**Тесты по неврологии: 2курс 200вопрос**  
1 При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы:  
1 верхней прямой 2 наружной прямой  
3 нижней прямой 4 нижней косой  
2 Мидриаз возникает при поражении:  
1 верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва  
2 нижней порции крупноклеточного ядра  глазодвигательного нерва  
3 мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва  
4 среднего непарного ядра  
3 Если верхняя граница проводниковых расстройств  болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:  
1 Т6 или Т7 2 Т8 или Т9 3 Т9 или Т10 4 Т10 или Т11  
4 При центральном параличе наблюдается:  
1 атрофия мышц  
2 повышение сухожильных рефлексов   
3 нарушение чувствительности по полиневритическому типу  
4 нарушение электровозбудимости нервов и мышц  
5 Хореический гиперкинез возникает при поражении:  
1 палеостриатума 2 неостриатума   
3 медиального бледного шара 4 латерального бледного шара  
6 Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:  
1 латерально 2 медиально 3 вентрально 4 дорсально  
7 Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии:  
1 латерально 2 медиально 3 вентрально 4 дорсально  
8 Волокна болевой  и температурной чувствительности(латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительночсти(медиальная петля):  
1 в продолговатом мозге 2 в мосту мозга   
3 в ножках мозга 4 в зрительном бугре  
9 Основным медиатором тормозного действия является:  
1 ацетилхолин 2 ГАМК   
3 норадреналин 4 адреналин  
10 Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются:  
1 в латеральном ядре бледного шара 2 в поласатом теле   
3 в медиальном ядре бледного шара 4 в субталамическом ядре  
11 Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:  
1 мозжечковая 2 сеситивная  
3 вестибулярная 4 лобная  
12 Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:  
1 красное ядро 2 люисово тело  
3 черное вещество 4 поласатое тело  
13 Биназальная гемианопсия наступает при поражении:  
1 центральных отделов перекреста зрительных нервов  
2 наружных отделов перекреста зрительных нервов  
3 зрительной лучистости 4 зрительных трактов  
14 К концетрическому сужению полей зрения приводит сдавление:  
1 зрительного тракта 2 зрительного перекреста  
3 наружного каленчатого тела 4 зрительной лучистости  
15 При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:  
1 биназальная 2 гомонимная   
3 битемпоральная 4 нижнеквадратная  
16 Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:  
1 зрительного тракта 2 зрительного перекреста   
3 зрительной лучистости 4 внутренней капсулы  
17 Через верхние ножки мозжечка проходит путь:  
1 задний спинно-мозжечковый  
2 передний спинно-мозжечковый  
3 лобно-мосто-мозжечковый  
4 затылочно-височно-мосто-мозжечковый  
18 Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:  
1 обонятельного бугорка 2 обонятельной луковицы  
3 височной доли 4 теменной доли  
19 Битемпоральная гамианопсия наблюдается при поражении:  
1 центральных отделов перекреста зрительных нервов  
2 наружних отделов перекреста зрительных нервов  
3 зрительных трактов перекреста зрительных нервов  
4 зрительной лучистости с двух сторон  
  
  
20 Истинное недержание мочи возникает при поражении:  
1 парацентральных долек передней центральной извилины  
2 шейного отдела спинного мозга  
3 поясничного утолщения спинного мозга 4 конского хвоста   
21 При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:  
1 в верхних отделах моста мозга  
2 в нижних отделах моста мозга  
3 в дорсальном отделе покрышки среднего мозга  
4 в ножках мозга  
22 Половинное поражение поперечника спиннного мозга(синдром Броун-Секара)характиризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:  
1 с нарушением всех видов чувствительности- на противоположной  
2 с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага  
3 с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой  и  температурной чувствительности - на противоположной   
4 с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага  
23 При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:  
1 динамическая 2 вестибулярная  
3 статическая 4 сенситивная  
24 При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперстезии в средней зоне Зильдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется:  
1 в левом мосто-мозжечковом углу  
2 в правом полушарии мозжечка 3 в мосту мозга слева   
4 в области верхушки пирамиды левой височной кости  
25 Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:  
1 в переднем адверсивном поле справа  
2 в верхнем отделе задней центральной извилины справа  
3 в нижнем отделе передней центральной извилины справа  
4 в верхнем отделе передней центральной извилины справа  
26 Сочетанные боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:  
1 вестибулярного 2 крылонебного  
3 коленчатого 4 Гассерого  
27 Центральный парез  левой руки возникает при локализации очага:  
1 в верхних отделах передней центральной извилины слева  
2 в нижних отделах передней центральной извилины слева  
3 в заднем бедре внутренней капсулы  
4 в колене внутреннней капсулы   
28 Шейное сплетение образуется передними ветвями спиннно-мозговых нервов и шейных сегментов:  
1 С1-С4 2 С2-С5 3 С3-С6 4 С4-С7  
29 Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов:  
1 С5-С8 2 С5-Т1 3 С6- С8 4 С8-Т2  
30 Нервные импульсы генерируются:  
1 клеточным ядром 2 наружной мембраной  
3 аксоном 4 нейрофиламентами  
31 Алексия наблюдается при поражании:  
1 верхней лобной извилины  
2 парагиппокампальной извилины  
3 таламуса 4 угловой извилины   
32 На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра:  
1 нежное и клиновидное  
2 спинно-мозгового пути тройничного нерва  
3 подъязычныхнервов 4 лицевого, отводящего нервов  
33 В состав моста ствола мозга входят:  
1 красные ядра 2 ядра блокового нерва  
3 ядра глазодвигательного нерва 4 ядра отводящего нерва  
34 Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:  
1 ) бледного шара 2 хвостатого ядра  
3 красного ядра 4 таламуса   
35 . Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:  
1 вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу   
2 спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами  
3 нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи  
4 спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов  
  
36 Истинный астереогноз обусловлен поражением:  
1 лобной доли 2 височной доли  
3 теменной доли 4 затылочной доли  
37 Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении:  
1 наружных отделов зрительного перекреста  
2 язычной извилины 3 глубинных отделов теменной доли  
4 первичных зрительных центров в таламусе  
38 Астереогноз возникает при поражении:  
1 язычной извилины теменной доли  
2 верхней височной извилины  
3 нижней лобной извилины 4 верхней теменной дольки (+)  
39  Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга:  
1 С3 - С4 2 С5- С6 3 С7 -С8 4 С8 - Т1  
40 Ассоциативные волокна связывают:  
1 симметричные части обоих полушарий  
2 несимметричные части обоих полушарий  
3 кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)  
4 различные участки коры одного и того же полушария  
41 Больной со зрительной агнозией:  
1 плохо видит окружающие предметы, но узнает их  
2 видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной  
3 не видит предметы по периферии полей зрения  
4 видит предметы, но не узнает их   
42 Больной с моторной афазией:  
1 понимает обращенную речь, но не может говорить   
2 не понимает обращенную речь и не может говорить  
3 может говорить, но не понимает обращенную речь  
4 может говорить, но речь скандированная  
43 Больной с сенсорной афазией:  
1 не может говорить и не понимает обращенную речь  
2 понимает обращенную речь, но не может говорить  
3 может говорить, но забывает названия предметов  
4 не понимает обращенную речь и не контролирует собственную   
44 Амнестическая афазия наблюдается при поражении:  
1 лобной доли 2 теменной доли  
3 стыка лобной и теменной доли 4 стыка височной и теменной доли  
45 Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:  
1 ножек мозга 2 моста мозга  
3 продолговатого мозга 4 покрышки среднего мозга  
46 Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении:  
1 продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и Х нервов слева   
2 продолговатого мозга на уровне XII нерва слева  
3 колена внутренней капсулы слева  
4 заднего бедра внутренней капсулы слева  
47 При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится:  
1 в основании ножки мозга  
2 в заднебоковом отделе продолговатого мозга  
3 в области красного ядра  
4 в основании нижней части моста мозга   
48 Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении:  
1 четверохолмия 2 продолговатого мозга  
3 гипоталамуса 4 спинного мозга   
49 Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие:  
1 нижнего вялого парапареза  
2 нарушения болевой чувствительности  
3 нарушения функции тазовых органов по центральному типу  
4 сенситивной атаксии нижних конечностей   
50 Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:  
1 кортикоспинальных 2 кортиконуклеарных   
3 лобно-мосто-мозжечковых 4 руброспинальных  
51 Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:  
1 теменной доли 2 височной доли  
3 лобной доли 4 затылочной доли  
  
52 Слуховая агнозия наступает при поражении:  
1 теменной доли 2 лобной доли  
3 затылочной доли 4 височной доли   
53 Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня:  
1 верхних отделов продолговатого мозга  
2 нижних отделов продолговатого мозга 3 красных ядер   
4 моста мозга  
54 Для альтернирующего синдрома Раймона - Сестана характерно наличие:  
1 пареза взора 2 паралича глазодвигательного нерва  
3 паралича отводящего нерва 4 спазма мимических мышц  
55 Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одно временным вовлечением в патологический процесс нервов:  
1 лицевого и отводящего 2 лицевого и глазодвигательного  
3 языкоглоточного нерва и блуждающего  
4 подъязычного и добавочного  
56 Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов:  
1 языкоглоточного, блуждающего, добавочного  
2 блуждающего, добавочного, подъязычного  
3 добавочного, языкоглоточного, подъязычного  
4 блуждающего, лицевого, тройничного  
57 Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением:  
1 лобной доли 2 височной доли  
3 теменной доли 4 затылочной доли  
58 Конструктивная апраксия возникает при поражении:  
1 лобной доли доминантного полушария  
2 лобной доли недоминантного полушария  
3 теменной доли доминантного полушария   
4 теменной доли недоминантного полушария  
59 Расстройство схемы тела отмечается при поражении:  
1 височной доли доминантного полушария  
2 височной доли недоминантного полушария  
3 теменной доли доминантного полушария  
4 теменной доли недоминантного полушария  
60 Сенсорная афазия возникает при поражении:  
1 верхней височной 2 средней височной извилины  
3 верхнетеменной дольки 4 нижней теменной дольки  
61 Расстройства памяти типа корсаковского синдрома возникают при поражении:  
1 медио-базальных отделов височной доли  
2 верхних отделов теменной доли  
3 нижних отделов лобной доли 4 верхних отделов затылочной доли  
62 Моторная апраксия  в левой руке развивается при поражении:  
1 колена мозолистого тела 2 ствола мозолистого тела  
3 утолщения мозолистого тела 4 лобной доли  
63 Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:  
1 С5-Т10 2 Т1-Т12 3 C8-L 3 4 T6-L4   
64 Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами  боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:  
1 L4-L5-S1 2 L5-S1-S2 3 S1-S3 4 S2-S4   
65 Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах  спинного мозга на уровне сегментов:  
1 С6-С7 2 С7-С8 3 С8-Т2 4 Т1-Т3  
64 Передача нервного импульса происходит:  
1 в синапсах 2 в митохондриях  
3 в лизосомах 4 в цитоплазме  
65 Спинной мозг новорожденного  оканчивается на уровне 1 него края позвонка:  
1 XII грудного 2 I поясничного  
3 II поясничного 4 III поясничного   
66.Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте:  
1 до 2 месяцев 2 до 3 месяцев  
3 до 4 месяцев 4 до 1 года  
67. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте:  
1 до 1-2 месяцев 2 до 3-4 месяцев  
3 до 5-6 месяцев 4 до 7-8 месяцев  
68. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей:  
1 при стафилококковой инфекции 2 школьного возраста  
3 при иммунодефиците 4 с ликвореей   
69. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются:  
1 в стволе мозга 2 в затылочной доле  
3 в лобной доле 4 в височной доле   
70. Индометацин не рекомендуется назначать детям:  
1 до 5 лет 2 до 7 лет 3 до 10 лет 4 до 12 лет  
71 При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают:  
1 только вялые парезы ног 2 только вялые парезы рук  
3 вялые парезы рук и ног 4 только парезы мышц туловища  
72.  Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией  составляет:  
1 от 2 до 6 месяцев 2 от 2 месяцев до 1 года  
3 от 2 месяцев до 3 лет 4 от 2 месяцев до 5-6 лет   
73. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно:  
1 для болезни с нарушением аминокислотного обмена  
2 для болезни углеводного  обмена  
3 для мукополисахаридоза 4 для лейкодистрофии   
 74. Синдром Марфана характеризуется:  
1 арахнодактилией 2 пороками сердца  
3 подвывихами хрусталика  
4 всеми перечисленными симптомами   
75. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует:  
1 о метаболическом алкалозе 2 о метаболическом ацидозе   
3 о нарушении церебральной гемодинамики 4 об обезвоживании  
76. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей:  
1 подостро 2 после "светлого" промежутка  
3 волнообразно 4 остро   
77. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются:  
1 парезы и параличи 2 чувствительные нарушения  
3 нарушения мочеиспускания и пролежни  
4 деформация позвоночника  
78. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают:  
1 при мальформации 2 при ревматическом пороке сердца  
3 при ликворной гипертензии 4 при опухоли глубинной локализации  
79. Ликвородинамическая проба Пуссепа вызывается:  
1 сдавленисм шейных вен  
2 давлением на переднюю брюшную стенку  
3 наклоном головы вперед   
4 разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах  
80. Характерными для больных невралгией тройничного нерва |являются жалобы:  
1 на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица  
2 на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу  
3 на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюнотечением  
4 на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения  
81. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается:  
1 в 10 раз 2 в 6 раз 3 в 4 раза 4 в 2 раза   
82. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах:  
1 80-110 ммоль/л 2 40-60 ммоль/л  
3 203.-260 ммоль/л 4 120-130 ммоль/л   
83. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении:  
1 на менингококковый менингит  
2 на герпетический менингоэнцефалит  
3 на грибковый менингит  
4 на менингит, вызванный синегнойной палочкой  
84. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:  
1 папулезной сыпи 2 телеангиэктазий  
3 "кофейных" пятен 4 витилиго  
85. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:  
1 ретробульбарной опухоли орбиты  
2 тромбоза глазничной артерии  
3 каротидно-кавернозного соустья   
4 супраселлярной опухоли гипофиза  
  
  
86. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует:  
1 сильно наклонить голову больного вперед  
2 сдавить яремные вены 3 надавить на переднюю брюшную стенку  
4 наклонить голову больного назад  
87. Для выявления амнестической афазии следует:  
1 проверить устный счет  
2 предложить больному назвать окружающие предметы  
3 предложить больному прочитать текст  
4 убедиться в понимании больным обращенной речи  
88. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному:  
1 поднять руку 2 коснуться правой рукой левого уха  
3 сложить заданную фигуру из спичек   
4 выполнить различные движения по подражанию  
89. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному:  
1 коснуться пальцем кончика носа  
2 осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук  
3 сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками  
4 стоя, отклониться назад  
90. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:  
1 при остром нарушении мозгового кровообращения  
2 при внутричерепной гипертензии  
3 при коматозном состоянии  
4 при перфорации барабанной перепонки  
91. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного:  
1 с фуникулярным ммелозом  
2 с дистальной моторной диабетической полинейропатией  
3 с невральной амиотрофией Шарко - Мари  
4 с прогрессирующей мышечной дистрофией   
92. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении  пальценосовой пробы характерно:  
1 для статико-локомоторной атаксии  
2 для динамической атаксии   
3 для лобной атаксии 4 для сенситивной атаксии  
93. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного:  
1 осуществить фланговую походку  
2 стать в позу Ромберга с закрытыми глазами  
3 стоя, отклониться назад 4 пройти с закрытыми глазами  
94. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("отрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком:  
1 невриномы слухового нерва 2 невриномы тройничного нерва  
3 холестеатомы мосто-мозжечкового угла  
4 всех перечисленных новообразований  
95. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев  с последующим цианозом характерны:  
1 для невропатии  Гийена- Барре 2 для болезни (синдрома) Рейно   
3 для синдрома Толоза- Ханта 4 для гранулематоза Вегенера  
96. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского:  
1 сгибают голову больного вперед  
2 надавливают на область лонного сочленения  
3 выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного   
4 сдавливают четырехглавую мышцу бедра  
97. При МРТ диагностики рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является:  
1 перивентрикулярное белое вещество  
2 субкортикальное белое вещество  
3 мост мозга 4 мозжечок  
98. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:                                  
1 Ашнера (глазосердечный рефлекс)  
2 клиностатическая 3 ортостатическая   
4 шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)  
99. Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить:  
1 место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела  
2 рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры  
3 B)  два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела   
4 на ощупь знакомые предметы  
100. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах:  
1 сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног   
2 сгибателях ног и разгибателях рук  
3 сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно  
4 повышение тонуса в агонистах сочетается со снижением тонуса в антагонистах  
101 Дугообразная деструкция пирамиды височной кости и сопутствующие штриховые дугообразные петрификаты являются |характерным рентгенологическим признаком:  
1 невриномы слухового нерва  
2 холестеатомы мостомозжечкового угла   
3 невриномы тройничного нерва  
4 опухолеомы тройничного (гассерова) узла  
102. Координаторная синкинезия при произвольных движениях здоровых мышц характеризуется появлением в паретичных мышцах:  
1 физиологически адекватных движений  
2 хореоатетоидных гиперкинезов 3 мышечной ригидности  
4 произвольных сокращений с физиологически неадекватным движением   
103. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:  
1 одностороннюю гомонимную гемианопсию  
2 нижнеквадрантную гемианопсию  
3 битемпоральную гемианопсию 4 биназальную гемианопсию  
104. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс: 1 Бабинского 2 Оппенгейма 3 Россолимо 4 Гордона  
105. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования:  
1 четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга  
2 визуализируются сосуды мозга  
3 можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга   
4 легко определяются петрификаты в ткани мозга  
106. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:  
1 компьютерную томографию  
2 компьютерную томографию с контрастированием  
3 магнитно-резонансную томографию  
4 позитронно-эмиссионную томографию  
107. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не всегда позволяет определить КТ- контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее:  
1 1.5 х 1.5 мм 2 2.5 х 2.5 мм  
3 3.5 х 3.5 мм 4 4.5 х 4.5 мм  
108. Харктерным электроэнцефалографическим признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является:  
1 диффузное снижение вольтажа волн  
2 появление d -  и    q-волн  
3 наличие пиков (спайков) и острых волн   
4 наличие асимметричных гигантских волн  
109. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:  
1 усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен  
2 нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку  
3 усилением корешковых болей при сгибании головы к груди  
4 нарастанием неврологической симптоматики после пункции   
110. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:  
1 невринома VIII в I (отиатрической) стадии клинического течения  
2 невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения  
3 опухоль височной доли (+) 4 опухоль лобной доли  
111. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного:  
1 вирусами гриппа 2 пневмококком  
3 вирусом паротита 4 туберкулезной палочкой   
112. Решающее значение в диагностике менингита имеет:  
1 острое начало заболевания с повышением температуры  
2 острое начало заболевания с менингеальным синдромом  
3 изменение спинномозговой жидкости   
4 синдром инфекционно-токсического шока  
  
113. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов  периметрия выявляет: 1 одностороннюю гомонимную гемианопсию  
2 нижнеквадрантную гемианопсию  
3 битемпоральную гемианопсию   
4 биназальную гемианопсию  
114. Ликворологическим признаком, отличающими церебральный цистицеркоз от эхинококкоза, является:  
1 повышение давления цереброспинальной жидкости  
2 лимфоцитарно-моноцитарный плеоцитоз  
3 наличие в ликворе эозинофилов  
4 наличие в ликворе базофилов  
115. Компьютерная томография выявляет зону гиподенситивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через:  
1 1 час 2 2 часа 3 4 часа 4 6 и более часов  
116. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии спустя:  
1 1 ч от начала кровоизлияния 2 3 ч от начала кровоизлияния  
3 6 ч от начала кровоизлияния 4 12 ч от начала кровоизлияния  
117. Наибольшее диагностическое значение  при проведении эхоэнцефалографии имеет:  
1 наличие и степень смещения срединного сигнала  
2 появление дополнительных латеральных сигналов  
3 ширина III желудочка 4 начальный комплекс  
18. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится:  
1 электроэнцефалографии 2 компьютерной томографии  
3 ангиографии 4 эхоэнцефалографии  
119.Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является:  
1 аллергия к йоду 2 открытая черепно-мозговая травма  
3 выраженная внутричерепная гипертензия  
4 наличие инородных металлических тел  
120. Анализ крови при гепатоцеребральной дистрофии выявляет:  
1 нейтрофильный лейкоцитоз 2 лимфоцитоз  
3 ускорение СОЭ 4 тромбоцитопению   
121. Анализ крови при эритремии выявляет:  
1 замедление СОЭ до 1-2 мм/ч 2 тромбоцитопению  
3 снижение вязкости крови 4 ускорение СОЭ  
122. В норме при пробе Стукея давление ликвора повышается: 1 в 1,5 раза 2 в 3 раза 3 в 6 раз 4 в 8,5 раз  
123. При синдроме Иценко - Кушинга в крови определяется повышенное содержание:  
1 пролактина 2 кортикотропина   
3 соматостатина 4 тиреотропина  
124.В норме давление ликвора в положении сидя равно:  
1 110-180 мм.вод.ст. 2 280-310 мм.вод.ст.  
3 220-260 мм.вод.ст. 4 160-220 мм.вод.ст.  
125. Синдром Клиппеля-Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками:  
1 краниосненоза 2 платибазии  
3 остеопороза турецкого седла  
4 срастанием нескольких шейных позвонков   
126. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния:  
1 2-3 метра 2 3-4 метра 3 6-7 метров 4 10 метров  
127. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью:  
1 поверхностных электродов 2 игольчатых электродов   
3 мультиполярных электродов  
4 поверхностных и игольчатых электродов  
128. Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков:  
1 атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне   
2 застойных дисков с двух сторон  
3 атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон  
4 застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения  
129. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесо-образно использовать:  
1 ангиографию 2 реоэнцефалографию  
3 компьютерную томографию  
4 транскраниальную ультразвуковую допплерографию   
  
  
130. Симптом Элсберга - Дайка (атрофия корней дужек позвонков и увеличение расстояния между ними на спондилограммах) наиболее характерен для:  
1 дисгормональной спондилопатии 2 миеломной болезни  
3 болезни Педжета 4 экстрамедуллярной опухоли  
 131. Кликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы:  
1 Квеккенштедта, Пуссепа, Мак-Клюра - Олдрича  
2 Пуссепа, Стукея, Мак-Клюра - Олдрича  
3 Стукея, Мак-Клюра - Олдрича, Квеккенштедта  
4 Квеккенштедта, Пуссепа, Стукея   
132. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:  
1 повышение уровня церулоплазмина и гипокупремию  
2 понижение уровня церулоплазмина и гиперкупремию  
3 повышение уровня церулоплазмина и гиперкупремию  
4 понижение уровня церулоплазмина и гипокупремию   
133. Противопоказанием для проведения нисходящей миелографии является:  
1 синдром компрессии конского хвоста  
2 опухоль краниоспинальной локализации  
3 компрессионная радикуломиелоишемия  
4 кистозно-слипчивый арахноидит в верхнегрудном отделе спинального субарахноидального пространства  
134. Наиболее информативным методом дополнительного исследования для диагностики опухоли ствола мозга является:  
1 компьютерная томография  
2 магнитно-резонансная томография   
3 электроэнцефалография 4 радионуклидная g-сцинтиграфия  
135. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет:  
1 g-сцинтиграфия 2 ангиография  
3 компьютерная томография 4 допплеросонография  
136. Компьютерная томография головного мозга не позволяет:  
1 дифференцировать гистологическую структуру опухоли  
2 дифференцировать серое и белое вещество мозга  
3 определить состояние ликворных путей  
4 определить области ишемии и кровоизлияния  
137.Уменьшение "ореола свечения" при диафаноскопии характерно:  
1 для наружной гидроцефалии 2 для гидроанэнцефалии  
3 для внутренней гидроцефалии на начальном этапе  
4 для сообщающейся гидроцефалии  
138. В норме верхний край зуба 2-го шейного позвонка расположен  выше линии, соединяющей твердое небо  с задним краем большого затылочного отверстия:  
1 на 1-2 мм 2 на 3-4 мм 3 на 4-5 мм 4 на 6-7 мм 139. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять:  
1 гидрокортизон 2 преднизолон  
3 дексаметазон 4 кортизон  
140. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение:  
1 адреналина 2 норадреналина  
3 мезатона 4 дофамина   
141. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:  
1 ингибиторы МАО 2 трициклические антидепрессанты,  
3 нейролептики 4 барбитураты   
142. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют:  
1 диазепам 2 аминазин  
3 пропазин 4 любой из перечисленных препаратов  
143. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает:  
1 цефалексин 2 клиндамицин 3 рифампицин 4 цефтриаксон  
144. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять:  
1 маннитол 2 реополиглюкин 3 полиглюкин 4 альбумин  
145. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает:  
1 маннитол 2 глицерин 3 лазикс 4 альбумин  
146. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой трав-мы (апалический или акинето-ригидный синдром) назначают:  
1 циклодол 2 пирацетам 3 энцефабол 4 наком   
147. К "дневным" транквилизаторам относится:  
1 мидазолам (флормидал) 2 нитразепам (эуноктин)  
3 диазепам (реланиум) 4 тофизепам (грандаксин)   
148. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:  
1 спустя 3 дня после травмы 2 спустя неделю после травмы  
3 в резидуальном периоде 4 в любые сроки   
149. При аллергии к пенициллину не следует назначать:  
1 гентамицин 2 ампиокс 3 биомицин 4 левомицетин  
150. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутри-венная инфузия:  
1 5% раствора глюкозы 2 4% раствора бикарбоната натрия  
3 раствора поляризующей смеси 4 реополиглюкина  
151. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочте-ние отдается назначению:  
1 кардиотонических средств 2 симпатомиметиков,  
3 низкомолекулярных декстранов 4 осмотических диуретиков  
152. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является  
1 нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии  
2 резкая болезненность суставов  
3 нарушение функции тазовых органов  
4 сердечная недостаточность II-III ст   
153. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать  
1 цитостатики 2 туберкулостатические препараты  
3 нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)  
4 препараты всех перечисленных групп  
154. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают  
1 кортикостероиды 2 хлорохин  
3 аминогликозиды 4 антихолинэстеразные препараты   
155. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:  
1 кортикостероиды 2 противосудорожные препараты  
3 противопаркинсонические препараты  
4 все перечисленные препараты   
156. К ингибиторам МАО относятся:  
1 нуредал, беллазон 2 аминазин, тизерцин  
3 седуксен, радедорм 4 амитриптилин, триптизол  
157. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся:  
1 аминазин, тизерцин 2 трифтазин, френолон  
3 меллерил,сонопакс 4 галоперидол, дроперидол  
158. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов:  
1 адреналина 2 норадреналина  
3 дофамина 4 ацетилхолина  
159. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения:  
1 акинезию и ригидность 2 хорею  атетоз  
3 оромандибулярную дискинезию 4 атетоз  
160. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются:  
1 мозжечковые расстройства 2 экстрапирамидные расстройства  
3 вестибулярные расстройства 4 координаторные расстройства  
161. К антидепрессантам седативного действия относятся:  
1 мелипрамин 2 пиразидол  
3 индопан 4 амитриптилин  
162. Холинергический криз снимается введением:  
1 ганглиоблокирующих средств 2 мышечных релаксантов  
3 атропина 4 адреналина  
163. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюн-ных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки:  
1 атропина 2 прозерина 3 ацетилхолина 4 пилокарпина  
164. Мышечные релаксанты применяют:  
1 при введении назогастрального зонда  
2 при катетеризации мочевого пузыря  
3 при интубации трахеи 4 при спазме привратника желудка,  
165. К а-адреноблокаторам относится:  
1 анаприлин 2 обзидан 3 индерал 4 фентоламин   
166. Лечение гепатоцеребральной дистрофии пеницилламином начинают с назначения:  
1 малых доз с постепенным увеличением  
2 больших доз с постепенным снижением  
3 длительного приема средних доз 4 больших доз через день  
167. Уменьшает глубину сна, в связи с чем применяется при лечении энуреза:  
1 амитриптилин 2 сиднокарб 3 пипольфен 4 пирацетам  
168. Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе:  
1 в течение всего дня 2 утром и днем  
3 на ночь 4 утром и вечером,  
169. Санаторно-курортное лечение больного с невритом лицевого нерва начинают:  
1 с первых дней заболевания 2 через 1-2 месяца от начала болезни   
3 через 6 месяцев от начала болезни  
4 через 1 год от начала болезни  
170. Токсическое действие ГБО на нервную систему проявляется:  
1 нарушением сознания  
2 развитием эпилептиформных судорог   
3 развитием гиперкинезов 4 развитием акинезии и ригидности  
171. Биодоступность леводопы (прохождение ГЭБ) в сочетании с ингибитором периферической дофадекарбоксилазы повышается:  
1 в 2 раза 2 в 3 раза 3 в 4 раза 4 в 5 раз  
172. В остром периоде невропатий нецелесообразно применять:  
1 электрофорез новокаина 2 электростимуляцию   
3 микроволны 4 диадинамические токи  
173. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:  
1 анальгетиков 2 спазмолитиков  
3 противосудорожных средств 4 всего перечисленного  
174. Иглорефлексотерапия при полиневропатии Гийена - Барре назначается в период:  
1 нарастания парезов 2 стабилизации парезов   
3 регресса парезов 4 верно все перечисленное  
178. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется:  
1 массаж 2 вытяжение позвоночника  
3 иглорефлексотерапия 4 аппликация парафина  
179. Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является:  
1 нестабильность позвоночного сегмента  
2 нарушение спинального кровообращения  
3 резко выраженный болевой корешковый синдром  
4 все перечисленное   
180. Показанием к мануальной терапии неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является наличие:  
1 спондилеза и спондилолистеза III стадии  
2 болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений   
3 остеопороза позвонков 4 нарушения спинального кровообращения  
181. Препаратами первого выбора для этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии без артериальной гипертензии являются:  
1 антиагрегантные средства 2 антиоксидантные средства  
3 антигиперлипопротеинемические средства   
4 ноотропные средства  
182. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются:  
1 выраженность общемозговой симптоматики   
2 гиповолемия 3 гиперкоагулопатия  
4 сочетание гиповолемии с гиперкоагулопатией  
183. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:  
1 анурии 2 сердечной недостаточности  
3 артериальное давление ниже 120/60 мм.рт. ст  
4 гематокрита 52%   
184. Какие фибринолитические препараты при лечении закупорки артерий мозга можно назначать вместе с гепарином?  
1 стрептокиназу 2 фибринолизин  
3 урокиназу 4 любой из перечисленных  
185. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:  
1 ревматизма 2 артериального давления свыше 204 /104 мм рт. ст  
3 заболеваний печени 4 язвенной болезни желудка  
186. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня:  
1 45-60% 2 36-44% 3 30-35% 4 20-29%  
187. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновая кислота и др.) про-тивопоказано, поскольку:  
1 высок риск повышения артериального давления  
2 возможно значительное повышение внутричерепного давления  
3 кровоизлияние уже завершилось   
4 возможно усиление цефалгического синдрома  
188. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 304 мосм/л следует выбрать  
1 мочевину 2 кортикостероидные препараты  
3 маннитол 4 лазикс   
189. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг яв-ляется:  
1 утрата сознания 2 рвота  
3 психомоторное возбуждение 4 отек легкого   
190. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня:  
1 фибринолизин 2 гепарин  
3 эпсилонаминокапроновую кислоту 4 маннитол  
191. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:  
1 а-токоферол и рутин 2 фибринолизин и калликреин-депо  
3 эпсилонаминокапроновую кислоту  
4 гепарин и замороженную плазму   
192. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:  
1 коррекции лактацидоза 2 коррекции гиперкоагуляции  
3 коррекции гиперагрегации  
4 торможения активации перекисного окисления липидов  
193. При декомпенсации гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии назначение дегидратирующих средств нецелесообразно при наличии:  
1 артериальной гипертензии 2 общемозговой симптоматики  
3 гиперкоагуляции   
4 головной боли гипертензионного характера  
194. При лечении вегетативно-сосудистой дистонии в форме краниоцеребральной венозной недостаточности значительным преимуществом обладают:  
1 Ь-адренергические блокаторы 2 антикоагулянты  
3 антиагреганты 4 препараты ксантинового ряда   
195. Наиболее эффективным антибиотиком (из перечисленных) при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является:  
1 бензилпенициллин 2 клиндамицин,  
3 эритромицин 4 гентамицин  
196. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять:  
1 цефалексин (цепорекс) 2 клиндамицин (далацин),  
3 эритромицин (эритран) 4 цефотаксим (клафоран)   
197. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:  
1 клиндамицин 2 тетрациклин 3 эритромицин 4 левомицетин   
198. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является:  
1 хлоралгидрат 2 тиопентал  
3 фенобарбитал 4 седуксен   
199. Для предупреждения обострений рассеянного склероза целесообразно назначить:  
1 а-интерферон 2 b-интерферон  
3 g-интерферон 4 сочетание a и d интерферона  
200. При ремиссии рассеянного склероза показано применение:  
1 иммуностимуляторов   
2 плазмафереза 3 глюкокортикоидов  
4 цитостатиков