {</p> <p>=ретикулоспинальный ~пирамидный путь ~путь Флексига ~спиноталамический путь }</p>	
<p>:: ТЕМА2-20:: ИЗ КАКИХ ПРИЗНАКОВ СЛАГАЕТСЯ СИНДРОМ ПАРКИНСОНИЗМА: {</p> <p>=тремор покоя, ригидность ~гиперкинезы ~гипотония, гипорефлексия ~атрофия }</p>	
<p>:: ТЕМА2-21:: ПОРАЖЕНИЕ МОЗЖЕЧКА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ДВИЖЕНИЙ В ВИДЕ: {</p> <p>=Атаксии ~Пареза ~Гиперкинеза ~Тремора покоя }</p>	
<p>Раздел 3. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ. ПРОВОДЯЩИЕ ПУТИ. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ. ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ.</p>	<p>ВИДЫ ТИПЫ ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11</p>
<p>:: ТЕМА4-1:: ПОЛНАЯ УТРАТА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ: {</p> <p>=анестезия ~гипестезия</p>	

~парестезия
~гиперпатия
}

:: ТЕМА4-2:: ПУТЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ,
РАСПОЛАГАЮЩИЙСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ: {

=спино-таламический тракт
~рубро-спинальный тракт
~спино-церебеллярный тракт
~тонкий и клиновидный пучки
}

:: ТЕМА4-3:: ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ПЕРВЫЙ НЕЙРОН
ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ: {

=в спинномозговых узлах
~в коре головного мозга
~в задних рогах спинного мозга
~в передних рогах спинного мозга
}

:: ТЕМА4-4:: ПУТЬ ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В
СПИННОМ МОЗГЕ ПРОХОДИТ: {

=в задних канатиках на стороне первого нейрона
~в боковом канатике на стороне первого нейрона
~в боковом канатике на противоположной стороне
~в задних канатиках на противоположной стороне
}

:: ТЕМА4-5:: КОРКОВОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО
ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НАХОДИТСЯ: {

=в задней центральной извилине и верхней теменной дольке
~в передней центральной извилине
~в лобной доле
~в теменной доле
}

:: ТЕМА4-6:: ТРЕТИЙ НЕЙРОН ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ: {

=в вентролатеральном ядре зрительного бугра (таламуса)
~в передней центральной извилине коры головного мозга
~в задней центральной извилине коры головного мозга
~в задних рогах спинного мозга
}

:: ТЕМА4-7:: АФФЕРЕНТНЫЙ ПАРЕЗ ВОЗНИКАЕТ: {
=при поражении путей проприоцептивной чувствительности
~при поражении путей поверхностных видов чувствительности
~при поражении пирамидных путей
~при поражении премоторной области коры лобной доли
}

:: ТЕМА4-8:: ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КОРЕШКОВЫЙ
(РАДИКУЛЯРНЫЙ) ТИП НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ: {
=гиперестезия или гипестезия в зоне соответствующего дерматома, боли,
усиливающиеся при движениях, иррадиирующие из позвоночника в
конечности; положительные симптомы натяжения, наличие болевых точек;
нарушение всех видов чувствительности в зоне соответствующего
дерматома
~нарушение всех видов чувствительности в зоне соответствующего
дерматома
~нарушение поверхностной чувствительности по сегментарному типу на
одноименной очагу стороне поражения
~анестезия (гипестезия) поверхностной и глубокой чувствительности ниже
очага поражения
}

:: ТЕМА4-9:: ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЕГМЕНТАРНЫЙ ТИП
НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ: {
=нарушением только поверхностной чувствительности по типу "куртки"
или "полукуртки" на стороне очага поражения
~нарушением всех видов чувствительности по типу "куртки" или
"полукуртки" на стороне очага поражения
~нарушением только поверхностной чувствительности по типу "куртки"
или "полукуртки" на стороне, противоположной очагу поражения
~нарушением всех видов чувствительности в зоне соответствующего
дерматома
}

:: ТЕМА4-10:: ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОВОДНИКОВЫЙ ТИП
НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ: {
=анестезия (гипестезия) поверхностной чувствительности на два сегмента
ниже очага поражения и на противоположной ему стороне; анестезия
глубокой чувствительности ниже очага поражения на одноименной стороне
~нарушение всех видов чувствительности по гемитипу
~нарушение всех видов чувствительности по типу "куртки" или

"полукуртки"

~анестезия (гипестезия) поверхностной и глубокой чувствительности на два сегмента ниже очага поражения на одноименной ему стороне
}

:: ТЕМА4-11:: ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КОРКОВЫЙ ТИП НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ: {

=моногипестезия или моноанестезия всех видов чувствительности на стороне, противоположной очагу поражения

~гемиянестезия или гемигипестезия всех видов чувствительности на стороне, противоположной очагу поражения

~анестезия или гипестезия поверхностной чувствительности на лице и анестезия (гипестезия) всех видов чувствительности на противоположной стороне туловища

~анестезия (гипестезия) всех видов чувствительности на туловище или одной конечности (моногипестезия, моноанестезия), больше в дистальном отделе на стороне поражения

}

:: ТЕМА4-12:: ПОЛОВИННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА СНИННОГО МОЗГА (СИНДРОМ БРОУН-СЕКАРА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА СТОРОНЕ ОЧАГА В СОЧЕТАНИИ: {

=с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага

~с нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне

~с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага

~с нарушением глубокой чувствительности на противоположной стороне

}

:: ТЕМА4-13:: СИМПТОМАТИКА, КОТОРАЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОНЕМЕНИЕМ РУКИ, НАЧИНАЮЩИМСЯ С ЛАДОНИ И ЗАТЕМ РАСПРОСТРАНЯЮЩИМСЯ ПО ВСЕЙ ПОЛОВИНЕ ТУЛОВИЩА НАЗЫВАЕТСЯ: {

=сенсорная джексоновская эпилепсия

~гиперпатия

~каузалгия

~истерия

~пароксизмальная гиперестезия

}

:: ТЕМА4-14:: У БОЛЬНОГО – ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ

ОРГАНОВ ПО ТИПУ ИСТИННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ, АНЕСТЕЗИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОМЕЖНОСТИ, СИЛЬНЫЕ КОРЕШКОВЫ БОЛИ В НОГАХ, КРЕСЦЕ, ЯГОДИЦАХ, ПРОМЕЖНОСТИ. ДАННАЯ КЛИНИКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ: {

=конского хвоста

~поясничного утолщения (L2 – S2 сегменты)

~конуса (S3- S5)

~эпиконуса (L4 – S2)

}

Раздел 4. ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ, I И II ПАРЫ. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ. ПОРАЖЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМЫ

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА5-1:: ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=гиппокампа

~основания лобной доли

~обонятельной луковицы

~полюса лобной доли

}

:: ТЕМА5-2:: СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕНЕДИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА: {

=на основании лобной доли

~на конвекситальной поверхности лобной доли

~в области хиазмы

~в височной доле

}

:: ТЕМА5-3:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ: {

=гемианопсия

~амавроз

~аносмия

~зрительные галлюцинации

}

:: ТЕМА5-4:: БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕТЕРОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=хиазмы

~основания лобной доли;

~дорзолатеральной поверхности левой затылочной доли
~височной доли
}

:: ТЕМА5-5:: ХАРАКТЕР ЗРИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НАРУЖНЫХ ВОЛОКОН ХИАЗМЫ: {

=биназальная гетеронимная гемианопсия
~двухсторонний амавроз
~битемпоральная гетеронимная гемианопсия
~левосторонняя гомонимная гемианопсия
}

:: ТЕМА5-6:: ПАРЕЗ ВЗОРА ВПРАВО И ЛЕВОСТОРОННИЙ ГЕМИПАРЕЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=мостового центра взора справа
~мостового центра взора слева
~лобного центра взора справа
~лобного центра взора слева
}

:: ТЕМА5-7:: ПАРЕЗ ВЗОРА ВЛЕВО И ЛЕВОСТОРОННИЙ ГЕМИПАРЕЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=лобного центра взора справа
~мостового центра взора слева
~лобного центра взора слева
~мостового центра взора справа
}

:: ТЕМА5-8:: ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕННЕДИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ: {

=атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне
~застойных дисков с двух сторон
~атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон
~застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения
}

:: ТЕМА5-9:: ОДНОСТОРОННЯЯ АНОСМИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=обонятельной луковицы
~хиазмы
~задней центральной извилины
~парацентральной дольки
}

:: ТЕМА5-10:: ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

- =височной доли
 - ~обонятельного бугорка
 - ~обонятельной луковицы
 - ~теменной доли
- }

:: ТЕМА5-11:: ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

- =правого зрительного тракта
 - ~хиазмы
 - ~левого зрительного тракта
 - ~дорзолатеральной поверхности левой затылочной доли
- }

:: ТЕМА5-12:: БИНАЗАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

- =наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - ~центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - ~зрительной лучистости
 - ~зрительных трактов
- }

:: ТЕМА5-13:: БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

- =центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - ~наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - ~зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - ~зрительной лучистости с двух сторон
- }

:: ТЕМА5-14:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ВОЗНИКАЕТ ГЕМИАНОПСИЯ: {

- =гомонимная
 - ~биназальная
 - ~битемпоральная
 - ~нижнеквадрантная
- }

Раздел 5. ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ (III, IV, VI, V, VII). СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ. АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА6-1:: ОТВОДЯЩИЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ: {
=наружную прямую мышцу

~мышцу, поднимающую верхнее веко

~медиальную прямую мышцу

~нижнюю косую мышцу

}

:: ТЕМА6-2:: ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ: {
=медиальную прямую мышцу

~латеральную прямую мышцу

~верхнюю косую мышцу

~круговую мышцу

}

:: ТЕМА6-3:: БЛОКОВЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ: {
=верхнюю косую мышцу

~мышцу, поднимающую верхнее веко

~медиальную прямую мышцу

~нижнюю косую мышцу

}

:: ТЕМА6-4:: В ОБЕСПЕЧЕНИИ СОДРУЖЕСТВЕННОГО
ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК УЧАСТВУЕТ: {
=система медиального продольного пучка

~затылочная доля

~латеральная петля

~зрительный тракт

}

:: ТЕМА6-5:: СТРУКТУРЫ, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ
РЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГИ ЗРАЧКОВОГО РЕФЛЕКСА: {
=рецепторные нейроны (палочки, колбочки), добавочное ядро
глазодвигательного нерва

~нейроны нижних холмиков

~нейроны зрительной коры

~нейроны моста мозга

}

:: ТЕМА6-6:: ТРОЙНИЧНЫЙ УЗЕЛ РАСПОЛАГАЕТСЯ: {
=на передней поверхности пирамиды височной кости

~на задней поверхности пирамиды височной кости

~на нижней поверхности пирамиды височной кости

~на крыловидной кости

}

:: ТЕМА6-7:: ОТ ГАССЕРОВА УЗЛА ОТХОДЯТ: {
=глазной, верхнечелюстной, нижнечелюстной нервы

~глазной, верхнечелюстной, лицевой нервы

~глазной, отводящий, лицевой нервы

~блоковый, верхнечелюстной, лицевой нервы

}

:: ТЕМА6-8:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ БОКОВЫХ РОГОВ НА УРОВНЕ С8-
D1 ВОЗНИКАЕТ: {

=энофтальм

~мидриаз

~расходящееся косоглазие

~сходящееся косоглазие

}

:: ТЕМА6-9:: ПРИ ПРЯМОМ СИНДРОМЕ АРГАЙЛА-РОБЕРТСОНА
НАРУШАЮТСЯ: {

=прямые реакции зрачков на свет

~реакция зрачков на конвергенцию

~реакции зрачков на интенсивное болевое раздражение

~реакция зрачков на аккомодацию

}

:: ТЕМА6-10:: У БОЛЬНОГО НАБЛЮДАЮТСЯ БОЛИ И СНИЖЕНИЕ
ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ПРАВОЙ
ПОЛОВИНЫ ЛБА И ПРАВОГО ВЕРХНЕГО ВЕКА. ДАННАЯ
СИМПТОМАТИКА ВОЗМОЖНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=первой ветви тройничного нерва справа

~второй ветви тройничного нерва справа

~третьей ветви тройничного нерва справа

~верхней части ядра спинального корешка тройничного нерва справа

}

:: ТЕМА6-11:: СХОДЯЩЕЕСЯ КОСОГЛАЗИЕ СЛЕВА И ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГЕМИПАРЕЗ СПРАВА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=варолиева моста слева

~варолиева моста справа

~среднего мозга справа

~среднего мозга слева

}

:: ТЕМА6-12:: РАССТРОЙСТВО ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА И ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТЕЛА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=продолговатого мозга слева

~правой лобно-теменной области

~левой лобно-теменной области

~среднего мозга слева

}

:: ТЕМА6-13:: РАСХОДЯЩЕЕСЯ КОСОГЛАЗИЕ, ПТОЗ, МИОЗ, МИДРИАЗ, ЭКЗОФТАЛЬМ, ОТСУТСТВИЕ КОНВЕРГЕНЦИИ, АККОМОДАЦИИ СЛЕВА И ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГЕМИПАРЕЗ СПРАВА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=левой ножки мозга

~варолиева моста справа

~варолиева моста слева

~правой ножки мозга

}

:: ТЕМА6-14:: РАЗРУШЕНИЕ ВЕРШИНЫ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ С ЧЕТКИМИ КРАЯМИ ДЕФЕКТА («ОТРУБЛЕННАЯ»

ПИРАМИДА) ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ: {

=невриномы тройничного нерва

~невриномы слухового нерва

~холестеатомы мостомозжечкового угла

~всех перечисленных новообразований

}

:: ТЕМА6-15:: ОПТИКОКИНЕТИЧЕСКИЙ НИСТАГМ – ЭТО: {

=движения глазных яблок, обычные при наблюдении за проносящимися мимо сходными объектами

~гиперкинез глазных яблок в виде совместных быстрых, нерегулярных, неравномерных по амплитуде их движений, обычно по горизонтальной плоскости, наиболее выраженных в начале фиксации взгляда

~быстрые, с одинаковой амплитудой колебательные движения, усиливающиеся при взгляде вверх

~медленное отведение глазных яблок с последующим быстрым приведением

}

:: ТЕМА6-16:: ДЛЯ ВЫЗЫВАНИЯ РОГОВИЧНОГО РЕФЛЕКСА
НЕОБХОДИМО ПРИКОСНУТЬСЯ ПОЛОСКОЙ МЯГКОЙ
БУМАГИ К: {

=роговице над радужной оболочкой

~роговице над зрачком

~ресницам

~слизистой оболочке нижнего века

}

:: ТЕМА6-17:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА
ВОЗНИКАЕТ ПАРАЛИЧ МЫШЦ: {

=наружной прямой

~верхней прямой

~нижней прямой

~нижней косой

}

:: ТЕМА6-18:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ: {

=птоз, глазное яблоко отклонено кнаружи, расширение зрачка

~сужение зрачка

~энофтальм

~отсутствие произвольных движений глазного яблока кнаружи

}

:: ТЕМА6-19:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ БЛОКОВОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ СИМПТОМАТИКА: {

=отсутствие произвольных движений глазного яблока вниз и кнаружи

~птоз

~глазное яблоко отклонено кнаружи

~расширение зрачка

}

:: ТЕМА6-20:: СИМПТОМ ПАРИНО – ЭТО: {

=нарушение сочетанных движений глазных яблок по вертикали

~нарушение сочетанных движений глазных яблок по горизонтали

~одно глазное яблоко отклоняется слегка книзу и медиально (на стороне очага), другое кверху и кнаружи

~птоз, миоз, энофтальм

}

:: ТЕМА6-21:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ: {

=затруднение жевания на больной стороне

~нарушение движения мимических мышц

~слабость кивательных мышц

~слабость мышц глотки

}

**Раздел 6. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ
(VIII, IX, X, XI, XII). СИМПТОМЫ**

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5,
ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК
-7, ПК -11

**ПОРАЖЕНИЯ. АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ
СИНДРОМЫ.**

:: ТЕМА7-1:: ДВИГАТЕЛЬНОЕ ЯДРО ЛИЦЕВОГО НЕРВА
РАСПОЛАГАЕТСЯ: {
=в мосту мозга
~в продолговатом мозге
~в среднем мозге
~в мозжечке
}

:: ТЕМА7-2:: ЛИЦЕВОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПИРАМИДЫ
ВИСОЧНОЙ КОСТИ ЧЕРЕЗ: {
=шилососцевидное отверстие
~большое затылочное отверстие
~верхнюю глазничную щель
~нижнюю глазничную щель
}

:: ТЕМА7-3:: ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕЙРОН ЛИЦЕВОГО НЕРВА
РАСПОЛАГАЕТСЯ: {
=в нижнем отделе прецентральной извилины
~в верхнем отделе прецентральной извилины
~в верхнем отделе постцентральной извилины
~в нижнем отделе постцентральной извилины
}

:: ТЕМА7-4:: К ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ЯДРАМ ОТНОСЯТСЯ: {
=ядро Бехтерева
~красное ядро
~зубчатое ядро
~ядро шатра
}

:: ТЕМА7-5:: К СЛУХОВЫМ ЯДРАМ ОТНОСЯТСЯ: {
=вентральное и дорсальное
~ядро Бехтерева и ядро Роллера
~красное ядро
~зубчатое ядро
}

:: ТЕМА7-6:: ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ: {
=односторонняя слабость мимических мышц
~пошатывание при ходьбе
~нистагм

~снижение слуха

}

:: ТЕМА7-7:: У БОЛЬНОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПОАКУЗИЯ СЛЕВА, НИСТАГМ, ОТКЛОНЕНИЕ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ВЛЕВО. ГДЕ НАХОДИТСЯ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ?: {

=в левом мостомозжечковом углу

~в области левого кохлеовестибулярного нерва

~в левой височной доле

~в левой лобной доле

~в области правого кохлеовестибулярного нерва

}

:: ТЕМА7-8:: ПРИ СИНДРОМЕ ФОВИЛЛЯ ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: {

=в половине варолиева моста

~в ножке мозга

~в половине продолговатого мозга

~в лобной доле

}

:: ТЕМА7-9:: ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ СЛЕВА, СНИЖЕНИЕ СЛУХА СЛЕВА, СНИЖЕНИЕ КОРНЕАЛЬНОГО И КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО РЕФЛЕКСОВ СЛЕВА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=мостомозжечкового угла слева

~варолиева моста слева

~мостомозжечкового угла справа

~продолговатого мозга слева

}

:: ТЕМА7-10:: К ПРИЗНАКАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТНОСИТСЯ: {

=сглаженность носогубной складки

~сглаженность складок лба

~лагофталъм

~опущение верхнего века

}

:: ТЕМА7-11:: АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ ПАРАЛИЧ МИЙЯРА-ГЮБЛЕРА-ЖЮБЛЕ – ЭТО СОЧЕТАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ НА СТОРОНЕ ОЧАГА С: {

=спастическим гемипарезом на противоположной стороне

~нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне

~снижение слуха

~головокружением

}

:: ТЕМА7-12:: СОЧЕТАНИЕ БОЛИ И ГЕРПЕТИЧЕСКИХ
ВЫСЫПАНИЙ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ И НА
УШНОЙ РАКОВИНЕ, НАРУШЕНИЕ СЛУХА И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ
ФУНКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ УЗЛА: {

=коленчатого

~вестибулярного

~крылонебного

~симпатического

}

:: ТЕМА7-13:: ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА
ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ НА: {

=головокружения, расстройства равновесия

~цефалгии

~нарушение ориентирования во времени

~чувствительные нарушения

}

:: ТЕМА7-14:: КОРКОВОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО СЛУХА
РАСПОЛАГАЕТСЯ: {

=в височной поперечной извилине

~в теменной дольке

~в прецентральной извилине

~в постцентральной извилине

}

:: ТЕМА7-15:: ПРОВЕДЕНИЕ ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
КАЛОРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО: {

=при перфорации барабанной перепонки

~при остром нарушении мозгового кровообращения

~при внутричерепной гипертензии

~при коматозном состоянии

}

:: ТЕМА7-16:: АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ФОВИЛЛЯ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ В
ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕРВОВ: {

=лицевого и отводящего

~лицевого и глазодвигательного

~языкоглоточного и блуждающего

~подъязычного и добавочного

}

:: ТЕМА7-17:: НОРМАЛЬНЫМ СЛУХОМ СЧИТАЕТСЯ

ВОСПРИЯТИЕ ШЕПОТА С РАССТОЯНИЯ: {

=6-7 м

~2-3 м

~3-4 м

~9-10 м

}

:: ТЕМА7-18:: ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ
ЛИЦЕВОГО НЕРВА НАРУШАЮТСЯ ДВИЖЕНИЯ: {

=в нижней группе мимических мышц на противоположной стороне от
очага

~в верхней группе мимических мышц на противоположной стороне от
очага

~в верхней и нижней группе мимических мышц на противоположной
стороне от очага

~в верхней группе мимических мышц на стороне очага

}

:: ТЕМА7-19:: ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРАЛИЧЕ ЛИЦЕВОГО
НЕРВА НАРУШАЮТСЯ ДВИЖЕНИЯ: {

=в верхней и нижней группе мимических мышц на стороне очага

~в нижней группе мимических мышц на противоположной стороне от
очага

~в верхней группе мимических мышц на противоположной стороне от
очага

~в нижней группе мимических мышц на стороне очага

}

:: ТЕМА7-20:: НАРУШЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ
ОБНАРУЖЕНЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВОГО
НЕРВА: {

=вестибулярная атаксия

~мозжечковая атаксия

~сенситивная атаксия

~парез мимической мускулатуры

}

:: ТЕМА7-21:: НА УРОВНЕ МОСТА МОЗГА РАСПОЛОЖЕНЫ ЯДРА:

{

=лицевого нерва

~блуждающего нерва

~подъязычного нерва

~добавочного нерва

}

:: ТЕМА7-22:: ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕЙРОН ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА

РАСПОЛАГАЕТСЯ: {

=в нижней (конвекситальной) части прецентральной извилины

~в верхнем отделе прецентральной извилины

~в верхнем отделе постцентральной извилины

~в нижнем отделе постцентральной извилины

}

:: ТЕМА7-23:: НАДСЕГМЕНТАРНЫЙ ОТДЕЛ ВЕГЕТАТИВНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ: {

=гипоталамус, образования лимбической системы, некоторые структуры
ствола мозга

~гипоталамус, базальные ганглии

~гипоталамус, мозжечок, образования лимбической системы

~гипоталамус, базальные ганглии, некоторые структуры ствола мозга

}

:: ТЕМА7-24:: ФУНКЦИЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ
СИСТЕМЫ: {

=трофотропная

~эрготропная

~и та, и другая, в зависимости от биологических и суточных ритмов

~и та, и другая в зависимости от потребностей организма

}

:: ТЕМА7-25:: ФУНКЦИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

{

=эрготропная

~трофотропная

~и та, и другая, в зависимости от биологических и суточных ритмов

~и та, и другая в зависимости от потребностей организма

}

:: ТЕМА7-26:: У БОЛЬНОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ДИЗАРТРИЯ,
ОТКЛОНЕНИЕ ЯЗЫКА ПРИ ВЫСОВЫВАНИИ ВЛЕВО, АТРОФИЯ
ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ЯЗЫКА. ДАННАЯ СИМПТОМАТИКА
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ: {

=левого подъязычного нерва

~правого добавочного нерва

~левого языкоглоточного нерва

~правого блуждающего нерва

}

:: ТЕМА7-27:: У БОЛЬНОГО ОПУЩЕНО ПРАВОЕ ПЛЕЧО,
ЗАТРУДНЕН ПОВОРОТ ГОЛОВЫ ВЛЕВО, ПРАВАЯ ЛОПАТКА
ОТХОДИТ КНАРУЖИ. НАБЛЮДАЕТСЯ АТРОФИЯ
ТРАПЕЦИЕВИДНОЙ И ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНО-

СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ СПРАВА. ДАННАЯ СИМПТОМАТИКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ: {

=добавочного нерва
~подъязычного нерва
~языкоглоточного нерва
~блуждающего нерва
}

:: ТЕМА7-28:: У БОЛЬНОГО ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИПЛЕГИЯ, ОТКЛОНЕНИЕ ЯЗЫКА ПРИ ВЫСОВЫВАНИИ ВПРАВО, АТРОФИЯ МЫШЦ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ЯЗЫКА. ДАННАЯ СИМПТОМАТИКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ: {

=правой половины продолговатого мозга
~кортико-нуклеарного пути XII нерва
~корешка XII нерва
~корешка IX нерва
}

:: ТЕМА7-29:: У БОЛЬНОГО ДИСФОНИЯ, ДИСФАГИЯ, ГЛОТОЧНЫЕ РЕФЛЕКСЫ ВЫСОКИЕ, ПАРЕЗ МЯГКОГО НЕБА, ЯЗЫК НЕПОДВИЖЕН, АТРОФИИ МЫШЦ ЯЗЫКА НЕТ, ОТМЕЧАЕТСЯ НАСИЛЬСТВЕННЫЙ СМЕХ И ПЛАЧ. ДАННАЯ СИМПТОМАТИКА ВОЗМОЖНА ПРИ: {

=двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей IX, X, XII пар черепных нервов
~одностороннем поражении кортико-нуклеарных путей IX, X, XII пар черепных нервов
~очаге в левой половине продолговатого мозга
~очаге в продолговатом мозге (с обеих сторон)
}

:: ТЕМА7-30:: ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРЕЗ НЕБА, ЯЗЫКА, ГОЛОСОВОЙ СВЯЗКИ С ОДНОЙ СТОРОНЫ И СПАСТИЧЕСКИЙ ГЕМИПАРЕЗ С ГЕМИАНЕСТЕЗИЕЙ С ДРУГОЙ СТОРОНЫ НАЗЫВАЮТ СИНДРОМОМ: {

=Авеллиса
~Джексона
~Шмидта
~Герсмана
}

:: ТЕМА7-31:: ДЛЯ ВЫЗЫВАНИЯ НИЖНЕГО МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИМПТОМА БРУДЗИНСКОГО: {

=выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного

- ~сгибают голову больного вперед
- ~надавливают на область лонного сочленения
- ~сдавливают четырехглавую мышцу бедра

:: ТЕМА7-32:: В НОРМЕ ДАВЛЕНИЕ ЛИКВОРА В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ РАВНО: {
 =220-260 мм вод.ст.
 ~110-180 мм вод.ст.
 ~280-310 мм вод.ст.
 ~60-220 мм вод.ст.
 }

:: ТЕМА7-33:: ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ: {
 =двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей IX, X, XII пар
 ~поражении ядра IX пары
 ~поражении ядра X пары
 ~поражении ядра XI пары
 }

:: ТЕМА7-34:: ДЛЯ БУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНЫ: {
 =дисфония, дисфагия, дизартрия, вялый паралич мягкого неба
 ~рефлексы орального автоматизма
 ~гиперкинезы
 ~насильственный смех, насильственный плач
 }

<p>Раздел 7. ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ И ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ.</p>	<p>ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11</p>
---	--

:: ТЕМА 9-1:: МОТОРНАЯ АФАЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗОНЫ: {
 =Брока
 ~Вернике
 ~Вестфаля
 ~Перлиа
 }

:: ТЕМА 9-2:: РАССТРОЙСТВО СЛОЖНОГО ВИДА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ РАСПОЗНАНИЯ ТРЕХМЕРНОГО ПРОСТРАНСТВА (ОБЪЕМНЫХ

ПРЕДМЕТОВ) НАЗЫВАЕТСЯ: {

=астереогноз
~анестезия
~аллохейрия
~аллостезия
}

:: ТЕМА 9-3:: СЕНСОРАЯ АФАЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗОНЫ: {

=Вернике
~Брока
~Шарко
~Бабинского
}

:: ТЕМА 9-4:: АКАЛЬКУЛИЯ – ЭТО: {

=нарушение счета
~нарушение письма
~нарушение моторной речи
~нарушение понимания речи
}

:: ТЕМА 9-5:: АГРАФИЯ – ЭТО: {

=нарушение письма
~нарушение чтения
~нарушение речи
~нарушение мышления
}

:: ТЕМА 9-6:: СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБОИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ: {

=комиссуральными волокнами
~проекционными волокнами
~ассоциативными волокнами
~ассоциативными полями корковых отделов анализаторов
}

:: ТЕМА 9-7:: ПОРАЖЕНИЕ ЛОБНОЙ ДОЛИ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ У ПРАВШЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=гемипарезом на противоположной стороне
~афазией, алексией, аграфией
~гемипарезом на стороне поражения
~нарушением всех видов чувствительности слева
}

:: ТЕМА 9-8:: АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ – ЭТО: {

- =трудности при названии предметов
 - ~невозможность переключения со слога на слог
 - ~повторение согласной в середине слога
 - ~повторение начального слова в предложении
 - ~нарушение понимания речи
- }

:: ТЕМА 9-9:: АУТОТОПАГНОЗИЯ – ЭТО: {

- =невозможность узнавать части тела
 - ~невозможность право-левосторонней ориентации
 - ~нарушение узнавания знакомых лиц
 - ~нарушение узнавания предметов на ощупь
 - ~нарушение узнавания зрительных образов
- }

:: ТЕМА 9-10:: СИНДРОМ ГЕРСТМАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

- =алексией, акалькулией, агнозией пальцев
 - ~аграфией, амнестической афазией
 - ~нарушением распознавания правой и левой половин тела
 - ~амнезией, афферентной моторной афазией, акалькулией
- }

:: ТЕМА 9-11:: АНОЗОГНОЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

- =правой теменной доли у правшей
 - ~левой теменной доли у правшей
 - ~полюса левой лобной доли у правшей
 - ~полюса правой лобной доли у правшей
 - ~левой теменной дольки у правшей
- }

:: ТЕМА 9-12:: СИНДРОМ ГЕРСТМАНА УКАЗЫВАЕТ НА ПОРАЖЕНИЕ: {

- =стыка височной, затылочной и теменной долей
 - ~задних отделов верхней лобной извилины
 - ~полюса лобных долей
 - ~продолговатого мозга
- }

:: ТЕМА 9-13:: К СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ ПРИВОДИТ ПОРАЖЕНИЕ: {

- =задней половины верхней височной извилины
- ~gyrus angularis нижней теменной дольки,
- ~gyrus supramarginalis нижней теменной дольки
- ~задних отделов нижней лобной извилины и подлежащих субкортикальных

структур

}

:: ТЕМА 9-14:: АЛЕКСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {
=угловой извилины

~верхней лобной извилины

~парагиппокампальной извилины

~таламуса

}

:: ТЕМА 9-15:: ИСТИННЫЙ АСТЕРЕОГНОЗ ОБУСЛОВЛЕН
ПОРАЖЕНИЕМ: {

=верхней теменной доли

~лобной доли

~височной доли

~затылочной доли

}

:: ТЕМА 9-16:: БОЛЬНОЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИЕЙ: {

=видит предметы, но не узнает их

~плохо видит окружающие предметы, но узнает их

~видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной

~не видит предметы по периферии полей зрения

}

:: ТЕМА 9-17:: АФАЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=доминантного полушария

~субдоминантного полушария

~ствола мозга

~верхних отделов спинного мозга

}

:: ТЕМА 9-18:: АГНОЗИЯ – ЭТО: {

=нарушение процессов узнавания

~расстройство памяти

~нарушение речи

~нарушение внимания

}

:: ТЕМА 9-19:: ПОНЯТИЕ «СЛОВЕСТНЫЙ САЛАТ» ОТНОСИТСЯ К:

{

=сенсорной афазии

~амнестической афазии

~эфферентной моторной афазии
~афферентной моторной афазии
}

:: ТЕМА 9-20:: АЛЕКСИЮ МОЖНО ВЫЯВИТЬ, ЕСЛИ: {
=проверить чтение вслух, понимание смысла прочитанного
~проверить правильно ли говорит больной, достаточен ли у него запас слов
~проверить письмо под диктовку
~проверить правильно ли пациент называет предметы
}

:: ТЕМА 9-21:: АНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО: {
=отрицание своей болезни
~нарушение право-левосторонней ориентации
~нарушение распознавания пальцев
~нарушение понимания речи
}

:: ТЕМА 9-22:: СЛУХОВАЯ АГНОЗИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ
ПОРАЖЕНИИ: {
=височной доли
~теменной доли
~лобной доли
~прецентральной извилины
}

:: ТЕМА 9-23:: ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ
СЛЕДУЕТ: {
=предложить больному назвать окружающие предметы
~проверить устный счет
~предложить больному прочитать тест
~выполнить различные движения по подражанию
}

**Раздел 8. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

ОПК-1, ОПК -2, ОПК
-5, ОПК -6, ОПК -9,
ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА 10-1:: ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРЕЗЕ ЛЕВОГО ЛИЦЕВОГО НЕРВА,
СХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ ЗА СЧЕТ ЛЕВОГО ГЛАЗА, ГИПЕРЕСТЕЗИИ
В СРЕДНЕЙ ЗОНЕ ЗЕЛЬДЕРА СЛЕВА, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСАХ
СПРАВА ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: {
=в мосту мозга слева
~в левом мостомозжечковом углу
~в правом полушарии мозжечка

~в области вершины пирамиды левой височной кости

}

:: ТЕМА10-2:: СОЧЕТАНИЕ БОЛИ И ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ И НА УШНОЙ РАКОВИНЕ, НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ УЗЛА: {

=коленчатого

~вестибулярного

~крылонебного

~гассерова

}

:: ТЕМА10-3:: АЛЕКСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=угловой извилины

~верхней лобной извилины

~парагиппокампулярной извилины

~таламуса

}

:: ТЕМА10-4:: ИСТИННЫЙ АСТЕРЕОГНОЗ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ: {

=теменной доли

~лобной доли

~височной доли

~затылочной доли

}

:: ТЕМА10-5:: ВЫПАДЕНИЕ ВЕРХНИХ КВАДРАНТОВ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=язычной извилины

~глубинных отделов теменной доли

~первичных зрительных центров в таламусе

~наружных отделов зрительного перекреста

}

:: ТЕМА10-6:: БОЛЬНОЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИЕЙ: {

=видит предметы, но не узнает их

~плохо видит окружающие предметы, но узнает их

~видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной

~не видит предметы по периферии полей зрения

}

:: ТЕМА10-7:: БОЛЬНОЙ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ: {

=понимает обращенную речь, но не может говорить

~не понимает обращенную речь и не может говорить

~может говорить, но не понимает обращенную речь

~может говорить, но речь скандированная

}

:: ТЕМА10-8:: АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=стыка височной и теменной долей

~лобной доли

~теменной доли

~стыка лобной и теменной долей

}

:: ТЕМА10-9:: СОЧЕТАНИЕ ПАРЕЗА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ МЯГКОГО НЕБА, ОТКЛОНЕНИЯ ЯЗЫЧКА ВПРАВО, ПОВЫШЕНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НА ПРАВЫХ КОНЕЧНОСТЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ: {

=продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева

~продолговатого мозга на уровне X нерва слева

~колена внутренней капсулы слева

~заднего бедра внутренней капсулы слева

}

:: ТЕМА10-10:: ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС (ЯНИШЕВСКОГО) ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=лобной доли

~теменной доли

~височной доли

~затылочной доли

}

:: ТЕМА10-11:: ДЕЦЕРЕБРАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА МОЗГА НА УРОВНЕ: {

=красных ядер

~верхних отделов продолговатого мозга

~нижних отделов продолговатого мозга

~моста мозга

}

:: ТЕМА10-12:: АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ФОВИЛЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕРВОВ: {

=лицевого и отводящего

~лицевого и глазодвигательного

~языкоглоточного и блуждающего

~подъязычного и добавочного

}

:: ТЕМА10-13:: КОНСТРУКТИВНАЯ АПРАКСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=теменной доли доминантного полушария

~теменной доли недоминантного полушария

~лобной доли доминантного полушария

~лобной доли недоминантного полушария

}

:: ТЕМА10-14:: РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ТИПА КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=медио-базальных отделов височной доли

~верхних отделов теменной доли

~верхних отделов затылочной доли

~нижних отделов лобной доли

}

:: ТЕМА10-15:: АСТЕРЕОГНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

=верхней теменной дольки

~язычной извилины теменной доли

~нижней лобной извилины

~верхней височной извилины

}

:: ТЕМА10-16:: ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА: {

=в среднем отделе передней центральной извилины справа

~в колоне внутренней капсулы

~в нижних отделах передней центральной извилины слева

~в верхних отделах передней центральной извилины слева

}

:: ТЕМА10-17:: СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК НАЧИНАЕТСЯ С ПАЛЬЦЕВ ЛЕВОЙ
НОГИ В СЛУЧАЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОЧАГА: {

=в верхнем отделе передней центральной извилины справа

~в переднем адверсивном поле справа

~в верхнем отделе задней центральной извилины справа

~в нижнем отделе передней центральной извилины справа

}

:: ТЕМА10-18:: ПОЛУШАРНЫЙ ПАРЕЗ ВЗОРА (БОЛЬНОЙ СМОТРИТ НА ОЧАГ
ПОРАЖЕНИЯ) СВЯЗАН С ПОРАЖЕНИЕМ: {

=лобной доли

~височной доли

~теменной доли

~затылочной доли

}

:: ТЕМА10-19:: БОЛЬНОЙ С СЕНСОРНОЙ АФАЗИЕЙ: {

=не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

~не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь

~может говорить, но забывает название предметов

~понимает обращенную речь, но не может говорить

}

:: ТЕМА10-20:: СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ И ФОНАЦИИ,
ДИЗАРТИИ, ПАРЕЗА МЯГКОГО НЕБА, ОТСУТСТВИЯ ГЛОТОЧНОГО
РЕФЛЕКСА И ТЕТРАПАРЕЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ: {

=продолговатого мозга

~покрышки среднего мозга

~моста мозга

~моста мозга

}

:: ТЕМА10-21:: БИНАЗАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ
ПОРАЖЕНИИ: {

=наружных отделов перекреста зрительных нервов

~центральных отделов перекреста зрительных нервов

~зрительной лучистости

~зрительных трактов

}

:: ТЕМА10-22:: ДЛЯ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ: {

=снижение корнеального рефлекса

~нарушение вкуса на задней трети языка

~гипалгезия во внутренней зоне зельдера

~гипертрофия жевательной мускулатуры

}

:: ТЕМА10-23:: ПРИ КОХЛЕАРНОМ НЕВРИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ: {

=сочетанное снижение костной и воздушной проводимости
~изолированное снижение воздушной проводимости
~изолированное снижение костной проводимости
~гиперакузия

}

:: ТЕМА10-24:: ПОРАЖЕНИЕ ЯДРА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ОТ
НАДЪЯДЕРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ: {

=фибрилляций мышц
~дизартрии
~ограничения подвижности языка
~сопутствующего поражения блуждающего нерва

}

**Раздел 9. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ПОРАЖЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА**

ОПК-1, ОПК -2, ОПК
-5, ОПК -6, ОПК -9,
ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА11-1:: СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В ЛИКВОРЕ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА
КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ: {

=2,5-4,4 ммоль/л
~1,2-2,2 ммоль/л
~3,6-5,2 ммоль/л
~2,6-5,2 ммоль/л

}

:: ТЕМА11-2:: ДЛЯ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ: {

=тахикардия, повышение артериального давления, склонность к похудению
~снижение аппетита
~понижение артериального давления
~снижение температуры тела

}

:: ТЕМА11-3:: СИНДРОМ КЛОДА-БЕРНАРА-ГОРНЕРА ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
ПОВРЕЖДЕНИИ: {

=боковых рогов на уровне С8-D1 с одноименной стороны
~половины ствола мозга
~боковых рогов на уровне С5-С6 с одноименной стороны
~боковых рогов на уровне С8-D1 с противоположной стороны

}

:: ТЕМА11-4:: ПОРАЖЕНИЕ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА
СОПРОВОЖДАЕТСЯ: {

=вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути
~спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
~нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
~спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции
тазовых органов

}

:: ТЕМА11-5:: КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ: {

- =болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
- ~болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
- ~болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
- ~болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра

:: ТЕМА11-6:: ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИЛОМОТОРНОГО РЕФЛЕКСА ИМЕЮТ ТОПИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: {

- =спинного мозга
- ~гипоталамуса
- ~продолговатого мозга
- ~четверохолмия

:: ТЕМА11-7:: АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА—КИАРИ НАЗЫВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ: {

- =смещение вниз миндалин мозжечка
- ~сращение шейных позвонков
- ~сращение I шейного позвонка с затылочной костью
- ~расщепление дужки I шейного позвонка

:: ТЕМА11-8:: ПРОВОДНИКИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ: {

- =боковых столбах
- ~задних столбах
- ~передних столбах
- ~медиальной петле

:: ТЕМА11-9:: СПИННОЙ МОЗГ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ КОНИЧЕСКИМ ЗАОСТРЕНИЕМ НА УРОВНЕ _____ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА: {

- =второго
- ~третьего
- ~четвертого
- ~пятого

Раздел 10. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА14-1:: ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ИМЕЕТ ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИЮ: {

- =отека мозга и водно-электролитного дисбаланса
- ~гиперхолестеринемии

~гиперпротеинемии
~гипохолестеринемии
}

:: ТЕМА14-2:: СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО
ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЗАКУПОРКЕ: {

=нижней задней артерии мозжечка
~коротких циркулярных артерий моста
~длинных циркулярных артерий моста
~парамедианных артерий моста
}

:: ТЕМА14-3:: ПРИ ЗАКУПОРКЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ
НАХОДЯТ НА ТОЙ ЖЕ СТОРОНЕ: {

=усиление пульсации наружной сонной артерии и усиление пульсации височной артерии
~снижение пульсации наружной сонной артерии
~снижение пульсации височной артерии
~снижение пульсации наружной сонной артерии и снижение пульсации височной артерии
}

:: ТЕМА14-4:: ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ
ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ: {

=пирамидных путей доминантного и недоминантного полушария
~пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
~пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
~пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
}

:: ТЕМА14-5:: МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=магнитно-резонансная томография
~классическая электроэнцефалография
~реоэнцефалография
~ультразвуковая доплерография
~эхоэнцефалография
}

:: ТЕМА14-6:: ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЗА
ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

=альтернирующий оптикопирамидный синдром
~альтернирующий синдром валленберга - захарченко
~альтернирующий синдром вебера (парез глазодвигательного нерва и
~пирамидный синдром)

~сенсорная афазия

}

:: ТЕМА14-7:: ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=снижение системного перфузионного давления

~повышение вязкости крови

~повышение активности свертывающей системы

~ухудшение реологических свойств крови

}

:: ТЕМА14-8:: ПОКАЗАНИЕМ К ГИПЕРВОЛЕМИЧЕСКОЙ ГЕМОДИЛЮЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: {

=гематокрит выше 52%

~анурия

~сердечной недостаточность

~артериальное давление ниже 120/60 мм рт.ст.

}

:: ТЕМА14-9:: КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ ГЕМОДИЛЮЦИИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СЧИТАЮТ СНИЖЕНИЕ ГЕМАТОКРИТА ДО УРОВНЯ: {

=30-35%

~45-60%

~36-44%

~44-52%

}

:: ТЕМА14-10:: НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: {

=эндоваскулярное удаление тромба (эмбола)

~назначение антиагрегантов

~назначение антикоагулянтов

~повышение резистентности мозговой ткани к гипоксии и улучшение метаболизма в мозге

}

:: ТЕМА14-11:: ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ: {

=гомонимной гемианопсии

~битемпоральной гемианопсии

~биназальной гемианопсии

~концентрического сужения полей зрения

}

:: ТЕМА14-12:: К РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОТНОСЯТ: {

- =медикаментозный тромболизис
- ~назначение церебролизина
- ~назначение сернокислой магнезии
- ~назначение гепарина

}

:: ТЕМА14-13:: ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ АЛТЕПЛАЗЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:

- {
- =4,5 часов после начала ишемического инсульта
- ~5 часов после начала ишемического инсульта
- ~1 суток после начала ишемического инсульта
- ~в любое время

}

:: ТЕМА14-14:: ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =внутричерепное кровоизлияние по данным КТ
- ~возраст 75 лет
- ~уровень артериального давления 170/90 мм рт. ст.
- ~гликемия 13 ммоль/л

}

:: ТЕМА14-15:: НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ПОКАЗАНО ПРИ: {

- =фебриляции предсердий
- ~атеросклерозе внутренней сонной артерии
- ~сахарном диабете
- ~гипертонической болезни

}

:: ТЕМА14-16:: ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ТРОМБЭМБОЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =лечение ишемического инсульта, вызванного окклюзией крупной артерии в передних отделах артериального круга большого мозга (ВСА, СМА М1 М2, ПМА А1 А2) в течение 6 часов от возникновения симптомов
- ~лечение ишемического инсульта, вызванного окклюзией крупной

артерии в передних отделах артериального круга большого мозга (ВСА, СМА М1 М2, ПМА А1 А2) в течение 12 часов от возникновения симптомов

~кардиоэмболический инсульт

~лечение ишемического инсульта, вызванного окклюзией только внутренней сонной артерии

}

:: ТЕМА14-17:: МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА
АЛТЕПЛАЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НЕ ДОЛЖНА
ПРЕВЫШАТЬ: {

=90 мг

~30 мг

~50 мг

~180 мг

}

:: ТЕМА14-18:: ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ОСНОВНОГО СТВОЛА
ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО
НАЛИЧИЕ: {

=левосторонней гемианестезии, хватательного рефлекса

~левосторонней гемиплегии, апраксии

~анозогнозии, левосторонней гемиплегии

~левосторонней гемианестезии, левосторонней гемиплегии,
анозогнозии

}

:: ТЕМА14-19:: РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЧАЩЕ СВВЯЗАНО С: {

=поражением мелких мозговых сосудов

~стенозом крупных сосудов

~спазмом мозговых сосудов

~повышением свертываемости крови

}

:: ТЕМА14-20:: ЧТО ОТЛИЧАЕТ ИНСУЛЬТ В БАСЕЙНЕ
ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОТ ИНСУЛЬТА В
ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАСЕЙНЕ: {

=оптико-гемиплегический синдром

~двоение в глазах

~альтернирующие синдромы

~двусторонние парезы

}

:: ТЕМА14-21:: С ПОМОЩЬЮ МРТ ОЧАГ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА
ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ: {

=через 3 ч

~через 1 ч

~к концу первых суток

~через 6 ч

}

:: ТЕМА14-22:: ДЛЯ ИШЕМИИ В СОСУДИСТОМ БАССЕЙНЕ
СПИННОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ: {

=вялый парез рук и спастический парез ног

~синдром внутрочерепной гипертензии

~синдром паралитического ишиаса

~недержание мочи и кала

}

:: ТЕМА14-23:: ОСТРЕЙШИЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА
ПРОДОЛЖАЕТСЯ: {

=первые 5 суток

~первые сутки

~первую неделю

~первый месяц

}

:: ТЕМА14-24:: ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА
РАССМАТРИВАЕТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ: {

=28 суток

~7 суток

~10 суток

~50 суток

}

:: ТЕМА14-25:: К РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОТНОСЯТ: {

=медикаментозный тромболизис

~назначение церебролизина

~назначение сернокислой магнезии

~назначение гепарина

}

:: ТЕМА14-26:: АНТИДОТ ИМЕЕТСЯ У СЛЕДУЮЩЕГО
АНТИКОАГУЛЯНТА: {

=прадакса
~ксарелто
~варфарин
~эликвис
}

:: ТЕМА14-27:: ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МНО НА ТЕРАПИИ
ВАРФАРИНОМ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ ЗНАЧЕНИЕ: {

=2.0-3.0
~1.0-2.0
~3.0-4.0
~1.0-5.0
}

:: ТЕМА14-28:: ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ЯВЛЯЕТСЯ: {

=внутричерепное кровоизлияние по данным КТ
~возраст 75 лет
~уровень артериального давления 170/90 мм рт. ст.
~гликемия 13 ммоль/л
}

:: ТЕМА14-29:: АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ
КОРРЕКЦИИ: {

=гиперфибриногенемии
~метаболического ацидоза
~гиперпротеинемии
~гиперлипидемии
}

:: ТЕМА14-30:: КТ ВЫЯВЛЯЕТ ЗОНУ ГИПОДЕНСНОСТИ В
ОЧАГЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЧЕРЕЗ: {

=6 ч и более от начала заболевания
~1 ч
~2 ч

~4 ч
}

:: ТЕМА14-31:: В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОГО ИНФУЗИОННОГО РАСТВОРА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:
{

- =0,9% раствор хлорида натрия
 - ~5% раствор глюкозы
 - ~10% раствор глюкозы
 - ~0,45% раствор хлорида натрия
 - ~3% раствор хлорида натрия
- }

Раздел 11. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА15-1:: ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В СТВОЛ МОЗГА ВЫЯВЛЯЕТСЯ: {

- =альтернирующие синдромы
 - ~менингеальный синдром
 - ~афазии
 - ~астереогноз
- }

:: ТЕМА15-2:: НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СПИННОЙ МОЗГ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =спинальная артериовенозная мальформация
 - ~гипертоническая болезнь
 - ~остеохондроз позвоночника
 - ~сахарный диабет
- }

:: ТЕМА15-3:: ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ: {

- =антифибринолитики
 - ~анальгетики
 - ~дегидрационные препараты
 - ~спазмолитики
- }

:: ТЕМА15-4:: ЕСЛИ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОСЛОЖНЯЕТСЯ ДИССИМИНИРОВАННЫМ

ВНУТРИСОСУДСТЫМ СВЕРТЫВАНИЕМ, ДОПОЛНИТЕЛЬНО
НАЗНАЧАЮТ: {

- =гепарин и замороженную плазму
- ~альфа-токоферол и рутин
- ~фибринолизин и калликреин-депо
- ~эпсилон-аминокапроновую кислоту

}

:: ТЕМА15-5:: ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ИЗ
АНЕВРИЗМЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ: {

- =раннее клипирование аневризмы
- ~строгий постельный режим
- ~антифибринолитики
- ~антагонисты кальция

}

:: ТЕМА15-6:: ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО
КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ НЕ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: {

- =гепарин
- ~хирургическое лечение
- ~искусственная вентиляция легких
- ~гипотензивные препараты

}

:: ТЕМА15-7:: КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ: {

- =менингеальные симптомы
- ~атаксия
- ~гемипарез
- ~изоэлектрическая ЭЭГ

}

:: ТЕМА15-8:: ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗЖЕЧОК
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ: {

- =атаксии
- ~утраты сознания,
- ~гемипареза
- ~слепоты

}

:: ТЕМА15-9:: ДЛЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО
КРОВОИЗЛИЯНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =менингеальный синдром

~утрата сознания
~зрачковые расстройства
~нистагм
}

:: ТЕМА15-10:: ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОГО САК
КРОВОИЗЛИЯНИЯ АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ:
{

=компьютерной томографии
~ангиографии
~реоэнцефалографии
~ультразвуковой доплерографии
}

**Раздел 12. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. МЕНИНГИТЫ.
ЭНЦЕФАЛИТЫ. МИЕЛИТ. АБСЦЕСС
ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

ОПК-1, ОПК -2, ОПК
-5, ОПК -6, ОПК -9,
ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА16-1:: К МЕНИНГЕАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТСЯ: {
=симптом Кернига, ригидность затылочных мышц
~симптом Мацкевича
~симптом Бабинского
~симптом Ласега
}

:: ТЕМА16-2:: ДИАГНОЗ МЕНИНГИТА УСТАНОВЛИВАЮТ НА
ОСНОВАНИИ: {
=менингеального (оболочечного) синдрома, синдрома воспалительных
изменений цереброспинальной жидкости
~менингеального (оболочечного) синдрома, наличия крови в
цереброспинальной жидкости
~менингеального (оболочечного) синдрома, при нормальных показателях
цереброспинальной жидкости
~при отсутствии менингеального (оболочечного) синдрома, при наличии
белково-клеточной диссоциации в цереброспинальной жидкости
}

:: ТЕМА16-3:: СПИД НЕ МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ: {
=воздушно-капельным путем
~половым путем (гетеро- и гомосексуализм)
~путем парентеральных инъекций и инфузий
~путем трансплантации органов и тканей
}

:: ТЕМА16-4:: К ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТАМ ОТНОСИТСЯ: {
=менингококковый
~туберкулезный
~грибковый
~вирусный
}

:: ТЕМА16-5:: ПРИ НЕУСТАНОВЛЕННОМ ВОЗБУДИТЕЛЕ
БАКТЕРИАЛЬНОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ: {
=цефотаксим (клафоран)
~левомицетин
~тетрациклин
~пенициллин
}

:: ТЕМА16-6:: СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ ВЫЗЫВАЮТ: {
=лептоспиры
~стафилококки
~менингококки
~пневмококки
}

:: ТЕМА16-7:: ДЛЯ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПОПЕРЕЧНОГО
МИЕЛИТА НА НИЖНЕГРУДНОМ УРОВНЕ НЕ ХАРАКТЕРНО
НАЛИЧИЕ: {
=блокады субарахноидального пространства
~нижней параплегии
~проводникового типа нарушения чувствительности
~нарушений функций тазовых органов
}

:: ТЕМА16-8:: ДЛЯ ОСТРОЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИИ
ГИЙЕНА-БАРРЕ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ФОРМАМИ
ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ: {
=белково-клеточная диссоциация в ликворе
~вялые параличи дистальных отделов конечностей
~нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
~нарушение дыхания
}

:: ТЕМА16-9:: НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА, ВЫЗВАННОГО СИНЕГНОЙНОЙ
ПАЛОЧКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ: {
=гентамицин

~бензилпенициллин

~тетрациклин

~клиндамицин

}

:: ТЕМА16-10:: ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО
МЕНИНГИТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ: {

=пенициллин

~клиндамицин

~эритромицин

~цефалексин

}

:: ТЕМА16-11:: ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА
МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=хирургическое удаление абсцесса

~массивное введение антибиотиков и дегидратирующих препаратов

~промывание полости абсцесса диоксидином

~промывание полости абсцесса антибиотиками

}

:: ТЕМА16-12:: РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-
ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО
ТЕЧЕНИЯ: {

=менингококкового менингита

~стафилококкового менингита

~пневмококкового менингита

~менингита, вызванного вирусом Коксаки

}

:: ТЕМА16-13:: ДЛЯ ОСТРОГО ПОЛИОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО
ПОРАЖЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ: {

=моторных ядер ствола, шейного, грудного и поясничного утолщения

~коры головного мозга

~таламуса

~экстрапирамидных ядер

}

:: ТЕМА16-14:: СИНДРОМОМ АРГАЙЛА-РОБЕРТСОНА
НАЗЫВАЮТ: {

=отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на
конвергенцию и аккомодацию

~отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной
реакции

~отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет

~отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом

}

:: ТЕМА16-15:: ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ: {

=Вирус простого герпеса 1 типа

~Пневмококк

~Гемофильная палочка

~Менингококк

}

:: ТЕМА16-16:: У ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО РАЗВИЛСЯ ВТОРИЧНЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОТИТА И СИНУСИТА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=Пневмококк

~Менингококк

~Вирус простого герпеса

~Стафилококк

}

:: ТЕМА16-17:: ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ ВЫЗЫВАЮТ ВИРУСЫ: {

=простого герпеса

~Коксаки

~В. кори

~Г. Паротита

}

:: ТЕМА16-18:: РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА-ФРИДЕРИКСЕНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ:

{

=менингококкового менингита

~стафилококкового менингита

~пневмококкового менингита

~менингита, вызванного вирусом Коксаки

}

ОСТРЫЙ КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса

~пиком заболеваемости в осенне-зимний период

~отсутствием менингального синдрома

~снижением внутричерепного давления

}

:: ТЕМА16-19:: ДЛЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО
ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНО
ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ
ОБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА: {

=височных долей, лимбической области

~лобных долей

~теменных и затылочных долей

~мозжечка

}

:: ТЕМА16-20:: ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ
ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ: {

=ацикловир

~оксолин

~пепфлоксацин

~цефтриаксон

}

:: ТЕМА16-21:: СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАН
СЛЕДУЮЩИМИ БАКТЕРИЯМИ: {

=микобактерией туберкулеза

~гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-
нгит)

~пневмококком

~стрептококком

}

:: ТЕМА16-22:: ПРИ НЕУСТАНОВЛЕННОМ ВОЗБУДИТЕЛЕ
БАКТЕРИАЛЬНОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА СЛЕДУЕТ
ВЫБРАТЬ: {

=цефатоксим

~клиндамицин

~эритромицин

~амикацин

}

:: ТЕМА16-23:: ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА
МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ: {

=вирус простого герпеса 1 типа

~пневмококк

~гемофильная палочка

~менингококк

}	
Раздел 13. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ.	ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11
<p>:: ТЕМА18-1:: КАКИЕ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА НЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ: {</p> <p>=периферические нервы ~перивентрикулярное белое вещество ~ножки мозжечка ~белое вещество спинного мозга }</p> <p>:: ТЕМА18-2:: РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ – ЭТО: {</p> <p>=демиелизирующее заболевание с множественными очагами поражения нервной системы, протекающее с обострениями и ремиссиями или неуклонно прогрессирующее, поражающее в основном лиц молодого возраста ~хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся системным поражением мотонейронов спинного и головного мозга ~медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся образованием полостей по длиннику спинного и реже продолговатого мозга ~тяжелое прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологической мышечной утомляемостью вследствие нарушения нервно-мышечной передачи аутоиммунного генеза ~наследственное заболевание, проявляющееся миотоническим феноменом – тоническим спазмом мышц после активного напряжения с замедленным расслаблением }</p> <p>:: ТЕМА18-3:: ДЛЯ ОСТРОЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИИ ГИЙЕНА-БАРРЕ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ФОРМАМИ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ: {</p> <p>=белково-клеточная диссоциация в ликворе ~вялые параличи дистальных отделов конечностей ~нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей ~нарушение дыхания }</p> <p>:: ТЕМА18-4:: ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ: {</p> <p>=бета-интерферон ~альфа-интерферон ~гамма-интерферон ~альфа-интерферон и гамма-интерферон }</p> <p>:: ТЕМА18-5:: ПРИ ОБОСТРЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ: {</p> <p>=глюкокортикоидные препараты ~цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид) ~стимуляторы в-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)</p>	

~комплексное лечение указанными средствами

}

:: ТЕМА18-6:: КОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ: {

=в больших дозах ежедневно

~в больших дозах через день

~в средних дозах через день

~в средних дозах ежедневно

}

:: ТЕМА18-7:: ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЫШЕЧНОЙ СПАСТИЧНОСТИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ОДИН ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ГАМК-ЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ:

{

=баклофен

~аминалон

~фенибут

~пантогам

}

:: ТЕМА18-8:: В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДЕБЮТИРУЕТ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: {

=до 40 лет

~после 60 лет

~в детстве

~после 80 лет

~с 40 до 60 лет

}

:: ТЕМА18-9:: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ ИМЕЕТ: {

=диссеминация в месте (многоочаговость поражения) и времени (хронический характер и непостоянство его клинических проявлений во времени)

~острое начало

~психоэмоциональный стресс

~быстрое нарастание симптоматики

}

:: ТЕМА18-10:: ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ОЧАГ В СПИННОМ МОЗГЕ ПО ДАННЫМ МЕГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЗАНИМАЕТ ПО ДЛИНЕ _____ СЕГМЕНТОВ : {

=Два или менее

~Три или менее

~Четыре или более

~пять или более

}

Раздел 14. ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9,

:: ТЕМА21-1:: ПРИ ОПУХОЛИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ: {

=верхнеквадрантная гемианопсия

~большие судорожные припадки

~абсансы

~зрительные галлюцинации

}

:: ТЕМА21-2:: ГЕМИАНОПСИЯ ПРИ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ОПУХОЛИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ НАСТУПАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОРАЖЕНИЯ: {

=путей в лучистом венце

~перекреста зрительного нерва

~зрительного нерва

~первичных зрительных центров

}

:: ТЕМА21-3:: КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ МОЗЖЕЧКА: {

=статическая атаксия, интенционный тремор, адиадохокinez

~аграфия

~гемипарез

~афазия

}

:: ТЕМА21-4:: СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕННЕДИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=атрофией диска на стороне опухоли и застоем диска на противоположной стороне

~атрофией и застоем диска на стороне опухоли

~атрофией и застоем диска с двух сторон

~застоем диска на стороне опухоли и атрофией на противоположной стороне

}

:: ТЕМА21-5:: ПРИ КОНВЕКСИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ЧАЩЕ БЫВАЮТ: {

=слуховые

~зрительные

~обонятельные

~вкусовые

}

:: ТЕМА21-6:: ПРИ БАЗАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ
ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ЧАЩЕ БЫВАЮТ: {

=обонятельные

~зрительные

~слуховые

~все перечисленные

}

:: ТЕМА21-7:: СИНДРОМ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ
РЕЗУЛЬТАТОМ ГИПЕРПРОДУКЦИИ В ГИПОФИЗЕ: {

=соматотропного гормона

~адренокортикотропного гормона

~гонадотропного гормона

~тиреотропного гормона

}

:: ТЕМА21-8:: ДЛЯ ОПУХОЛИ ПРЕМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ЛОБНОЙ
ДОЛИ ХАРАКТЕРНЫ: {

=адверсивные эпилептические припадки

~гемипарез с преобладанием в ноге

~сенсорная афазия

~атрофия зрительного нерва на стороне опухоли

}

:: ТЕМА21-9:: НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ НЕВРИНОМА
НЕРВА: {

=слухового

~зрительного

~тройничного

~подъязычного

}

:: ТЕМА21-10:: АДВЕРСИОННЫЕ СУДОРОЖНЫЕ ПРИСТУПЫ С
НАСИЛЬСТВЕННЫМ ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В ЗДОРОВУЮ
СТОРОНУ ЧАЩЕ НАСТУПАЮТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ
В СЛЕДУЮЩЕЙ ДОЛЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА: {

=лобной

~теменной

~височной

~затылочной

}

:: ТЕМА21-11:: ДЛЯ ОПУХОЛИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ
ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ ХАРАКТЕРНА: {

=сенсорная, амнестическая афазия

~моторная, сенсорная афазия

~моторная семантическая афазия

~сенсорная афазия, аутопагнозия

}

:: ТЕМА21-12:: ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ
СУПРАСЕЛЛЯРНОГО РОСТА АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА
ХАРАКТЕРНЫ: {

=битемпоральная гемианопсия

~гомонимная гемианопсия

~биназальная гемианопсия

~все перечисленное

}

:: ТЕМА21-13:: БУРНЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ МЕНИНГИТ
НАСТУПАЕТ ПРИ ПРОРЫВЕ И ОПОРОЖНЕНИИ КИСТЫ: {

=краниофарингиомы

~эозинофильной аденомы

~базофильной аденомы

~хромофобной аденомы

}

:: ТЕМА21-14:: СИНДРОМ ГЕРВИГА-МАЖАНДИ ПРИ
СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
ОПУХОЛИ: {

=эпифиза (шишковидной железы)

~гипофиза

~височной доли

~затылочной доли

}

:: ТЕМА21-15:: СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕННЕДИ МОЖНО
НАБЛЮДАТЬ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ: {

=ольфакторной ямки

~задней центральной извилины

~передней центральной извилины

~бугорка турецкого седла

}

:: ТЕМА21-16:: РВОТА ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ОБЩЕМОЗГОВОЙ СИМПТОМ, ПОСКОЛЬКУ ВОЗНИКАЕТ: {

=при повышении внутричерепного давления

~вне связи с приемом пищи

~независимо от перемены положения тела

~после кратковременного ощущения тошноты

}

:: ТЕМА21-17:: СИМПТОМ ВКЛИНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У БОЛЬНОГО С ОБЪЕМНЫМ СПИНАЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=нарастанием неврологической симптоматики после пункции

~усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен

~нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку

~усилением корешковых болей при сгибании головы к груди

}

:: ТЕМА21-18:: ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКОМ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАК: {

=легких

~желудка

~грудной железы

~матки

}

:: ТЕМА21-19:: КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ: {

=в полушариях головного мозга

~в базальной зоне головного мозга

~в задней черепной ямке

~в краниовертебральной области

}

:: ТЕМА21-20:: ПЕРКУССИЯ ГОЛОВЫ УСИЛИВАЕТ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ТАК КАК ПРИ ЭТОМ УСИЛИВАЮТСЯ: {

=натяжение и дислокация оболочек и черепных нервов

~блокада ликвороциркуляции

~нарушения мозгового кровообращения

~затруднения венозного оттока

}

:: ТЕМА21-21:: ЧАСТЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ С
ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ: {

= Головные боли, потливость, слабость, зрительные нарушения,
расстройство половых функций

~ Нарушение сна, нижний парапарез, дисфагия

~ Головная боль, тошнота, дисфония

~Головная боль, парезы верхних конечностей, джексоновские припадки

}

:: ТЕМА21-22:: ЗРИТЕЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛЕЙ
ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ: {

= Битемпоральная гемианопсия

~ Биназальная гемианопсия

~Амавроз

~Квадрантная гемианопсия

}

:: ТЕМА21-23:: РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ
КРАНИОФАРИНГИОМАХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: {

= Обызвествлением опухоли или ее капсулы

~Платибазией или базиллярной импрессией

~ Признаками гидроцефально-гипертензионного синдрома

~ Остеодистрофией костей свода черепа

}

:: ТЕМА21-24:: К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭНДОКРИННО-
ОБМЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ У
ВЗРОСЛЫХ ОТНОСЯТСЯ: {

=Импотенция или аменорея

~Несахарный диабет

~ Адипозо-генитальный синдром

~Гипотензия

}

:: ТЕМА21-25:: ОПУХОЛИ МОЗГОВОГО КОНУСА СПИННОГО
МОЗГА ВЫЗЫВАЮТ: {

- =Недержание мочи
- ~Боли в одной ноге
- ~Задержку мочи
- ~Боли в межлопаточной области

}

:: ТЕМА21-26:: СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕННЕДИ МОЖНО
НАБЛЮДАТЬ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В: {

- =Базального отдела лобной доли
- ~Параселлярной области
- ~ Малых крыльев основной кости
- ~ Бугорка турецкого седла

}

Раздел 15. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА

ОПК-1, ОПК -2, ОПК
-5, ОПК -6, ОПК -9,
ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА22-1:: НАРАСТАНИЕ МИДРИАЗА НА СТОРОНЕ
ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ И ГЕМИПАРЕЗ НА ДРУГОЙ
СТОРОНЕ ОБУСЛОВЛЕНО: {

- =придавливанием ножки мозга к мозжечковому намету
- ~асимметричной гидроцефалией
- ~сдавлением моторной области коры
- ~ущемлением ствола в затылочном отверстии

}

:: ТЕМА22-2:: К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
ОТНОСИТСЯ ТРАВМА: {

- =с повреждением апоневроза
- ~с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
- ~с переломом костей свода черепа
- ~ с переломом костей основания черепа без ликвореи

}

:: ТЕМА22-3:: ПРОНИКАЮЩЕЙ НАЗЫВАЮТ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВУЮ ТРАВМУ: {

- =при повреждении твердой мозговой оболочки
- ~при ушибленной ране мягких тканей
- ~при повреждении апоневроза
- ~при переломе костей свода черепа

:: ТЕМА22-4:: ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ
НАЗЫВАЮТ: {

=при повреждении апоневроза

~при повреждении твердой мозговой оболочки

~при переломе костей свода и основания черепа

~при кровоизлиянии в мозг

:: ТЕМА22-5:: КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ
ЖИДКОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ОСТРОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ
ГЕМАТОМЕ?: {

=люмбальная пункция противопоказана в остром периоде ЧМТ

~лимфоцитарный плеоцитоз

~понижение давления

~белково-клеточная диссоциация

}

:: ТЕМА22-6:: НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
ЯВЛЯЕТСЯ: {

=освобождение дыхательных путей от инородных тел

~введение в вену кардиотонических средств

~введение в вену антигипертензивных средств

~введение в вену сосудистых препаратов

}

:: ТЕМА22-7:: ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ СВОБодно-
РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ: {

=альфа-токоферола ацетат

~аскорбиновая кислота

~дексаметазон

~фенобарбитал

}

:: ТЕМА22-8:: ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ
НАИБОЛЬШЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ ПРОНИКАТЬ ЧЕРЕЗ
ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР ОБЛАДАЕТ: {

=цефтриаксон

~цефалексин

~клиндамицин

~рифампицин

}

:: ТЕМА22-9:: ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН: {

=маннитол

~реополиглюкин

~полиглюкин

~альбумин

}

:: ТЕМА22-10:: ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ВЫХОДЕ ИЗ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (АПАЛИЧЕСКИЙ И АКИНЕТИКО-РИГИДНЫЙ СИНДРОМ) НАЗНАЧАЮТ: {

=наком

~циклодол

~пирацетам

~энцефабол

}

:: ТЕМА22-11:: К «ДНЕВНЫМ» ТРАНКВИЛИЗАТОРАМ ОТНОСИТСЯ: {

=тофизопам (грандаксин)

~мидазолам (флормидал)

~нитразепам (эуноктин)

~диазепам (реланиум)

}

:: ТЕМА22-12:: ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ КРОВОПОТЕРИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЮ: {

=низкомолекулярных декстранов

~кардиотонических средств

~симпатомиметиков

~осмотических диуретиков

}

:: ТЕМА22-13:: ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СНИЖЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ, НАЗНАЧАЮТ ВЛИВАНИЯ: {

=5% раствора глюкозы, 0,9% раствора хлорида натрия

~диуретики

~антиагреганты

~антикоагулянты

}

:: ТЕМА22-14:: ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НАЗНАЧАЮТ: {

=диуретики

~центральные антигипертензивные средства

~ноотропные препараты

~сосудистые препараты

}

:: ТЕМА22-15:: ДЛЯ УГНЕТЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ВЕСТИБУЛОВЕГЕТАТИВНЫХ РЕФЛЕКСОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАЗНАЧАЮТ: {

=беллатаминал и метоклопрамид

~анаприлин

~актовегин

~найз

}

:: ТЕМА22-16:: ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ: {

=дофамина

~адреналина

~норадреналина

~мезатона

}

:: ТЕМА22-17:: ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РИНОРЕИ В ОТДЕЛЯЕМОМ ИЗ НОСА НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ: {

=сахар

~белок

~цитоз

~натрий

}

:: ТЕМА22-18:: ПРИ КАКОМ ВИДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАБЛЮДАЕТСЯ «СВЕТЛЫЙ» ПРОМЕЖУТОК?: {

=эпидуральная гематома

~субарахноидальное кровоизлияние

~сотрясение головного мозга

~ушиб головного мозга

}

:: ТЕМА22-19:: КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ МОЗГА?: {

=афазия

~утрата сознания

~рвота

~головокружение

}

:: ТЕМА22-20:: БЕЗУСЛОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=ликворея из уха

~кровотечение из уха

~кровянистый ликвор

~гемипарез

}

:: ТЕМА22-21:: МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ЯВЛЯЕТСЯ: {

= повреждение апоневроза

~перелом костей черепа

~ушиб головного мозга

~повреждение твердой мозговой оболочки

}

:: ТЕМА22-22:: ФЕНОМЕН КУШИНГА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=артериальной гипертензией и брадикардией

~артериальной гипотензией и тахикардией

~низким венозным давлением и экстрасистолией

~высоким содержанием белка в ликворе

}

:: ТЕМА22-23:: ПРИЧИНОЙ ВАЗОГЕННОГО ОТЕКА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=нарушения гематоэнцефалического барьера

~рефлекторный вазоспазм

~гемодинамический эффект

~повышение внутричерепного давления

}

:: ТЕМА22-24:: ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ: {

- =головная боль
 - ~мозжечковая атаксия
 - ~гемигипестезия
 - ~гемиплегия
- }

:: ТЕМА22-25:: К НЕПРОДУКТИВНЫМ ФОРМАМ
НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОТНОСЯТ: {

- =оглушение
 - ~делирий
 - ~сумеречное расстройство сознания
 - ~онейроид
- }

:: ТЕМА22-26:: ШКАЛА ГЛАЗГО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
СТЕПЕНИ УГНЕТЕНИЯ СОЗНАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
СЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ: {

- =открытие глаз, двигательную активность, речевой контакт
 - ~зрачковые реакции, наличие парезов и менингеального синдрома
 - ~ориентировку в месте, времени, собственной личности
 - ~открытие глаз, двигательную активность, функцию дыхания
- }

:: ТЕМА22-27:: СИМПТОМ «ОЧКОВ»- ГЕМАТОМА В
ПЕРИОРБИТАЛЬНЫХ ОБЛАСТЯХ, КРОВОИЗЛИЯНИЕ В
КОНЬЮНКТИВУ И В ОКОЛОГЛАЗНИЧНУЮ КЛЕТЧАТКУ
ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: {

- =перелома основания черепа
 - ~субарахноидального кровоизлияния
 - ~менингококкового менингита
 - ~отравления угарным газом
- }

:: ТЕМА22-28:: ПОНИЖЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА У
БОЛЬНОГО В КОМЕ – ПРИЗНАК: {

- =уремии
- ~отравления атропиноподобными препаратами и антидепрессантами
- ~синус-тромбоза

~ишемического инсульта

}

:: ТЕМА22-29:: ОТСУТСТВИЕ ВЕСТИБУЛООКУЛЯРНОГО РЕФЛЕКСА ГОВОРИТ О ПОРАЖЕНИИ: {

=ствола мозга

~лобных долей

~промежуточного мозга

~мозжечка

}

:: ТЕМА22-30:: СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НЕ ВЫДЕЛЯЮТ: {

=сотрясение головного мозга тяжелой степени

~ушиб головного мозга легкой степени

~сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы

~сдавление головного мозга субдуральной гематомой

}

:: ТЕМА22-31:: ТЯЖЕЛОЕ ДИФФУЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=длительными коматозными состояниями с момента травмы

~развитием комы после «светлого» периода

~отсутствием потери сознания

~кратковременной потери сознания

}

:: ТЕМА22-32:: НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ОЧАГОВЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ: {

=расширение зрачка на стороне гематомы/гемипарез на противоположной стороне

~расширение зрачка на противоположной стороне

~гемипарез на стороне гематомы

~гемигипестезия

}

:: ТЕМА22-33:: ЕСЛИ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ РАЗВИВАЮТСЯ РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ И СВЕТОБОЯЗНЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ ОЧАГОВЫХ СИМПТОМОВ, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ: {

=субарахноидальное кровоизлияние

~сотрясение мозга
~ушиб мозга
~внутричерепная гематома
}

:: ТЕМА22-34:: БЕЗУСЛОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ: {
=ликворея из уха
~кровотечение из уха
~кровянистый ликвор
~утрата сознания
}

:: ТЕМА22-35:: СОПОР В ОТЛИЧИЕ ОТ КОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {
=сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
~сохранностью вербального контакта
~отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
~отсутствием реакций на внешние раздражители
}

:: ТЕМА22-36:: ДЛЯ КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО: {
=целенаправленные защитные реакции
~снижение сухожильных рефлексов
~двусторонний симптом бабинского
~угнетение брюшных рефлексов
}

Раздел 16. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ПЛЕКСОПАТИИ. МОНОНЕВРОПАТИИ. ПОЛИНЕЙРОПАТИИ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА24-1:: КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА: {
=синдром Броун-Секара
~интенционный тремор

~атетоз

~слуховая агнозия

}

:: ТЕМА24-2:: ОТ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ОТХОДИТ: {

=малый затылочный нерв

~подкрыльцовый нерв

~диафрагмальный нерв

~надключичный нерв

}

:: ТЕМА24-3:: ОТ ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЯ ОТХОДИТ: {

=надключичный нерв

~подключичный нерв

~подкрыльцовый нерв

~локтевой нерв

}

:: ТЕМА24-4:: ОТ КРЕСЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ ОТХОДИТ: {

=наружный кожный нерв бедра

~запирательный нерв

~седалищный нерв

~бедренный нерв

}

:: ТЕМА24-5:: ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО
ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА ХАРАКТЕРЕН: {

=спастический тонус

~гипотония мышц

~снижение сухожильных рефлексов

~гипотрофия мышц

}

:: ТЕМА24-6:: ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКИЙ ТИП НАРУШЕНИЯ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=анестезия (гипестезия) всех видов чувствительности по типу "перчаток" и "носок"

~анестезия (гипестезия) всех видов чувствительности в зоне иннервации определенного нерва

~сильные боли, возникающие при надавливании на точки Эрба и Валле

~нарушение всех видов чувствительности ниже очага поражения

}

:: ТЕМА24-7:: УКАЖИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ
ПОЛИНЕЙРОПАТИИ СИМПТОМ: {

=патологические стопные знаки
~вялые парезы кистей и стоп
~снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей
~вегетативно-трофические расстройства в дистальных отделах конечностей
}

:: ТЕМА24-8:: ДЛЯ КОМПРЕССИОННОЙ НЕВРОПАТИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА (СИНДРОМ УЩЕМЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА) ХАРАКТЕРНЫ: {

=атрофия мышц возвышения мизинца и боли по ульнарной поверхности кисти
~слабость II, III пальцев кисти
~атрофия мышц возвышения мизинца
~боли по ульнарной поверхности кисти
}

:: ТЕМА24-9:: ДЛЯ РАДИКУЛОПАТИИ ХАРАКТЕРНО: {

=выраженный болевой корешковый синдром
~выраженный остеопороз позвоночника
~выраженные явления остеохондроза и спондилеза на рентгенограмме позвоночника
~снижение мышечной силы
}

:: ТЕМА24-10:: ДЛЯ СПОНДИЛОАРТРОЗА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ХАРАКТЕРНЫ: {

=сакроилеит и кифоз грудного отдела позвоночника
~остеопороз позвонков
~сакроилеит
~кифоз грудного отдела позвоночника
}

:: ТЕМА24-11:: УЧАСТКОМ ВОЗМОЖНОЙ КОМПРЕССИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=«плечевой канал»
~«спиральный канал»
~наружная межмышечная перегородка плеча
~костно-фиброзный канал Гюйона
}

:: ТЕМА24-12:: ДЛЯ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА C6 ХАРАКТЕРНЫ: {

=болевая гипестезия I пальца кисти и снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
~болевая гипестезия I пальца кисти

~снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
~снижение карпорадиального рефлекса
}

:: ТЕМА24-13:: ДЛЯ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА С7
ХАРАКТЕРНЫ: {

=боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча
~боли и парестезии в области I пальца кисти
~выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
~боли в области V пальца кисти
}

:: ТЕМА24-14:: ДЛЯ ВАСКУЛЯРНОГО КОНУСНОГО
СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ: {

=недержание мочи и анестезия в аногенитальной зоне
~нижний вялый парапарез
~отсутствие ахилловых рефлексов
~задержка мочи
}

:: ТЕМА24-15:: АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА-КИАРИ
НАЗЫВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ: {

=смещение вниз миндалин мозжечка
~сращение шейных позвонков
~сращение I шейного позвонка с затылочной костью
~расщепление дужки I шейного позвонка
}

:: ТЕМА24-16:: ДЛЯ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ
ХАРАКТЕРНО: {

=усиление боли в голени и стопе при приведении бедра и «перемежающаяся хромота» нижней конечности снижение анального и кремастерного рефлекса
~усиление боли в голени и стопе при приведении бедра
~«перемежающаяся хромота» нижней конечности
~все перечисленное
}

:: ТЕМА24-17:: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОМПРЕССИИ
КОРЕШКОВ КОНСКОГО ХВОСТА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ
КОМПРЕССИИ КОНУСА И ЭПИКОНУСА: {

=асимметричностью поражения и интенсивным болевым синдромом, усиливающимся в положении лежа
~асимметричностью поражения

~интенсивным болевым синдромом, усиливающимся в положении лежа
~нижним вялым парапарезом
}

:: ТЕМА24-18:: ДЛЯ СИНДРОМА КОМПРЕССИИ КОРЕШКА L4
ХАРАКТЕРНО: {

=слабость четырехглавой мышцы бедра и отсутствие коленного рефлекса
~боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра
~снижением ахиллова рефлекса
~слабостью разгибателей I пальца стопы
}

:: ТЕМА24-19:: СИНДРОМ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА L5
ПРОЯВЛЯЕТСЯ: {

=слабостью разгибателей I пальца стопы
~болью по внутренней поверхности голени и бедра
~снижением ахиллова рефлекса
~слабость четырехглавой мышцы бедра
}

:: ТЕМА24-20:: СИНДРОМ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА S1
ПРОЯВЛЯЕТСЯ: {

=выпадением ахиллова рефлекса
~снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы
~снижением коленного рефлекса
~атрофия четырехглавой мышцы бедра
}

:: ТЕМА24-21:: ДЛЯ СИНДРОМА «ПЛЕЧО-КИСТЬ»
ХАРАКТЕРНЫ: {

=вегетативно-трофические нарушения на кисти
~асимметрия артериального давления
~гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы
~все перечисленное
~асимметрия артериального давления и гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы
}

:: ТЕМА24-22:: ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ
ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

=красный цвет мочи
~выраженность сенситивной атаксии
~выраженность болевого синдрома
~тяжесть вялых параличей конечностей
}

:: ТЕМА24-23:: ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ АКСОНОПАТИЙ И МИЕЛИНОПАТИЙ
НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ
ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =электромиография
 - ~иммунологическое исследование крови
 - ~иммунологическое исследование ликвора
 - ~биопсия мышц
- }

:: ТЕМА24-24:: ДЛЯ ПОЛИНЕВРОПАТИИ ГИЙЕНА-БАРРЕ-
ЛАНДРИ ХАРАКТЕРНО: {

- =поражение черепных нервов
 - ~выраженные тазовые расстройства
 - ~стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
 - ~все перечисленное
- }

:: ТЕМА24-25:: К ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИМ ОТНОСИТСЯ
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ: {

- =Гийена—Барре
 - ~диабетическая
 - ~порфирийная
 - ~алкогольная
- }

:: ТЕМА24-26:: КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
НЕВРОПАТИИ НАРУЖНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА
ЯВЛЯЮТСЯ: {

- =гипестезия по наружной передней поверхности бедра
 - ~снижение коленного рефлекса
 - ~гипестезия по наружной задней поверхности бедра
 - ~верно А и Б
- }

:: ТЕМА24-27:: ПРИ НЕВРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО
НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ: {

- =выпадение ахиллова рефлекса
 - ~симптом Вассермана
 - ~выпадение коленного рефлекса
 - ~все перечисленное
- }

:: ТЕМА24-28:: КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

ПОРАЖЕНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ: {

- =парез разгибателей стопы
- ~гипестезия по внутренней поверхности голени
- ~выпадение ахиллова рефлекса
- ~выпадение коленного рефлекса

}

:: ТЕМА24-29:: ОТ ПОЯСНИЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ НЕ ОТХОДИТ: {

- =седалищный нерв
- ~бедренный нерв
- ~запирательный нерв
- ~наружный кожный нерв бедра

}

:: ТЕМА24-30:: ДЛЯ НЕВРАЛГИИ ЗАТЫЛОЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ: {

- =боль в области затылка с иррадиацией в надплечье
- ~боль в околоушной области
- ~болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7
- ~напряжение мышц шеи

}

:: ТЕМА24-31:: НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ: {

- =противосудорожных средств
- ~спазмолитиков
- ~аналгетиков
- ~кортикостероидные гормоны

}

:: ТЕМА24-32:: ДЛЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ: {

- =паралич Дюшена-Эрба
- ~гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц
- ~паралич Дежерина-Клюмпке
- ~гипотрофия круглого пронатора

}

Раздел 17. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

:: ТЕМА26-1:: ДОМИНАНТНЫЙ ПРИЗНАК ПО ЗАКОНУ МЕНДЕЛЯ ПРОЯВИТСЯ ПРИ СКРЕЩИВАНИИ ВО ВТОРОМ ПОКОЛЕНИИ С ЧАСТОТОЙ: {

=3:1

~1:1

~2:1

~4:1

}

:: ТЕМА26-2:: ДОМИНАНТНЫЙ ГЕН – ЭТО ГЕН, ДЕЙСТВИЕ КОТОРОГО: {

=выявляется в гетеро- и гомозиготном состоянии

~выявляется в гетерозиготном состоянии

~выявляется в гомозиготном состоянии

~выявляется в гомозиготном состоянии только у женщин

}

:: ТЕМА26-3:: ФЕНОТИП – ЭТО СОВОКУПНОСТЬ ГЕНОВ И СВОЙСТВ ОРГАНИЗМА, ПРОЯВЛЕНИЕ КОТОРЫХ ОБУСЛОВЛЕНО: {

=взаимодействием генотипа с факторами среды

~действием доминантного гена

~действием рецессивного гена

~действием доминантного гена и действием рецессивного гена

}

:: ТЕМА26-4:: ОСНОВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ:

{

=фенилпировиноградной кислоты

~ванилилминдальной кислоты

~диоксифенилуксусной кислоты

~дигидроксефинилэтанола

}

:: ТЕМА26-5:: КОНТРАКТУРА НОГ ПО ТИПУ «ОПРОКИНУТОЙ БУТЫЛКИ» ОБУСЛОВЛЕНА ИЗМЕНЕНИЕМ МАССЫ МЫШЦ: {

=при амиотрофии Шарко-Мари-Тута

~при гипертрофической невропатии Дежерина-Сотта

~при мышечной дистрофии Эрба
~при мышечной дистрофии Беккера- Киннера
}

:: ТЕМА26-6:: АМИОТРОФИЯ ШАРКО-МАРИ-ТУТА ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ: {
=периферических двигательных нервов
~передних рогов спинного мозга
~мышц дистальных отделов конечностей
~коры головного мозга
}

:: ТЕМА26-7:: ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОРЕЕ ГЕНТИНГТОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК: {
=аутосомно-доминантный
~аутосомно-рецессивный
~рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
~рецессивный, сцепленный с полом (через Y-хромосому)
}

:: ТЕМА26-8:: СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ: {
=изменения числа половых хромосом
~изменения числа аутосом
~нарушения обмена аминокислот
~нарушения обмена витаминов
}

:: ТЕМА26-9:: ДЛЯ НЕВРАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ХАРАКТЕРНЫ: {
=периферические парезы мышц стоп и кистей рук с атрофиями и полиневритическим типом нарушений чувствительности
~периферические парезы мышц стоп и кистей рук с атрофиями, но без чувствительных расстройств
~проводниковые расстройства чувствительности
~фасцикулярные подергивания мышц
}

:: ТЕМА26-10:: ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА ПРИМЕНЯЮТ: {
=нейролептики
~холинолитики
~агонисты дофамина
~холиномиметики
}

:: ТЕМА26-11:: ЛЕЧЕНИЕ ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИМИ
ПРЕПАРАТАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
ПРОТИВОПОКАЗАНО, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО: {

=диабетическая ретинопатия
~катаракта
~закрытоугольная глаукома
~гипертоническая ретинопатия
}

:: ТЕМА26-12:: К ДОФА-СОДЕРЖАЩИМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ОТНОСЯТ: {

=наком, мадопар
~мидантан, вирегит
~парлодел, лизурид
~юмекс, депренил
}

:: ТЕМА26-13:: ДЛЯ БОЛЕЗНИ ДАУНА ХАРАКТЕРНО
СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ: {

=округлый череп, готическое небо, синдактилия, гипотония мышц
~долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц
~краниостенотический череп, заячья губа, наличие 6-го пальца,
хореоатетоз
~наблюдается сочетание любых перечисленных признаков
}

:: ТЕМА26-14:: В ХАРАКТЕРИСТИКУ БОЛЕЗНИ ДАУНА
ВХОДИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: {

=пирамидной недостаточности
~лица "клоуна"
~олигофрении
~нарушения речи
}

:: ТЕМА26-15:: СИНДРОМ МАРФАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

=арахнодактилией, пороками сердца, задержкой умственного развития
~округлый череп
~гемипарезом
~гипертонус мышц
}

Раздел 18. МИАСТЕНИЯ

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5,
ОПК -6, ОПК -9, ПК -5,

:: ТЕМА27-1:: ПРИ МИАСТЕНИИ НАРУШЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ НА УРОВНЕ: {

- =нервно-мышечной передачи
- ~передних рогов спинного мозга
- ~прецентральной извилины
- ~ствола мозга

}

:: ТЕМА27-2:: МИАСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

- =патологической мышечной утомляемостью
- ~парезом нижних конечностей
- ~гемипарезом
- ~мышечными атрофиями

}

:: ТЕМА27-3:: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИАСТЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

- =слабостью поперечно-полосатых мышц
- ~слабостью гладкой мускулатуры
- ~нарушением чувствительности
- ~мозжечковыми нарушениями

}

:: ТЕМА27-4:: ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ МИАСТЕНИИ: {

- =от преимущественного вовлечения в процесс той или иной группы мышц и степени их утомляемости
- ~от уровня поражения центральной нервной системы
- ~от возраста
- ~от начала заболевания

}

:: ТЕМА27-5:: МИАСТЕНИЧЕСКИЙ КРИЗ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ: {

- =гиперсаливацией, брадикардией
- ~пароксизмальным усилением мышечной слабости
- ~угнетением глотания
- ~нарушением витальных функций
- ~всем перечисленным

}

:: ТЕМА27-6:: ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЙ КРИЗ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ: {

- =тахикардии

~сужения зрачков, слюнотечения, тошноты, диареи, болей в животе
 ~пароксизмальной мышечной слабости, гипотонии
 ~дрожания и фасцикулярных подергиваний, потливости
 ~головной боли
 }

:: ТЕМА27-7:: ХОЛИНЭРГИЧЕСКИЙ КРИЗ У БОЛЬНЫХ
 МИАСТЕНИЕЙ СНИМАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ: {

=атропина
 ~ганглиоблокирующих средств
 ~мышечных релаксантов
 ~адреналина
 }

Раздел 19. АНАЛИЗ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЯ. ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. ЖИДКОСТИ. СИНДРОМ

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5,
 ОПК -6, ОПК -9, ПК -5,
 ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА29-1:: ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ
 ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
 СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ: {

=Дислокации ствола мозга
 ~Кровотечения
 ~Гипертермии
 ~Вазоспазма
 }

:: ТЕМА29-2:: СИМПТОМ «ВКЛИНЕНИЯ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
 ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У БОЛЬНОГО С ОБЪЕМНЫМ
 СПИНАЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

=Нарастанием неврологической симптоматики после пункции
 ~Усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
 ~Нарастанием неврологической симптоматики при давлении на
 переднюю брюшную стенку
 ~Усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
 }

:: ТЕМА29-3:: ПРИЧИНОЙ ВАЗОГЕННОГО ОТЕКА МОЗГА
 ЯВЛЯЕТСЯ: {

=Нарушения гематоэнцефалического барьера
 ~Рефлекторный вазоспазм
 ~Гемодинамический эффект
 ~Повышение внутричерепного давления
 }

:: ТЕМА29-4:: КАКОВА В НОРМЕ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ЦСЖ: {
=0,15-0,45 г/л
~<0,15 г/л
~0,45-1,0 г/л
~>1,0 г/л

Раздел 20. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ.

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5, ОПК -6, ОПК -9, ПК -5, ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА32-1:: Причиной болезни Меньера является: {
=Гидропс лабиринта
~Отолиты
~Нарушение кровообращения в артерии улитки
~Вирусная инфекция
}

:: ТЕМА32-2:: Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты: {
=Триптаны
~Сосудорасширяющие
~Антигистаминовые
~Антисеротониновые
}

:: ТЕМА32-3:: Неустойчивость в положении Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия: {
=Сенситивная
~Мозжечковая
~Вестибулярная
~Лобная
}

:: ТЕМА32-4:: Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе, на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла: {
=Коленчатого
~Вестибулярного

~Гассерова
~Крылонебного
}

:: ТЕМА32-5:: Для проявлений вертебрально-базилярной недостаточности характерно наличие: {
=Вестибуло-мозжечкового синдрома
~Синдрома сенсомоторной афазии
~Апатико-абулического синдрома
~Синдрома аутопагнозии
}

:: ТЕМА32-6:: Выберите заболевание, для которого характерно истинное периферическое вертиго: {
=Болезнь Меньера
~Инсульт в мозжечке
~Рассеянный склероз
~Паническое расстройство
}

:: ТЕМА32-7:: Выберите заболевание, для которого характерно истинное центральное вертиго: {
=Инсульт в мозжечке
~Лабиринтит
~Вестибулярный нейронит
~Болезнь Меньера
}

:: ТЕМА32-8:: Вестибулярное (системное) головокружение характерно для поражения: {
=вестибулярного анализатора
~коры лобных долей
~базальных ядер
~путей проведения проприоцептивной чувствительности
}

:: ТЕМА32-9:: Для доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения характерно: {
=появление системного головокружения при определенном положении или повороте головы
~отсутствие нистагма
~отсутствие вегетативных проявлений

~резкое снижение слуха

}

:: ТЕМА32-10:: К первичным головным болям не относят: {

=Лекарственно индуцированную головную боль

~Мигрень с аурой

~Головную боль напряжения

~Кластерную цефалгию

}

:: ТЕМА32-11:: Для профилактической терапии мигрени назначается: {

=Топирамат

~Парацетамол

~Церебролизин

~Феназепам

}

:: ТЕМА32-12:: Максимальная продолжительность приступа неосложненной мигрени составляет: {

=72 часа

~24 часа

~6 часов

~1 час

**Раздел 21. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В
НЕВРОЛОГИИ.
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА,
КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА,
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАФИЯ.
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ДИАГНОСТИКИ.**

ОПК-1, ОПК -2, ОПК -5,
ОПК -6, ОПК -9, ПК -5,
ПК -7, ПК -11

:: ТЕМА33-1:: ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ: {

=наличие инородных металлических тел

~аллергия к йоду

~открытая черепно-мозговая травма

~выраженная внутричерепная гипертензия

}

:: ТЕМА33-2:: РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ ИМЕЕТ: {

- =ангиография
 - ~сцинтиграфия
 - ~компьютерная томография
 - ~реоэнцефалография
- }

:: ТЕМА33-3:: РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ РАЗНИЦЫ ПЛОТНОСТИ
ТКАНЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТЛИЧИТЬ: {

- =ткань мозга, желудочки и мозговые сосуды
 - ~ткань мозга и желудочки
 - ~ткань мозга и мозговые сосуды
 - ~ткань серого и белого вещества
- }

:: ТЕМА33-4:: КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ГОЛОВНОГО
МОЗГА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ: {

- =дифференцировать гистологическую структуру опухоли
 - ~дифференцировать серое и белое вещество мозга
 - ~определить состояние ликворных путей
 - ~определить области ишемии и кровоизлияния
- }

:: ТЕМА33-5:: РАЗРЕШАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ МОЗГА ИМЕЕТ ОГРАНИЧЕНИЯ И НЕ ВСЕГДА
ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ КТ-КОНТРАСТНЫЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОЧАГИ В МОЗГЕ ДИАМЕТРОМ МЕНЕЕ: {

- =1,5x1,5 мм
 - ~2,5x2,5 мм
 - ~3,5x3,5 мм
 - ~4,5x4,5 мм
- }

:: ТЕМА33-6:: ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ – ЭТО МЕТОД
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГОЛОВНОГО
МОЗГА...: {

- =основанный на графической регистрации его потенциалов
 - ~основанный на электрической стимуляции нерва с регистрацией вызванных потенциалов
 - ~с помощью ультразвука
 - ~рентгенологическим аппаратом
- }

:: ТЕМА33-7:: СИМПТОМ «ВКЛИНЕНИЯ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЮМБОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У БОЛЬНОГО С ОБЪЕМНЫМ СПИНАЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: {

- =нарастанием неврологической симптоматики после пункции
- ~усилением корешковых болей при сдавливании шейных вен
- ~нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
- ~усилением корешковых болей при сгибании головы к груди

}

:: ТЕМА33-8:: ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ: {

- =магнитно-резонансную томографию
- ~компьютерную томографию
- ~компьютерную томографию с контрастированием
- ~позитронно-эмиссионную томографию

}

:: ТЕМА33-9:: ДУГООБРАЗНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ШТРИХОВЫЕ ДУГООБРАЗНЫЕ ПЕТРИФИКАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ: {

- =холестеатомы мостомозжечкового угла
- ~невриномы слухового нерва
- ~невриномы тройничного нерва
- ~опухоли тройничного (гассерова) узла

}

:: ТЕМА33-10:: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ПРИ ЭТОМ МЕТОДЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: {

- =можно сравнить показатели поглощения рентгеновского излучения разными структурами мозга
- ~четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозгом
- ~визуализируются сосуды мозга
- ~визуализируются оболочки мозга

}

:: ТЕМА33-11:: ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОЧАГОВЫХ НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ: {

- =наличие пиков (спайков) и острых волн
- ~диффузное снижение вольтажа волн

~диффузное повышение вольтажа волн

~появление 5- и 9-волн

}

:: ТЕМА33-12:: НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАСПОЗНАНИИ ОБЪЕМНОГО ПОЛУШАРНОГО ОЧАГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ИМЕЕТ: {

=степень смещения срединного сигнала

~появления дополнительный латеральных сигналов

~ширина III желудочка

~ширина IV желудочка

}

:: ТЕМА33-13:: УСИЛЕНИЕ ПАЛЬЦЕВЫХ ВДАВЛЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ЧЕРЕПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ: {

=об окклюзионной закрытой гидроцефалии

~об окклюзионной открытой гидроцефалии

~о внутричерепной гипотензии

~об окклюзионной открытой гидроцефалии и об окклюзионной закрытой гидроцефалии

}

:: ТЕМА33-14:: КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРОТИВОПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ: {

=у больного имеется лучевая болезнь

~у больного с инсультом диагностирован инфаркт миокарда

~у больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола

~у больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром

Гертвига—Мажанди

}

:: ТЕМА33-15:: КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ВЫЯВЛЯЕТ ГИПОДЕНСНУЮ ЗОНУ В ОЧАГЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЧЕРЕЗ: {

=6 ч и более от начала заболевания

~1 ч от начала заболевания

~2 ч от начала заболевания

~4 ч от начала заболевания

}

:: ТЕМА33-16:: КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПЕРДЕНСНЫЕ УЧАСТКИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ЭКСТРАВАЗАТОВ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ: {

=сразу после кровоизлияния

~через 3 ч после кровоизлияния
~через 6 ч после кровоизлияния
~через 12 ч после кровоизлияния
}

:: ТЕМА33-17:: НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ: {

=магнитно-резонансная томография
~компьютерная томография
~электроэнцефалография
~радионуклиднаясцинтиграфия
}

:: ТЕМА33-18:: СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЗАКУПОРКЕ: {

=нижней задней артерии мозжечка
~коротких циркулярных артерий моста
~длинных циркулярных артерий моста
~парамедианных артерий моста
}

:: ТЕМА33-19:: ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ: {

=пирамидных путей доминантного и недоминантного полушария
~пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
~пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
~пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
}

:: ТЕМА33-20:: К ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРОТОКОЛА МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ ОТНОСИТСЯ: {

=T1 с введением контрастного вещества (2D или 3D)
~DWI в аксиальной плоскости
~T1 без контрастного вещества (2D или 3D)
~DIR (2D или 3D)
}

:: ТЕМА33-21:: К ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ НА МРТ ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА, ОТНОСИТСЯ: {

=перивентрикулярный очаг, на T2-ВИ гиперинтенсивный очаг поражения белого вещества, непосредственно контактирующий с боковыми желудочками
~множественные очаги в белом веществе, расположенные

паравентрикулярно и в глубоком сером веществе
 ~внутри мозолистые «снежки»
 ~диффузное выраженное поражение, как белого, так и глубинного серого вещества
 }

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных	Минимально допустимый	Уровень знаний в	Уровень знаний в объеме,

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
	требований. Имели место грубые ошибки	уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
			задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)