

АНАЛИЗАТОР ЭТО:

- * нейро-рефлекторный прибор, состоящий из рецептора, проводящего пути и коркового отдела анализатора
- * нейро-рефлекторный прибор, состоящий из рецептора и коркового отдела анализатора
- * участок коры головного мозга, проводящий анализ и синтез поступающих извне раздражений
- * структура спинного мозга, проводящая пути от рецептора к коре головного мозга
- * это комплекс рецепторов, воспринимающий и проводящий анализ, поступающих раздражителей

ПУТИ ГЛУБОКОЙ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СОВЕРШАЮТ ПЕРЕКРЕСТ:

- * в задних рогах спинного мозга
- * в межolivном слое продолговатого мозга
- * в передней серой спайке
- * в таламусе
- * в боковых столбах спинного мозга

ПРОПРИОРЕЦЕПТИВНЫЕ ВИДЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭТО:

- * суставно-мышечное
- * кинестетическое чувство
- * чувство давления, веса, вибрации
- * двумерно – пространственное чувство
- * все перечисленные

ПУТИ ТЕМПЕРАТУРНОЙ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА УРОВНЕ СПИННОГО МОЗГА ПРОХОДЯТ:

- * задние столбы
- * боковые столбы
- * медиальная петля
- * передние столбы
- * боковые рога

МОНОНЕВРИТИЧЕСКИЙ ТИП РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭТО:

- * расстройство всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей
- * расстройство поверхностной чувствительности по гемитипу
- * выпадение всех видов чувствительности в зоне иннервации пораженного нерва, возможны боли
- * расстройство глубокой чувствительности ниже уровня поражения
- * расстройство глубокой чувствительности в зоне иннервации пораженного нерва

КОРКОВОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА:

- * задняя центральная извилина, верхняя теменная доля
- * передняя центральная извилина
- * извилина Гешля
- * затылочная доля
- * лобная доля

МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ:

- * Нери, Лассега, Вассермана
- * верхний и нижний симптом Брудзинского, ригидность мышц затылка, симптом Кернига
- * средний симптом Брудзинского, ригидность мышц затылка
- * симптом Бабинского
- * Ласка-Якобсона, Бехтерева-Жуковского

ПРОВОДНИКОВЫЙ ТИП РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭТО:

- * выпадение чувствительности ниже очага при повреждении проводников белого вещества спинного мозга
- * выпадение чувствительности с наличием верхней и нижней границ
- * нарушение чувствительности в зоне иннервации пораженного нерва
- * расстройство всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей
- * выпадение чувствительности ниже очага при повреждении проводников серого вещества спинного мозга

МЕДИАЛЬНАЯ ПЕТЛЯ ПРОХОДИТ:

- * на уровне продолговатого мозга
- * на границе покрывки и основания варолиева моста и покрывке ножки мозга
- * во внутренней капсуле
- * в задних столбах спинного мозга
- * в передней серой спайке

ПУТИ ТЕМПЕРАТУРНОЙ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СОВЕРШАЮТ ПЕРЕКРЕСТ:

- * на границе продолговатого и спинного мозга
- * в задних рогах спинного мозга
- * передняя серая спайка спинного мозга
- * в таламусе
- * во внутренней капсуле

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО БУТРА:

- * гемианестезия, гемигиперпатия

- * гемианопсия на одноименной стороне очагу поражения
- * выпадение поверхностной и глубокой чувствительности на противоположной половине тела (гемианестезия, сенситивная гемиатаксия, гемианопсия)
- * гемианестезия, гемигиперпатия
- * гемианопсия на стороне противоположной очагу

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГА ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ АНОСМИИ ИЛИ ГИПООСМИИ:

- * в височной доле или на основании в средней черепной ямке
- * на основании лобной доли в передней черепной ямке
- * в теменной доле
- * в полости носа (ринит)
- * в затылочной доле

СИМПТОМ ВАССЕРМАНА ЭТО:

- * симптом натяжения бедренного нерва
- * менингеальный симптом
- * симптом натяжения седалищного нерва
- * симптом натяжения лучевого нерва
- * патологический рефлекс

СЕГМЕНТАРНЫЙ ТИП РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * выпадают поверхностные виды чувствительности на противоположной стороне на 2-3 сегмента ниже уровня поражения
- * диссоциированное нарушение чувствительности
- * диссоциированное нарушение чувствительности, выпадение болевой и температурной при сохранении тактильной и глубокой в тех зонах, которые интернируются этими сегментами
- * выпадают только глубокие виды чувствительности
- * выпадают только поверхностные виды чувствительности

ПРОВОДНИКОВЫЙ ТИП РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * есть верхняя граница расстройств чувствительности и нет нижней
- * выпадает болевая и температурная чувствительность на стороне, противоположной очагу на 2-3 сегмента ниже уровня поражения
- * при поражении задних столбов выпадает глубокая чувствительность на своей стороне ниже уровня поражения
- * при поражении медиальной петли-гемианестезия на все виды чувствительности на противоположной стороне
- * все перечисленные

ХАРАКТЕР РАССТРОЙСТВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА:

- * выпадают все виды чувствительности в зоне иннервации данного нерва, боли
- * выпадают все виды чувствительности в дистальных отделах конечностей
- * выпадают только поверхностные виды чувствительности в зоне иннервации данного нерва, боли
- * выпадают только глубокие виды чувствительности в зоне иннервации данного нерва, боли
- * чувствительность не нарушается

ПЛЕКСАЛГИЧЕСКИЙ ТИП РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * выпадением всех видов чувствительности и возникает при нарушениях задних корешков
- * нарушение всех видов чувствительности в зоне иннервации нервов исходящих из данного сплетения
- * выпадение всех видов чувствительности в зоне иннервации данных сегментов в виде колец на туловище и продольных полос на конечностях
- * выпадением всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей
- * выпадение только поверхностной чувствительности в зоне иннервации нерва

ГАНГЛИОНАРНЫЙ ТИП РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * сильные боли опоясывающего характера
- * герпетические высыпания
- * расстройство всех видов чувствительности в зоне пораженных корешков
- * положительные корешковые симптомы
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРИСТИКА КАПСУЛЯРНОГО ТИПА РАССТРОЙСТВ:

- * нарушение всех видов чувствительности на противоположной стороне, гиперпатия
- * трофические расстройства, нарушения зрения
- * нарушение всех видов чувствительности на противоположной стороне, гемианопсия, нарушение зрения, гемиатаксия
- * гиперпатия, гемианопсия, гемиатаксия
- * расстройство глубокой чувствительности по проводниковому типу на своей стороне ниже уровня поражения.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТАЛАМИЧЕСКОГО ТИПА РАССТРОЙСТВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ:

- * нарушение всех видов чувствительности на противоположной стороне по гемитипу
- * гиперпатия, трофические расстройства
- * гемианопсия и гемиатаксия
- * боли в пораженных конечностях и вегетативные расстройства
- * все перечисленные

СИМПТОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЕДИАЛЬНОЙ ПЕТЛИ:

- * выпадение всех видов чувствительности на противоположной стороне по гемитипу, на стороне очага - поражение ЧМН
- * нарушение всех видов чувствительности на стороне очага
- * выпадение всех видов чувствительности на стороне по гемитипу
- * нарушение всех видов чувствительности на противоположной стороне
- * нарушение зрения, гемиатаксия

ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ПУТИ В СТВОЛЕ МОЗГА РАСПОЛОГАЮТСЯ:

- * в верхнем отделе
- * в среднем отделе ствола
- * в нижнем отделе мозга
- * не проходят
- * во всех отделах

ОТЛИЧИЕ ХОДОВ ПРОВОДНИКОВ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ:

- * волокна поверхностной чувствительности заходят в задние рога спинного мозга, глубокой из корешков заходят непосредственно в задние столбы и делают перекрест на уровне продолговатого мозга
- * волокна поверхностной чувствительности проходят по своей стороне, а глубоких в противоположной
- * волокна поверхностной чувствительности заходят в передние рога спинного мозга, глубокой не заходят в спинной мозг
- * волокна поверхностной чувствительности проходят по своей стороне, как и глубокой
- * волокна поверхностной чувствительности заходят в передние рога спинного мозга, глубокой из корешков заходят непосредственно в передние столбы и делают перекрест на уровне ствола мозга

ХАРАКТЕРИСТИКА КОРКОВОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ:

- * выпадение всех видов чувствительности по монотипу, больше в детальных отделах на противоположной стороне
- * выпадение всех видов чувствительности по гемитипу на стороне очага
- * выпадение всех видов чувствительности по монотипу на стороне очага
- * выпадение только поверхностной чувствительности на стороне очага
- * выпадение только глубокой чувствительности на противоположной

стороне

КОРТИКО-СПИНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРОХОДИТ ОТДЕЛЫ ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЫ:

- * передние 2/3 заднего бедра внутренней капсулы
- * задняя 1/3 заднего бедра внутренней капсулы
- * переднее бедро внутренней капсулы
- * колено внутренней капсулы
- * задняя 1/3 переднего бедра внутренней капсулы

ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ В СПИННОМ МОЗГЕ ПОСЛЕ ПЕРЕКРЕСТА ПРОХОДИТ:

- * боковые столбы спинного мозга
- * передние столбы спинного мозга
- * задние столбы спинного мозга
- * передние рога спинного мозга
- * задние рога спинного мозга

СЕКМЕНТЫ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ:

- * C1-C4
- * C5-Th2
- * L1-S2
- * Th2 –Th10
- * C2 – Th2

ДУГА СТИГАТЕЛЬНО-ЛОКТЕВОГО РЕФЛЕКСА:

- * C5-C8
- * C7-C8
- * C5-C6
- * C2-C3
- * C4-C5

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА:

- * гипотония, гипорефлексия, гипотрофия
- * гипертонус, гиперрефлексия, патологические рефлексy, клонус, защитные рефлексy, отсутствие брюшных рефлексов
- * гипотония, гипорефлексия, патологические рефлексy
- * реакция перерождения нервных стволов и мышечных волокон
- * гипотония, гиперрефлексия, фибриллярные подергивания, атрофия мышц

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНИХ КОРЕШКОВ:

- * периферический паралич мышц, иннервируемых данным корешком, фасцикулярные подергивания мышц

- * фибриллярные подергивания мышц
- * периферический паралич в зоне иннервации данных сегмента, фибриллярные подергивания
- * центральный паралич мышц в зоне иннервации одного нерва
- * нижний спастический парапарез

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ГРУДНЫХ СЕГМЕНТОВ:

- * центральный паралич рук
- * тетраплегия
- * центральный паралич ног
- * периферический паралич рук
- * периферический паралич ног

СИМПТОМ ВЫПАДЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ:

- * центральный гемипарез с преимущественным поражением одной конечности в основном в дистальных отделах
- * монопарез на стороне, противоположной очагу поражения,
- * верхний вялый паралич
- * нижний спастический парапарез
- * тетраплегия

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ:

- * периферический паралич рук ,центральный ног
- * верхний вялый парапарез
- * центральный паралич рук и периферический ног
- * гемиплегия на противоположной стороне очагу поражения
- * спастическая тетраплегия

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНИХ РОГОВ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА:

- * центральный паралич ног
- * периферический паралич рук
- * тетраплегия
- * периферический паралич ног
- * центральный паралич рук

ДУГА НИЖНИХ БРЮШНЫХ РЕФЛЕКСОВ:

- * Th7-Th8
- * Th9-Th10
- * Th11-Th12
- * Th5 – Th6
- * Th10-Th11

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ ВОЗНИКАЕТ:

- * при поражении двигательной зоны коры больших полушарий
- * при поражении внутренней капсулы ствола мозга
- * при поражении бокового перекрещенного пирамидного пути в спинном мозге
- * при поражении ствола головного мозга
- * все перечисленные

РАССТРОЙСТВО ДВИЖЕНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ СТОЯТЬ И ХОДИТЬ БЕЗ ПОДДЕРЖКИ, ЭТО:

- * атаксия
- * астазия-абазия
- * астения
- * алалия
- * афазия

СИМПТОМОКОМПЛЕКС ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА:

- * центральный паралич в зоне иннервации данных сегментов, фибриллярные подергивания
- * периферический паралич мышц в зоне иннервации данного нерва
- * вялый тетрапарез в дистальных отделах конечностей
- * гемиплегия на противоположной стороне
- * нижняя вялая параплегия

КАКИЕ СИМПТОМЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ БОКОВОГО ПЕРЕКРЕЩЕННОГО ПИРАМИДНОГО ПУТИ:

- * центральный паралич мускулатуры ниже уровня поражения на своей стороне
- * равномерная гемиплегия на противоположной стороне
- * центральная моноплегия
- * атаксия
- * гомонимная гемианопсия

СИМПТОМЫ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ:

- * центральная моноплегия
- * эпилептические судорожные припадки джексоновского характера
- * равномерная гемиплегия на противоположной стороне
- * гемиплегия на стороне поражения
- * нижний вялый парапарез

ВИДЫ СИНКИНЕЗИЙ:

- * координаторные
- * глобальные

- * имитационные
- * все перечисленные

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ:

- * центральная моноплегия или монопарез на противоположной стороне
- * эпилептические судорожные припадки джексоновского типа
- * на стороне очага-парез черепных нервов, на противоположной-
центральная гемиплегия
- * гемиплегия на стороне поражения
- * битемпоральная гетеронимная гемианопсия

СИМПТОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПИРАМИДНОГО ПУТИ В СТВОЛЕ МОЗГА:

- * центральная моноплегия или монопарез
- * центральный паралич мускулатуры ниже уровня поражения на своей
стороне
- * на стороне очага парез черепных нервов
- * на противоположной стороне – центральный парез конечностей
- * нарушение чувствительности по гемитипу

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ БОКОВОГО КАНАТИКА:

- * центральный паралич мускулатуры ниже уровня поражения на своей
стороне
- * периферический паралич мышц, иннервируемых данным корешком
- * фасцикулярные подергивания
- * вялый тетрапарез в дистальных отделах конечностей
- * выпадение поверхностных видов чувствительности на
противоположной стороне

СИМПТОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ С5-ТН1:

- * периферический паралич рук
- * центральный паралич ног
- * расстройство мочеиспускания по центральному типу
- * нарушение чувствительности по проводниковому типу
- * все перечисленные

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ТН7-ТН10:

- * вялый паралич и парестезии нижних конечностей, центральное
расстройство мочеиспускания
- * спастический паралич нижних конечностей
- * нарушение всех видов чувствительности по проводниковому типу
- * центральное расстройство мочеиспускания

- * периферический паралич рук, центральный паралич ног, выпадение всех видов чувствительности по проводниковому типу, центральное расстройство мочеиспускания

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА БРОУН-СЕКАРА:

- * центральный паралич книзу от уровня поражения на стороне очага, расстройство суставно-мышечного чувства на стороне очага, расстройство поверхностной чувствительности на противоположной стороне
- * центральный паралич книзу от уровня поражения на стороне очага, расстройство суставно-мышечного чувства на стороне очага, расстройство поверхностной чувствительности на стороне поражения по проводниковому типу
- * центральный паралич книзу от уровня поражения на противоположной стороне очага
- * расстройство суставно-мышечного чувства и поверхностной чувствительности на стороне противоположной очагу
- * расстройство глубоких и поверхностных видов чувствительности и центральный паралич книзу от уровня поражения на противоположной стороне от очага

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ С1-С4:

- * тетраплегия спастического характера
- * парез или паралич диафрагмы
- * центральное расстройство мочеиспускания
- * утрата всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- * все перечисленные

АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ЭТО:

- * нарушение функции ЧМН и проводниковые расстройства (двигательные, чувствительные) на противоположной стороне
- * нарушение функции ЧМН на противоположной от очага стороне
- * проводниковые расстройства (двигательные, чувствительные расстройства) – на стороне очага
- * нарушение функций ЧМН на стороне очага поражения, проводниковые расстройства (двигательные, чувствительные) - на противоположной стороне
- * проводниковые расстройства (двигательные, чувствительные) - на противоположной стороне

ВИДЫ АЛЬТЕРНИРУЮЩИХ СИНДРОМОВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СРЕДНЕГО МОЗГА:

- * Вебера, Бенедикта
- * Фовиля
- * Мийяра-Гублера
- * Джексона

- * Авеллиса, Шмидта

ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА ВЕБЕРА:

- * контралатерально-центральная гемиплегия, симптомы поражения глазодвигательного нерва на стороне очага
- * контралатерально - гемиплегия или гемипарез
- * периферический паралич глазодвигателей, контралатерально - интенционный гемитремор
- * периферический паралич языка на стороне очага, контралатерально - гемиплегия или гемипарез
- * симптомы поражения отводящего нерва на стороне поражения, на противоположной гемиплегия

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА МИЙЯРА-ГУБЛЕРА:

- * на стороне очага симптомы поражения IX, X, XI, XII пар ЧМН контралатерально- спастическая гемиплегия
- * периферический паралич мимической мускулатуры на сторон очага, контралатерально- центральная гемиплегия или гемипарез
- * спазм мимической мускулатуры на стороне очага и гемипарез или гемиплегия на противоположной стороне
- * на стороне очага симптомы поражения глазодвигательного нерва, на противоположной - гемипарез
- * на стороне очага симптомы поражения V пары, на противоположной – гемианестезия

СИМПТОМЫ ПРИ АЛЬТЕРНИРУЮЩИХ СИНДРОМАХ МИЙЯРА-ГУБЛЕРА И ФОВИЛЛЯ:

- * периферический паралич мимической мускулатуры
- * сходящееся косоглазие
- * контралатерально - гемиплегия или гемипарез
- * недоведение глазного яблока кнаружи, диплопия на стороне очага
- * все перечисленные

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА БЕНЕДИКТА:

- * периферический паралич глазодвигательного нерва на стороне очага, контралатерально – интенционный гемитремор, хореоатетоз
- * паралич глазодвигательного нерва на стороне очага контралатерально - экстрапирамидный гиперкинез
- * периферический паралич глазодвигателей на стороне очага, контралатерально - гемиплегия
- * на стороне очага симптомы поражения IX, X, XI, XII пар ЧМН контралатерально - спастическая гемиплегия
- * периферический паралич мимической мускулатуры на стороне очага, контралатерально - гемиплегия или гемипарез

АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ДЖЕКSONA ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * периферический паралич мышц языка на стороне очага, контралатерально – центральная гемиплегия
- * симптомы поражения глазодвигательного нерва на стороне очага контралатерально - гиперкинезы
- * симптомы поражения IX, X пар ЧМН на стороне очага, контралатерально - центральная гемиплегия
- * периферический паралич мимической мускулатуры на стороне очага, контралатерально - спастическая гемиплегия или гемипарез
- * на стороне очага симптомы поражения IX, X, XI, XII пар ЧМН контралатерально - спастическая гемиплегия

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА АВЕЛЛИСА:

- * периферический паралич мышц языка на стороне очага, контралатерально - гемиплегия или гемипарез
- * симптомы поражения I, X, XII пар ЧМН на стороне очага, контралатерально-гемиплегия
- * на стороне очага симптомы поражения IX, X, XI, XII пар ЧМН, на противоположной - спастическая гемиплегия
- * периферический паралич мимической мускулатуры на стороне очага, контралатерально - гемиплегия или гемипарез
- * симптомы поражения глазодвигательного нерва на стороне очага контралатерально - гиперкинезы

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВАРОЛИЕВА МОСТА ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

- * Вебера
- * Бенедикта, Джексона
- * Мийяра-Гублера, Фолия
- * Джексона
- * Валленберга-Захарченко

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

- * Вебера
- * Бенедикта, Клода
- * Бриссо-Сикара, Фолия, Мийяр-Гюблера
- * Джексона, Авеллиса, Шмидта, Валленберга-Захарченко
- * Бернара-Горнера

ПИРАМИДНЫЕ ПУТИ В СТВОЛЕ МОЗГА РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- * в нижнем отделе ствола мозга
- * в среднем отделе ствола мозга
- * в верхнем отделе ствола мозга

- * не проходят
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА:

- * гипотония или атония мышц, гипорефлексия
- * гипотрофия или атрофия мышц реакция перерождения при исследовании электровозбудимости
- * гипертония мышц, гиперрефлексия, патологические рефлексy, клонусы стоп, кистей, отсутствие брюшных рефлексов, защитные рефлексy, синкинезии
- * гипотония, гиперрефлексия, патологические рефлексy

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ ВОЗНИКАЕТ В СЛУЧАЕ:

- * при поражении переднего рога
- * при поражении переднего корешка
- * при поражении сплетения, периферического нерва
- * при поражении ядер двигательных ЧМН
- * все перечисленные

МОЗЖЕЧОК РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- * в задней черепной ямке, над продолговатым мозгом и варолиевым мостом
- * на уровне нижних отделов продолговатого мозга
- * в средней черепной ямке
- * в передней черепной ямке
- * на уровне шейного утолщения

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ МОЗЖЕЧКА:

- * атаксия, интенционное дрожание
- * нистагм, адиадохокинез
- * скандированная речь атония мышц
- * асинергия, дисметрия
- * все перечисленные

ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИ БОЛЕЕ ДРЕВНИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ :

- * archaocerebellum
- * paleocerebellum
- * neocerebellum
- * клетки Пуркинье

МОЗЖЕЧОК ВКЛЮЧАЕТСЯ В СИСТЕМУ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ ЧЕРЕЗ СЛЕДУЮЩИЕ АФФЕРЕНТНЫЕ СВЯЗИ:

- * спинно-церебеллярные пути Флексига и Говерса
- * вестибуло-церебеллярные
- * оливоцеребеллярные, кортико-церебеллярные

- * пути от ретикулярной формации
- * все перечисленные

ЭФФЕРЕНТНЫЕ ВЛИЯНИЯ МОЗЖЕЧКА НА ПОПЕРЕЧНО-ПОЛОСАТУЮ МУСКУЛАТУРУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ СЛЕДУЮЩИЕ ПУТИ:

- * вестибуло-церебеллярные
- * оливодеребеллярные
- * кортико-церебеллярные пути
- * денто-рубро-ретикулоспинальный путь, руброспинальный путь
- * спинно-церебеллярные пути Флексига и Говерса

ЗАКОН РЕЦИПРОКНОЙ ИННЕРВАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:

- * при возбуждении сгибателей, происходит торможение разгибателей
- * при выполнении любого движения мотонейроны мышц-агонистов и антагонистов одновременно возбуждаются
- * одновременное расслабление мышц агонистов и антагонистов
- * при центральном парезе возникают патологические стопные знаки и синкинезии
- * при возбуждении сгибателей, происходит возбуждение разгибателей

МОЗЖЕЧОК СО СТВОЛОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА СВЯЗЫВАЮТ:

- * верхние пары ножек мозжечка
- * средние пары ножек мозжечка
- * нижние пары ножек мозжечка
- * вестибуло – церебеллярный путь
- * все перечисленные

ЧЕРЕЗ ВЕРХНИЕ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА ПРОХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПУТИ:

- * денто-рубральный путь, пучок Говерса
- * пучок Флексига
- * пучок Бурдаха
- * пучок Голля
- * кортико-бульбарные пути

ЧЕРЕЗ СРЕДНИЕ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА ПРОХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПУТИ:

- * пути, связывающие кору лобной доли с корой мозжечка
- * пути, связывающие кору височной доли с корой мозжечка
- * пути, связывающие кору затылочной доли с корой мозжечка
- * кору теменной доли с корой мозжечка
- * все перечисленные

ЧЕРЕЗ НИЖНИЕ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА ПРОХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПУТИ:

- * спинно-церебеллярные (путь Флексига)
- * пути от ядер задних столбов
- * ретикулярной формации
- * оливо-церебеллярный путь
- * все перечисленные

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ МОЗЖЕЧКА:

- * имеет два полушария и червь
- * в нем имеется серое и белое вещество
- * серое вещество расположено в коре мозжечка, а также в его ядрах: зубчатом, пробковидном, шаровидном и ядре шатра
- * кора мозжечка имеет 3-слойное строение
- * все перечисленные

СОБСТВЕННЫМИ ЯДРАМИ МОЗЖЕЧКА ЯВЛЯЮТСЯ ЯДРА:

- * зубчатое
- * пробковидное
- * шаровидное, ядро шатра
- * ядро Даркшевича, ядро Бехтерева, ядро Кохаля
- * ядро Роэльса, ядро Швальбы, ядро Бехтерева

СПИННО-МОЗЖЕЧКОВЫМИ ПУТЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * пучок Голля
- * пучок Бурдаха
- * путь Флексига
- * путь Говерса

ИМПУЛЬСЫ ИЗ СПИННОГО МОЗГА В МОЗЖЕЧОК ПОСТУПАЮТ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПУТЯМ:

- * Флексига, Говерса
- * височно-мосто-мозжечковый
- * лобно-мосто-мозжечковый
- * затылочно-мосто-мозжечковый
- * рубро-спинальный

МИЕЛИНОМ УЖЕ ПРИ РОЖДЕНИИ ПОКРЫТЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЫ МОЗЖЕЧКА :

- * новый
- * старый
- * древний
- * новейший
- * все перечисленные

ДЛЯ СТАТИЧЕСКОЙ АТАКСИИ ХАРАКТЕРНО:

- * атаксия туловища
- * положительная простая проба Ромберга
- * ходит, широко расставляя ноги
- * усложненная проба Ромберга
- * все перечисленные

ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЗЖЕЧКА МОГУТ ВОЗНИКАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- * атаксия
- * скандированная речь
- * нистагм, гипотония
- * интенционный тремор, дрожание
- * все перечисленные

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЛУШАРИЙ МОЗЖЕЧКА ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- * атаксия туловища, пошатывание в позе Ромберга
- * атаксия конечностей
- * интенционный гемитремор, гиперметрия
- * скандированная речь
- * все перечисленные

ДЛЯ СЕНСИТИВНОЙ АТАКСИИ ХАРАКТЕРНО:

- * возникает при поражении путей Голля, Бурдаха
- * больной контролирует походку зрением
- * ходит, высоко поднимая ноги, плохо чувствует почву под ногами
- * расстройство сложных и глубоких видов чувствительности
- * все перечисленные

ЧЕРЕЗ ВЕРХНИЕ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА ПРОХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОВОДЯЩИЕ ПУТИ:

- * путь Флексига
- * путь Говерса
- * путь Бурдаха
- * оливоцеребеллярный путь
- * вестибулоцеребеллярный путь

ПРОВОДЯЩИЕ ПУТИ ПРОХОДЯТ ЧЕРЕЗ СРЕДНИЕ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА:

- * пучок Флексига
- * путь Голля
- * Бурдаха
- * оливоцеребеллярный путь
- * окципито-понто-церебеллярный, темпоро-понто-церебеллярный, фронто-понто-церебеллярный

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАЛЛИДУМА ВОЗНИКАЕТ ДАННЫЙ СИНДРОМ:

- * олигобрадигипокинетический
- * гиперкинетический синдром
- * менингеальный синдром
- * полиневритический синдром
- * гипертензионный синдром

ОТЛИЧИЕ ТРЕМОРА ПРИ СИНДРОМЕ ПАРКИНСОНИЗМА ОТ ТРЕМОРА ПРИ МОЗЖЕЧКОВЫХ НАРУШЕНИЯХ:

- * тремор при паркинсонизме особенно выражен в покое, а при движениях уменьшается, при мозжечковых расстройствах - тремор усиливается при целенаправленных движениях
- * тремор при паркинсонизме усиливается при выполнении целенаправленного движения
- * при мозжечковых расстройствах в покое
- * нет отличия
- * тремор при паркинсонизме по типу взмаха крыла, при мозжечковых расстройствах в покое
- * при паркинсонизме тремор не наблюдается, как и при мозжечковых нарушениях

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА:

- * все перечисленные
- * бедность мимики, походка мелкими шажками
- * дрожание покоя типа «катания пилюль», пропульсия, латеропульсия, ретропульсия
- * речь, монотонная, тихая, затухающая

УЧАСТИЕ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОИЗВОЛЬНОЙ МОТОРИКЕ ЧЕЛОВЕКА:

- * подготавливает произвольные движения человека
- * принимает участие в формировании мышечного тонуса и позы
- * создает предуготованность мышц для выполнения произвольных движений
- * обеспечивает скорость, ритм, плавность и гибкость движений
- * все перечисленные

ОТНОШЕНИЕ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ К ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ:

- * осуществляет выразительные мимические двигательные акты
- * осуществляет так называемые психорефлексы
- * формирует эмоциональные проявления (смех, плач)
- * выраженные вегетативные реакции
- * все перечисленные

ТИКООБРАЗНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- * при синдроме Туретта
- * при функциональных тиках
- * при малой хорее
- * при эссенциальном треморе
- * при синдроме Паркинсонизма

ОСНОВНОЙ НИСХОДЯЩИЙ ПУТЬ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ:

- * оливо-церебеллярный, вестибуло-спинальный пути
- * важнейшим пунктом, объединяющим импульсы стрио-паллидарной системы, является красное ядро, от которого идет путь в спинной мозг к клеткам переднего рога – рубро-спинальный путь
- * оливо – церебеллярный
- * кортико – спинальный
- * спино - таламический

К СТРИАРНОЙ ЧАСТИ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

- * бледный шар, люисово тело, красное ядро, черная субстанция
- * зрительный бугор, внутренняя капсула, красное ядро, полосатое тело
- * хвостатое ядро, скорлупа
- * красное ядро, черная субстанция
- * внутренняя капсула

К ПАЛЛИДАРНОЙ ЧАСТИ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

- * бледный шар
- * красное ядро
- * черная субстанция
- * люисово тело(субталамическое ядро)
- * все перечисленные

РАЗЛИЧИЕ В ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СТРИАТУМА И ПАЛЛИДУМА:

- * наиболее древним образованием является стриатум, тогда как паллидум является более молодым образованием
- * паллидум является более древним образованием, тогда как стриатум является более молодым образованием
- * разницы нет
- * паллидум и стриатум развиваются одновременно

В СОСТАВ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

- * внутренняя капсула

- * мозолистое тело, ядра Кохаля, гипоталамус
- * передние и задние бугры четверохолмия
- * бледный шар, хвостатое ядро, скорлупа, черная субстанция, красное ядро, ядро Даркшевича, вестибулярные ядра, ретикулярная формация ствола мозга
- * червь мозжечка

ЧЕЧЕВИЦЕОБРАЗНОЕ ЯДРО ОБЪЕДИНЯЕТ В СЕБЕ СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ:

- * хвостатое ядро
- * оградка
- * скорлупа, бледный шар
- * красное ядро
- * миндалевидное тело

В ПОНЯТИЕ «СТРИАТУМ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

- * красное ядро
- * скорлупа
- * хвостатое ядро

ОСНОВНЫЕ СВЯЗИ СТРИОПАЛЛИДАРНОЙ СИСТЕМЫ С НИЖЕЛЕЖАЩИМИ ОТДЕЛАМИ:

- * тектоспинальный
- * руброспинальный
- * ретикулоспинальный пути
- * вестибуло – спинальный
- * все перечисленные

ПРИ ХОРЕЕ ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОТМЕЧАЮТСЯ СО СТОРОНЫ:

- * стриарной системы
- * красных ядер
- * нижних олив
- * зрительного бугра
- * мозжечка

ОСНОВНЫЕ МЕДИАТОРЫ, РАБОТАЮЩИЕ В СТРИОПАЛЛИДАРНОЙ СИСТЕМЕ:

- * ацетилхолин!
- * катехоламины!
- * брадикинин
- * адреналин

ПРИЗНАКИ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ НАРУШЕНИЙ:

- * дистония, гиперкинезы
- * шаткость на стороне очага

- * расстройство чувствительности
- * нарушение функции тазовых органов
- * мозжечковая атаксия

СТРУКТУРЫ, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ В РАЗВИТИИ АКИНЕТИКОРИГИДНОГО СИНДРОМА:

- * хвостатое ядро
- * бледный шар, черная субстанция
- * скорлупа
- * ограда
- * мозжечок

СТРУКТУРЫ, ВОВЛЕКАЕМЫЕ В ПРОЦЕСС ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРКИНЕЗОВ:

- * миндалевидное тело
- * люисово тело
- * хвостатое ядро
- * ограда
- * все перечисленные

ГИПЕРКИНЕЗЫ БЫВАЮТ:

- * хореический, атетоз
- * миоклонии, писчий спазм
- * блефароспазм, гемиспазм
- * торсионная дистония и т. д.
- * все перечисленные

ТРЕМОР ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * подавляется волей
- * усиливается при целенаправленных движениях
- * по типу «счета монет», исчезает при целенаправленных движениях
- * по типу «взмаха крыла»
- * все перечисленные

ИЗ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЮТСЯ:

- * диэнцефалит
- * малая хорea
- * гидроцефалия
- * порэнцефалия
- * эпилепсия

РАССТРОЙСТВА КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ И СТАТИКИ ПРИ ХОРЕЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- * гиперкинезов

- * мозжечковых нарушений
- * сенситивной атаксии
- * корковой атаксии
- * астазии, абазии

БИТЕМПОРАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- * выпадением височных полей зрения и характерно для поражения внутренних отделов хиазмы
- * выпадением внутренних полей зрения, характерно для поражения наружных отделов хиазмы
- * выпадением полей зрения с сохранением центрального зрения
- * снижением остроты зрения на один глаз
- * выпадением полей зрения с одной стороны

СИМПТОМ «ЗАЯЧИЙ ГЛАЗ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- * центрального паралича VII нерва
- * поражения III нерва
- * периферического паралича VII нерва
- * поражения VI нерва
- * периферического поражения IX нерва

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ :

- * неврит лицевого нерва
- * неврит бедренного нерва
- * неврит срединного нерва
- * неврит седалищного нерва
- * неврит глазодвигательного нерва

ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ:

- * первично
- * вторично
- * одновременно
- * последовательно
- * все перечисленные

В СЛУЧАЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА РАВНОВЕСИЕ НАРУШАЕТСЯ:

- * при стоянии
- * при ходьбе
- * при проведении вращательной и калорической проб
- * при поворотах головы в стороны
- * все перечисленные

ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В КАНАЛЕ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО:

- * при отитах
- * патологических изменений в оболочках головного мозга
- * заболеваниях околоушной железы (паротиты)
- * при патологии Гайморовой пазухи
- * воспаление легких

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА В ОБЛАСТИ КАНАЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- * слезотечение
- * сухость глаза
- * нарушение болевой и тактильной чувствительности
- * развитие синдрома Мийяра-Гублера
- * снижение слуха

ОБЩИМ ДЛЯ ВСЕХ УРОВНЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * нарушение функции мимических мышц
- * расстройство чувствительности
- * вегетативные нарушения
- * сухость глаза
- * нарушение вкуса

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * страдает мимическая мускулатура нижней половины лица на стороне, противоположной очагу
- * гиперакузия, сухость глаза, лагофтальм
- * страдает мимическая мускулатура половины лица на стороне очага поражения
- * страдает мимическая мускулатура верхней половины лица на стороне поражения
- * отсутствием вкуса на одной половине языка

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФУНКЦИЮ ВКУСА НА ЯЗЫКЕ:

- * IX, X, VII
- * V
- * XII, IX
- * III, X
- * VIII, V

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ МЫШЦ ЯЗЫКА БЫВАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- * корково-ядерного пути с двух сторон
- * ствола подъязычного нерва, ядра подъязычного нерва
- * ядра V нерва

- * ядра VII нерва
- * ядра X нерва

ПРИЗНАКИ БУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА:

- * дизартрия, дисфагия, тахикардия, афония, отсутствие глоточного рефлекса, атрофия мышц языка
- * дизартрия, дисфагия, девиация языка
- * насильственный смех, рефлексы орального автоматизма
- * дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственный смех
- * повышение глоточного рефлекса, девиация языка

ВРИЗБЕРГОВ НЕРВ ПРОХОДИТ:

- * в составе подъязычного нерва
- * в составе вестибулярного нерва
- * в составе лицевого и тройничного нерва
- * в составе глазодвигательного нерва
- * в составе подъязычного нерва

III ПАРА ЧМН ИННЕРВИРУЕТ:

- * наружную прямую мышцу глаза
- * верхнюю косую мышцу глаза
- * внутреннюю прямую, нижнюю прямую мышцы глаза,
- * нижнюю косую, верхнюю прямую мышцы глаза
- * мышцу, поднимающую верхнее веко

ЯДРА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПОЛОЖЕНЫ:

- * чувствительные ядро в варолиевом мосту, с распространением в продолговатый мозг, двигательное ядро в варолиевом мосту
- * чувствительные ядра на уровне среднего мозга, двигательные ядра на уровне моста
- * в продолговатом мозге
- * в среднем мозге
- * в передних рогах спинного мозга

СТВОЛ МОЗГА СОСТОИТ ИЗ:

- * мозжечка, продолговатого мозга
- * среднего мозга, варолиева моста и продолговатого мозга
- * гипоталамической области
- * таламуса, ретикулярной формации
- * лимбической системы

РОМБОВИДНУЮ ЯМКУ ОБРАЗУЮТ:

- * вентральные отделы продолговатого мозга и варолиева моста
- * верхние отделы среднего мозга

- * мозжечок
- * зрительный бугор
- * внутренняя капсула

ЯДРА ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ III, IV, VI ПАР РАСПОЛОЖЕНЫ:

- * ядро III пары – на уровне моста, ядро блокового (IV) на уровне верхних бугров четверохолмия, ядро VI – на уровне среднего мозга
- * ядра III и IV ЧМН заложены в среднем мозгу на дне сильвиева водопровода – ядро глазодвигательного нерва – на уровне передних бугров четверохолмия, ядро блокового нерва на уровне задних бугров, ядро отводящего нерва заложено в варолиевом мосту
- * ядра III и IV пар на уровне продолговатого мозга, VI – на уровне варолиевого моста
- * на уровне среднего мозга
- * III пара – на уровне варолиевого моста, IV и VI пары на уровне – продолговатого мозга

ФУНКЦИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА:

- * несет чувствительность для лица
- * несет чувствительность для лица, двигательную функцию для жевательной мускулатуры
- * иннервирует мимическую мускулатуру
- * несет вкусовую чувствительность для передней 2/3 языка
- * участвует в иннервации зрения

ЯДРО ЛИЦЕВОГО НЕРВА РАСПОЛОЖЕНО И ИННЕРВИРУЕТ:

- * ядро расположено на уровне передних бугров четверохолмия и иннервирует мимическую мускулатуру
- * ядро лицевого нерва расположено в варолиевом мосту на границе с продолговатым мозгом. Лицевой нерв иннервирует мимическую мускулатуру, его секреторные волокна подчелюстную и подъязычную слюнные железы, его чувствительные волокна несут вкусовую функцию передней 2/3 языка
- * ядро расположено в продолговатом мозге, иннервирует мускулатуру глотки
- * ядро расположено в варолиевом мосту, иннервирует отводящую мышцу глаза
- * ядро расположено в среднем мозге, иннервирует мимическую мускулатуру лица

ОСОБЕННОСТЬ СТРОЕНИЯ ЯДРА ЛИЦЕВОГО НЕРВА:

- * делится на вентральную (верхнюю) и дорзальную (нижнюю) часть, верхняя часть ядра получает двустороннюю корковую иннервацию
- * верхняя часть ядра получает одностороннюю корковую иннервацию

- * лицевой нерв отходит только от нижней части ядра лицевого нерва
- * нижняя часть ядра получает двустороннюю корковую иннервацию
- * лицевой нерв отходит только от верхней части ядра лицевого нерва

ОСНОВНЫЕ УРОВНИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА:

- * варолиев мост
- * верхние отделы фаллопиевого канала
- * нижние отделы фаллопиевого канала
- * после выхода из f. stylomastoideum
- * f. ratundum

ПЕРВЫЙ НЕЙРОН СЛУХОВОГО НЕРВА РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- * в спиральном узле в улитке
- * в латеральном коленчатом теле
- * в верхней височной извилине – извилине Гешля
- * на уровне среднего мозга
- * в варолиевом мосту

КОРКОВАЯ СЛУХОВАЯ ПРОЕКЦИОННАЯ ОБЛАСТЬ РАСПОЛОЖЕНА:

- * в теменно-затылочной доле коры головного мозга
- * в нижней височной извилине коры головного мозга
- * в височной доле (извилина Гешля) коры головного мозга
- * в лобной доле коры головного мозга
- * в затылочной доле коры головного мозга

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ЯДРА:

- * ядро Якубовича-Вестфала
- * ядро Перлиа
- * ядро Дейтерса, ядро Бехтерева
- * ядра пучка Бурдаха
- * ядра пучка Голя

ПРИ ПОРАЖЕНИИ КАУДАЛЬНОЙ ГРУППЫ НЕРВОВ (IX, X, XII) РАЗВИВАЕТСЯ БУЛЬБАРНЫЙ ПАРАЛИЧ, ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ:

- * дизартрия
- * нарушение глотания
- * поперхивание, выливание жидкости через нос, носовой оттенок голоса, его хриплость (или афония), угасают глоточные рефлекс
- * снижается глоточный рефлекс
- * все перечисленные

КЛЕТКИ XI ПАРЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ (ДОБАВОЧНЫЙ НЕРВ) РАСПОЛОЖЕНЫ:

- * в варолиевом мосту и продолговатом мозге
- * в длинном ядре, находящемся в сером веществе спинного мозга на уровне

I-V шейных сегментов в основании переднего рога

- * в среднем мозге
- * в мозжечке
- * на уровне шейного утолщения спинного мозга

ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ:

- * большое затылочное отверстие
- * подъязычный канал
- * рваное отверстие
- * овальное отверстие
- * зрительную щель

СЛЕПОТА НА ОДИН ГЛАЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- * зрительного нерва
- * хиазмы
- * зрительного тракта
- * затылочной доли
- * зрительной лучистости

ПРИ НИЗКОЙ ОСТРОТЕ ЗРЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕРИТЬ:

- * поля зрения и глазное дно
- * коррекцию остроты зрения стеклами и глазное дно
- * только глазное дно
- * наличие менингеальных симптомов
- * наличие патологических стопных знаков

НЕЧЕТКИЕ ГРАНИЦЫ СОСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И РАСШИРЕНИЕ ВЕН НА ГЛАЗНОМ ДНЕ УКАЗЫВАЮТ:

- * на неврит зрительного нерва
- * на застойные изменения
- * на атрофию зрительного нерва
- * на сосудистую патологию глазного дна
- * на инфекцию

ПРИ БИТЕМПОРАЛЬНОЙ ГЕМИАНОПСИИ ПОРАЖЕНЫ:

- * вся хиазма
- * внутренние волокна хиазмы
- * зрительный тракт
- * зрительная лучистость
- * затылочная доля

ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГОМОНИМНОЙ ГЕМИАНОПСИИ ПОРАЖЕНЫ:

- * зрительный тракт справа
- * затылочная доля слева
- * зрительный тракт слева

- * наружные отделы хиазмы
- * зрительный нерв

ПРИ КВАДРАНТНОЙ ГЕМИАНОПСИИ ПОРАЖЕНЫ:

- * зрительный тракт и первичный зрительный центр
- * вся затылочная доля
- * хиазма
- * частично височная доля
- * зрительный нерв

ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПАРАЛИЧЕ КОНВЕРГЕНЦИИ И АККОМОДАЦИИ ПОРАЖЕНО:

- * крупноклеточное ядро глазодвигательного нерва
- * непарное мелкоклеточное (парасимпатическое) ядро Перлиа
- * задний продольный пучок
- * ядро VI пары черепно - мозговых нервов
- * ядро I V пары черепно - мозговых нервов

ПАРАЛИЧ БЛОКОВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * сходящимся и вертикальным косоглазием, диплопией только при взгляде вниз
- * диплопией только при взгляде вниз
- * вертикальным косоглазием и диплопией при взгляде вверх
- * расходящимся косоглазием
- * диплопией при взгляде кнаружи

ПАРАЛИЧ ЛЕВОГО ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * сходящимся косоглазием
- * ограничением отведения левого глазного яблока кнаружи
- * диплопией при взгляде влево
- * слабостью левой наружной прямой мышцы глаза
- * все перечисленные

ОЧАГ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- * в стволе мозга
- * на основании мозга
- * верхней глазничной щели
- * в зрительном бугре
- * затылочной доле

ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРЕЗЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПОРАЖЕНЫ:

- * кортико-нуклеарные пути с одной стороны
- * кортико-нуклеарные пути для двигательного ядра V пары ЧМН с двух сторон
- * нижняя 1/3 передней, центральной извилины с одной стороны

- * лучистый венец
- * колено внутренней капсулы

СЕГМЕНТАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ЛИЦЕ (ПО ЗОНАМ ЗЕЛЬДЕРА) ВОЗНИКАЮТ:

- * при поражении Гассерова узла
- * при поражении корешка тройничного нерва
- * при неполном поражении длинного нисходящего ядра тройничного нерва (чувствительного)
- * при поражении моторного ядра тройничного нерва
- * при поражении заднего продольного пучка

БОЛИ В ПОЛОВИНЕ ЛИЦА ПОЯВЛЯЮТСЯ:

- * при поражении корешка и ветвей тройничного нерва
- * при поражении ветвей тройничного нерва
- * при поражении внутренней капсулы
- * при поражении VII пары ЧМН
- * при поражении лучистого венца

НЕВРИТ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- * нижняя 1/3 передней центральной извилины
- * кортико-нуклеарный путь VII пары. ЧМН
- * ядро лицевого нерва, ствол лицевого нерва
- * задняя центральная извилина
- * средний мозг

ОТЛИЧИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРЕЗА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО:

- * центральный парез - вкус сохранен, периферический - всегда нарушен
- * центральный парез - всегда положительный синдром Хвостека, периферический парез - синдром Хвостека отрицательный
- * центральный парез - поражена нижнелицевая мускулатура, периферический парез - все мышцы половины лица
- * центральный парез – появляется гиперракузия , периферический – гиперракузия отсутствует
- * центральный парез – нарушение чувствительности на лице с одной стороны , периферический - нарушение чувствительности на лице с двух стороны

ПРИ ОТСУТСТВИИ СЛУХА СЛЕВА ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- * в кортиевоом органе
- * в слуховом нерве
- * его ядро слева
- * в первичных слуховых подкорковых ганглиях
- * все перечисленные

ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ БУДУТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- * заметного снижения слуха нет
- * снижается слух на противоположной очагу стороне
- * снижается слух на стороне очага
- * снижение слуха с двух сторон
- * гиперacusия со стороны поражения

ПРИ СНИЖЕНИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ ВОЗДУШНОЙ И КОСТНОЙ ПРОВОДИМОСТИ ОЧАГ РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- * среднее ухо
- * кортиева орган, слуховой нерв или его ядро
- * центральные слуховые пути
- * в височной доле
- * во внутренней капсуле

АФОНΙΑ И ДИСФОНΙΑ ВОЗНИКАЕТ:

- * IX, X ЧМН
- * отводящего нерва
- * лицевого нерва
- * при поражении среднего мозга
- * ретикулярной формации

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОПЕРЕЧНО ПОЛОСАТЫХ МЫШЦ МЯГКОГО НЕБА, ГЛОТКИ И ГОРТАНИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ:

- * при двухстороннем поражении кортико-нуклеарных путей для IX, X пар черепно-мозговых нервов
- * при поражении нижней 1/3 передней центральной извилины с одной стороны
- * при поражении ядер IX, X пар черепно-мозговых нервов
- * при поражении нервов IX, X пар черепно-мозговых нервов
- * при двухстороннем поражении кортико-нуклеарных путей для XI пары черепно-мозговых нервов

ПРИ УТРАТЕ ВКУСА НА ЗАДНЕЙ 1/3 ЯЗЫКА ОБЫЧНО ПОРАЖЕ:

- * лицевой нерв
- * языко-глоточный нерв
- * одиночное вкусовое ядро
- * блуждающий нерв
- * подъязычный нерв

ЯДРО ДОБАВОЧНОГО НЕРВА НАХОДИТСЯ:

- * в варолиевом мосту

- * в продолговатом мозгу
- * в нижних отделах продолговатого мозга и верхних шейных сегментах спинного мозга
- * в среднем мозге
- * в верхних ножках мозжечка

В ЯДРЕ ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА НАХОДЯТСЯ:

только двигательные клетки

- * двигательные и чувствительные клетки
- * двигательные и секреторные клетки
- * только секреторные клетки
- * только чувствительные клетки

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ЯЗЫК:

- * отклоняется в сторону поражения
- * отклоняется в здоровую сторону
- * при центральном параличе отклоняется в больную сторону
- * не отклоняется
- * при периферическом параличе отклоняется в здоровую сторону

ФИБРИЛЛЯРНЫЕ ПОДДЕРГИВАНИЯ МЫШЦ ЯЗЫКА ПОЯВЛЯЮТСЯ:

- * при поражении кортико-нуклеарных путей
- * при прогрессирующем процессе в ядре подъязычного нерва
- * при неврите подъязычного нерва
- * при поражении внутренней капсулы
- * при поражении таламуса

РАСПОЛОЖЕНИЕ ЯДЕР ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ В СТВОЛЕ МОЗГА:

- * в верхнем этаже или дорсально в покрышке мозгового ствола
- * в нижнем отделе ствола мозга
- * в среднем отделе ствола мозга
- * по закону Ауэрбаха – Флатау
- * по периферии ствола мозга

СИМПТОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЦИЛИОСПИНАЛЬНОГО ЦЕНТРА (С8-D):

- * миоз, сужение глазной щели, энофтальм
- * мидриаз, экзофтальм, птоз века
- * мидриаз, экзофтальм
- * расширение глазной щели
- * расходящееся косоглазие, нарушение конвергенции

СТВОЛ МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ :

- * гипофиз

- * гипоталамус, продолговатый мозг
- * мост, ядра ЧМН, оливы
- * средний мозг, варолиев мост, продолговатый мозг
- * ЧМН

В ВАРОЛИЕВОМ МОСТУ РАСПОЛОЖЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЯДРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ:

- * III, IV, VI пары
- * X, XI, XII пары
- * V, VI, VII, VIII пары
- * VIII, IX, X, пары
- * XI, XII пары

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНИХ БУТРОВ ЧЕТВЕРОХОЛМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:

- * симптом Гертвига
- * симптом Парино
- * симптом Бернара-Горнера
- * симптом Бехтерева
- * симптом Бакинського - Нажата

СИМПТОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕЙРОНА VII ПАРЫ ЧМН:

- * симптом Бенедикта
- * симптом Белла
- * симптом Грефе
- * симптом Гертвига
- * симптом Парино

СЛУХОВЫЕ ПУТИ НАЧИНАЮТСЯ В НЕЙРОНАХ СЛЕДУЮЩЕГО УЗЛА:

- * Гассеров узел
- * узел Скарпа
- * спиральный узел
- * поперечный узел
- * спинальный узел

ДОБАВОЧНЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЫШЦЫ:

- * грудино-ключично-сосцевидная, трапецевидная
- * задние глоточные мышцы
- * жевательная мышца
- * мышца поднимающее верхнее веко
- * верхняя прямая мышца глаза.

РЕФЛЕКСЫ ОРАЛЬНОГО АВТОМА-ТИЗМА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- * бульбарного паралича
- * псевдобульбарного паралича
- * поражения мозжечка
- * поражения зрительного бугра
- * поражения ядер IX, X, XII пар ЧМН

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕВОЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ:

- * синдром Форстера-Кеннеди, лобная психика, оптико-пространственные нарушения
- * аграфия, апраксия, лобный парез взора, моторная афазия, лобная атаксия, аносмия, аперкулярные судороги, синдром Форстера-Кеннеди, лобная психика
- * судорожные подергивания головы и глаз в противоположную сторону, парез взора вверх
- * квадрантная гемианопсия, все виды галлюцинаций
- * сенсорная афазия, акалькулия, алексия, аграфия, афферентный парез, оптико-пространственные нарушения

СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПРАВОЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ:

- * астереогноз
- * выпадают все виды чувствительности на противоположной стороне по монотипу, преимущественно в дистальных отделах
- * квадрантная гемианопсия
- * лобный парез взора, лобная атаксия, аносмия, центральный парез лица, синдром Форстера-Кеннеди, акинетические припадки, лобная психика
- * аутотопогнозия, анозогнозия, астереогноз, афферентный парез, апраксия, алексия

СИМПТОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛЕВОЙ ТЕМЕННОЙ ДОЛИ:

- * выпадение всех видов чувствительности по монотипу, преимущественно в дистальных отделах
- * астереогноз, амнестическая афазия
- * семантическая афазия, апраксия
- * алексия акалькулия, афферентный парез
- * все перечисленные

СИМПТОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРАВОЙ ТЕМЕННОЙ ДОЛИ:

- * амнестическая афазия, апраксия, алексия, акалькулия
- * аутотопогнозия, анозогнозия, астереогноз, афферентный парез, выпадение всех видов чувствительности по монотипу преимущественно в дистальных отделах, псевдомиелия
- * грубый парез лица, акинетические припадки

- * синдром Море, апатикообулический синдром, аграфия, сенсорная афазия
- * сенсорные приступы Джексона на противоположной от очагу стороне: астереогноз, семантическая афазия

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПРАВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ:

- * все виды галлюцинаций
- * амузия, височная атаксия
- * квадрантная гемианопсия, височные приступы
- * приступы височной эпилепсии
- * все перечисленные

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ БЫВАЮТ:

- * при раздражении задней центральной извилины
- * при раздражении коры затылочной доли
- * при раздражении коры височной доли в области аммонова рога
- * при раздражении верхней лобной извилины
- * при поражении коры теменной доли

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ:

- * аперкулярные судороги, височная атаксия
- * амузия, гемианопсия, системное головокружение
- * галлюцинации (вкусовые, слуховые, зрительные), сенсорная афазия
- * все виды эпилептиформных приступов
- * все перечисленные

ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ:

- * псевдомиелия
- * акалькулия
- * макро - и микропсии, гемианопсия с сохранением центрального зрения
- * зрительная агнозия, метаморфопсии, макро - и микропсии, гемианопсия с сохранением центрального зрения, апперцептивная агнозия
- * аутопогнозия

СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА МОРИЯ:

- * атаксия
- * аносмия
- * центральный гемипарез
- * нескритичность, цинизм, прозорливость, плоские шутки
- * отсутствие аппетита

СЛОИ КОРЫ ПО ПОРЯДКУ ИХ РАСПОЛОЖЕНИЯ:

- * слой молекулярных клеток, наружный зернистый слой, слой малых и средних пирамидных клеток, внутренний зернистый слой, слой

- больших пирамидных клеток, полиморфно-клеточный слой
- * слой малых и средних пирамидных клеток, слой больших пирамидных клеток, наружный зернистый слой, полиморфно-клеточный слой, внутренний зернистый слой
- * наружный зернистый слой, слой больших пирамидных клеток, малых пирамидных клеток, внутренний зернистый слой
- * слой больших пирамидных клеток, малых пирамидных клеток, внутренний зернистый слой, наружный зернистый слой
- * внутренний зернистый слой, наружный зернистый слой

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОБНОЙ АТАКСИИ:

- * шаткость на противоположной стороне при переходе из горизонтального положения в вертикальное
- * больной ходит, высоко поднимая ноги
- * контролирует походку зрением
- * шаткость на стороне очага
- * шаткость на противоположной очагу стороне, сторона шаткости совпадает со стороной пареза

МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ КОРКОВОГО КОНЦА ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА:

- * передняя центральная извилина
- * средняя лобная извилина
- * затылочная доля
- * нижняя височная извилина
- * постцентральная извилина

МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ КОРКОВЫЙ КОНЕЦ ОБОНЯТЕЛЬНОГО И ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРОВ:

- * язычная извилина
- * в крючковой извилине, в аммоновом роге
- * передняя центральная извилина
- * в мозолистом теле
- * в обонятельной луковице

КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА ИМЕЕТ :

- * 3 слоя
- * 15 слоев
- * 6 слоев
- * 7 слоев
- * 10 слоев

БЕЛОЕ ВЕЩЕСТВО КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИМЕЕТ В СВОЕМ СОСТАВЕ:

- * проекционные волокна, ассоциативные, комиссуральные волокна

- * длинные и корковые волокна
- * белые соединительные волокна, серые соединительные волокна
- * смешанные волокна
- * проекционные, дугообразные

ПОНЯТИЕ АГНОЗИИ:

- * невозможность письма или частичное нарушение процесса письма
- * нарушение функции узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функционирования органов чувств
- * нарушение счета и счетных операций
- * снижение слуха
- * нарушение определения предметов на ощупь

ПРИ СЛУХОВОЙ АГНОЗИИ ВОЗНИКАЕТ:

- * неспособность различать звуки речи (фонемы)
- * снижение слуха на одно ухо
- * глухота на одно ухо
- * снижение слуха на оба уха
- * слуховые галлюцинации

СЛУХОВАЯ АГНОЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ:

- * верхней лобной извилины
- * извилины Гешля
- * шпорной борозды
- * затылочной доли
- * прецентральной извилины

ХАРАКТЕРИСТИКА АГРАФИИ:

- * невозможность письма
- * нарушение счета
- * нарушение речи
- * нарушение узнавания звуков
- * нарушение узнавания предметов

ХАРАКТЕРИСТИКА АКАЛЬКУЛИИ:

- * невозможность письма
- * невозможность счета и счетных операций
- * нарушение процесса чтения
- * нарушение речи
- * нарушение узнавания предметов

ХАРАКТЕРИСТИКА АПРАКСИИ:

- * нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не является следствием парезов и параличей
- * является следствием парезов и параличей

- * возникает в результате развития парезов и параличей
- * возникает в результате расстройства чувствительности
- * нарушение произвольных целенаправленных движений при мозжечковой атаксии

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДМЕТА НА ОЩУПЬ ЭТО:

- * акалькулия
- * астереогноз
- * адиадохокинез
- * аграфия
- * атетоз

ПОЛНАЯ ИЛИ ЧАСТИЧНАЯ УТРАТА РЕЧИ ЭТО:

- * афагия
- * афазия
- * алексия
- * апраксия
- * аутопогнозия

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИИ:

- * потеря способности узнавать предметы по их виду при сохранности зрения
- * неспособность узнавать предметы по их внешнему виду вследствие потери зрения
- * неспособность узнавать предметы на ощупь
- * нарушение письма
- * нарушение произвольных целенаправленных движений и действий

ОТЛИЧИЕ ДИЗАРТРИИ ОТ АФАЗИИ:

- * дизартрия - это изолированное нарушение моторной организации речевого акта при сохранности других речевых функций,
- * дизартрия - это полное недоразвитие речи
- * дизартрия – это непонимание произносимой речи
- * дизартрия – это отсутствие прямого порядка слов в речи
- * дизартрия – непонимание чужой речи

ВИДЫ ПАМЯТИ:

- * долговременная, кратковременная
- * быстрая
- * медленная
- * ультракороткая
- * все перечисленные

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ:

- * расстройство всех видов чувствительности по монотипу на стороне

очага

- * расстройство слуха
- * параличи и парезы, но монотипу на стороне противоположно очагу
- * гомонимная гемианопсия
- * гипоосмия

СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА П ЛОБНОЙ ИЗВИЛИНЫ:

- * подергивание глазных яблок и головы в противоположную от очага сторону
- * приступы Джексоновской эпилепсии
- * парестезии в противоположной очагу половине тела
- * гиперкинезы головы
- * атаксия

СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАЗДРАЖЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО АДВЕРСИОННОГО ПОЛЯ:

- * зрительные галлюцинации
- * обонятельные галлюцинации
- * судороги всей противоположной мускулатуры тела, сопровождающиеся поворотом головы и глаз в противоположную сторону
- * слуховые галлюцинации
- * абазия, астазия

СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАЗДРАЖЕНИЯ ОПЕРКУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ:

- * парестезии в области рта
- * чавкающие, лизательные, жевательные движения
- * метаморфозии
- * гетеронимная гемианопсия

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУХОВОЙ АГНОЗИИ:

- * не может узнавать знакомые ранее звуки
- * не может узнавать ранее знакомые лица
- * не может узнавать ранее знакомые предметы
- * не может узнавать ранее знакомые вкусы
- * не может узнавать ранее знакомые запахи

ХАРАКТЕРИСТИКА АМУЗИИ:

- * нарушение узнавания музыкальных мелодий
- * выпадение обоняния
- * неспособность узнавать предметы на ощупь
- * шаткость при движении
- * снижение зрения на один глаз

ПОЯВЛЕНИЕ ДЖЕКСОНОВСКИХ ПРИСТУПОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- * о раздражении задней центральной извилины
- * о раздражении передней центральной извилины
- * о раздражении шпорной борозды
- * о раздражении средней височной извилины
- * о раздражении верхней лобной извилины

КОРКОВЫЙ ЦЕНТР ВЗОРА РАСПОЛОЖЕН:

- * в задних отделах средней лобной извилины
- * в задних отделах верхней височной извилины
- * извилины Гешля
- * в постцентральной извилине
- * в теменной дольке

ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВОГО ЦЕНТРА ВЗОРА:

- * глазные яблоки повернуты в сторону очага поражения
- * глазные яблоки повернуты в противоположную от очага сторону
- * глазные яблоки повернуты вверх
- * глазные яблоки повернуты вниз
- * глазодвигательных нарушений нет

КЛЕТКИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЛОЖЕНЫ В СПИННОМ МОЗГЕ:

- * передние рога грудного отдела спинного мозга
- * боковые рога спинного мозга с уровня С8-Т1 до L2
- * задние рога спинного мозга
- * передние столбы спинного мозга
- * задние столбы спинного мозга

МЕДИАТОРОМ ДЛЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * адреналин, норадреналин
- * ацетилхолин
- * серотонин
- * тироксин
- * ГАМК

ПРИЗНАКИ ПОВЫШЕНИЯ ВОЗБУДИМОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

- * частый пульс, артериальная гипертония, расширение зрачков
- * брадикардия
- * частый пульс, снижение АД, расширение зрачков
- * медленный пульс, потливость
- * снижение АД, узкие зрачки

МЕДИАТОРОМ ДЛЯ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * ацетилхолин
- * гаммааминомасляная кислота
- * тироксин
- * лейкотриены
- * питуитрин

СЕГМЕНТАРНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ ЦЕНТРЫ РАСПОЛОЖЕНЫ:

- * в спинном мозге
- * в стволе головного мозга
- * в спинном мозге и гипоталамусе
- * в гипоталамусе и поясной извилине
- * в затылочной доле

ПОГРАНИЧНЫЙ СИМПАТИЧЕСКИЙ СТВОЛ РАСПОЛОЖЕН :

- * спереди от позвоночного столба
- * сбоку от позвоночника с обеих сторон
- * в стволе головного мозга
- * в мозжечке
- * над зрительным бугром

У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ГИПОТАЛАМУСА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

- * резко повышенный аппетит
- * сердцебиение
- * повышение артериального давления
- * выпадение волос, ранняя седина участками и тотальная
- * все перечисленные

ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ:

- * мезэнцефалический
- * бульбарный
- * сакральные
- * гипоталамический, бульбарный, спинальный
- * корковый, стволотый, сакральные

САКРАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАХОДИТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ СЕГМЕНТАРНОМ УРОВНЕ:

- * S1 -S2
- * S3 -S4,S5
- * L4 -S1
- * L4 – L5

- * L2 – S2

СИМПАТИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ТОРМОЗЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА:

- * бром
- * адреналин
- * ацетилхолин
- * тироксин
- * серотонин

ПАРАСИМПАТИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ТОРМОЗЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА:

- * пилокарпин
- * мускарин
- * скопаламин
- * паратгормон
- * варфарин

НА ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ УКАЗЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ДЕРМАГРАФИЗМА:

- * белый
- * красный
- * смешанный
- * синий
- * розовый

ТРИАДА СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ СИНДРОМА КЛОДА-БЕРНАРА-ГОРНЕРА:

- * мидриаз, энофтальм, сужение глазной щели
- * мидриаз, экзофтальм, расширение глазной щели
- * миоз, энофтальм, сужение глазной щели
- * мидриаз, слезотечение, расширение глазной щели
- * миоз, экзофтальм, слезотечение

ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ:

- * формирование мышечного тонуса
- * формирование сосудистого тонуса
- * формирование мотиваций
- * координация движений
- * регуляция секреции внутренних органов

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ГИПОТАЛАМУСА:

- * нейротрофический, нейроэндокринный
- * нейромышечный, вегето – сосудистый
- * нарушение сна и бодрствования, диэнцефальная эпилепсия

- * нарушение терморегуляции
- * все перечисленные

В СОСТАВ ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

- * миндалевидный комплекс
- * гипоталамус
- * гиппокамп, грушевидная извилина
- * опоясывающая извилина
- * все перечисленные

МЕЗЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕН:

- * ядром Кохаля
- * ядром Бехтерева
- * ядром Якубовича-Вестфалья, ядро Перлеа
- * ядром Даркшевича
- * ядром Роэльса

КОРКОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ:

- * все области коры и лимбическая система
- * лобная
- * височная отделы коры
- * затылочная кора
- * теменная кора

ТВЕРДАЯ МОЗГОВАЯ ОБОЛОЧКА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЛИСТКОВ:

- * наружной, внутренней
- * наружной, средней и внутренней
- * сосудистой
- * фиброзной
- * соединительнотканной

УРОВЕНЬ ПРОКОЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ:

- * L3-L4
- * L1-L2
- * T12-L1
- * S1 – S2
- * S3 – S4

НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИКВОРА:

- * цитоз 200-700, белок 1-5г/л, сахар 0,9-1,0ммоль/л хлориды 50-100ммоль/л

- * цитоз 20-800, белок 0,5-2г/л, сахар 2,8-3,9ммоль/л хлориды 120-130ммоль/л
- * цитоз 0-5 белок 0,2-0,45г/л сахар 2,8-3,9ммоль/л хлориды 120-130ммоль/л
- * цитоз .1-2, белок 2,5-3,3г/л, сахар 1,2-2,3ммоль/л хлориды 120-130ммоль/л

ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОБЫ:

- * Ромберга, Нери
- * Даньини-Ашнера
- * Стукея, Квеккенштедта, Пуссепа
- * Дежерина
- * Белла, Горнера

ПЕРИОД ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНОМАЛИЙ КАРИОТИПОВ ПЛОДОВ, ПРИВОДЯЩИЙ К ВЫКИДЫШАМ:

- * 6-12 недель
- * 13-16 недель
- * 25-30 недель
- * 20 - 25 недель
- * 16-20 недель

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * фенилкетонурия
- * инфантильная гипокальциемия
- * асфиксия
- * алкаптонурия
- * сирингомиелия

ПРИ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 3 СТЕПЕНИ, У НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ:

- * судороги
- * отсутствие рефлексов
- * гипертонус мышц
- * гиперрефлексия
- * гипотония мышц и патологические рефлексы

« СВЕТЛЫЙ ПРОМЕЖУТОК » ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ:

- * субарахноидального
- * внутрижелудочкового
- * субдуральной гематомы
- * паренхиматозного
- * под апоневроз

ПРИ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 1 СТЕПЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО НАБЛЮДАЕТСЯ:

- * тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- * гипотония, гипорефлексия
- * судороги, гипорефлексия, тремор рук
- * мышечная дистония, гипотония
- * вялость

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- * появление эритроцитов, повышение уровня белка
- * снижение уровня сахара
- * повышение уровня сахара
- * снижение уровня белка
- * снижение уровня хлоридов

ИСПОЛЬЗУЯ МЕТОДИКУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ:

- * синдромы: Шершевского-Тернера
- * Патау и Эдвардса
- * Клайнфелтера, трисомию XXX
- * пол ребенка
- * все перечисленные

РОДОВАЯ ТРАВМА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ:

- * центрального монопареза
- * центрального тетрапареза
- * периферического пареза
- * центрального гемипареза
- * центрального парапареза

БОЛЕЗНЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ХРОМОСОМНОГО НАБОРА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * муковисцидоз
- * синдром Дауна
- * миопатия Дюшена
- * болезнь Беккера
- * сахарный диабет

ИСПОЛЬЗУЯ МЕТОДИКУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛОВОГО ХРОМАТИНА МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ:

- * синдром Шершевского-Тернера
- * синдром Дауна у мужчин

- * синдром Дауна у женщин
- * миопатию Дюшена
- * спинальную амиотрофию Верднига - Гоффмана

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РОДОВОЙ ТРАВМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- * микроцефалия
- * черепно-мозговые грыжи
- * синдром задержки психоречевого развития
- * макроцефалия
- * гидроцефалия

ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ГИПОКСИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ:

- * 6-7 баллов
- * 5 баллов
- * 8-9 баллов
- * 3-4 балла
- * 0-1 балл

НАИБОЛЬШАЯ НАГРУЗКА В ПРОЦЕССЕ РОДОВ ПРИХОДИТСЯ НА:

- * шейный отдел позвоночника
- * поясничный отдел позвоночника
- * грудной отдел позвоночника
- * крестцовый отдел позвоночника
- * ствол головного мозга

МИАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СВЯЗАН:

- * с поражением периферического двигательного нейрона
- * с ишемией ретикулярной формации спинного мозга
- * с повышением внутричерепного давления
- * поражением пирамидного пути
- * поражением экстрапирамидной системы

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА В ОБЛАСТИ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ:

- * верхний спастический парапарез
- * нижний спастический парапарез
- * тетрапарез
- * верхний вялый парапарез, нижний спастический парапарез
- * верхний и нижний вялый тетрапарез

ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * только больной
- * больной

- * вирусоноситель
- * мелкие грызуны, заражающие продукты питания
- * только вирусоноситель

ПОЛИОМИЕЛИТОМ ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ ДЕТИ:

- * раннего возраста
- * младшего школьного возраста
- * дошкольного возраста
- * юношеского возраста
- * новорожденные

ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ:

- * центральные и периферические двигательные нейроны
- * задние рога спинного мозга
- * периферические двигательные нейроны
- * боковые рога спинного мозга
- * задние столбы спинного мозга

ГИДРОЦЕФАЛИЯ ФОРМИРУЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ:

- * спонтанно
- * токсического воздействия
- * внутриутробно развившегося энцефалита
- * метаболической перестройки
- * радиационного воздействия

ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТАМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- * нахождение "совинных" клеток В крови и моче
- * параличи
- * синдром Клиппеля-Фейля
- * грубые хромосомные аномалии
- * парезы

БОЛЬШИЕ РАЗМЕРЫ ГОЛОВЫ (МАКРОЦЕФАЛИЮ) МОЖНО СЧИТАТЬ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ НЕСООТВЕТСТВИИ ВОЗРАСТНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ:

- * на 2 см
- * на 4 см
- * свыше двух среднеквадратичных отклонений
- * на 1 см
- * на 3 см

ВРОЖДЕННАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

- * нарушением всасывания в пахионовых грануляциях
- * гиперпродукцией ликвора

- * нарушением формирования ликворной системы
- * увеличением желудочков мозга
- * нарушением кровоснабжения головного мозга

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТОКСОПЛАЗМОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- * хориоретинит
- * нарушение обмена веществ
- * "саблевидные" голени
- * параличи
- * парезы

ПАРЕЗЫ, ПАРАЛИЧИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ИСХОДОМ ВНУТРИУТРОБНО ПЕРЕНЕСЕННОГО:

- * токсоплазмоза
- * сифилиса
- * листериоза
- * гриппа
- * анемии

ДЛЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- * атетоза
- * хореического гиперкинеза
- * торсионной дистонии
- * хореоатетоза
- * все перечисленные

ФОРМЫ ДЦП:

- * гиперкинетическая,
- * атонически – астатическая
- * двойная гемиплегия
- * гемипаретическая
- * все перечисленные

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

- * при спинальной мышечной атрофии
- * при неавральной амиотрофии Шарко-Мари-Тута
- * при миастении, при миодистрофиях
- * при ДЦП
- * все перечисленные

ЛЕГКАЯ ФОРМА РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- * брадикардией
- * тахикардией
- * тремором подбородка, тремором ручек

- * желтушность кожных покровов
- * коматозное состояние

ПОРЭНЦЕФАЛИЯ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- * нарушения процессов клеточной миграции
- * наследственного фактора
- * токсического воздействия
- * радиационного воздействия
- * метаболических нарушений

РОДОВАЯ ТРАВМА СПИННОГО МОЗГА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:

- * хронической гипоксии
- * острой асфиксии
- * механического повреждения
- * метаболического воздействия
- * воздействия радиации

СВЕТЛЫЙ ПРОМЕЖУТОК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ:

- * субарахноидального
- * субдуральной гематомы, эпидуральной гематомы
- * внутримозговые
- * внутрижелудочкового
- * паренхиматозного

АМНИОЦЕНТЕЗ БЕРЕМЕННЫМ ПРОИЗВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ:

- * выявление хромосомных заболеваний,
- * выявление гипоксии плода,
- * выявление врожденной гидроцефалии
- * выявления инфекционных заболеваний
- * выявлений метаболических нарушений

БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО:

- * не закончена дифференциация нервной системы, недоразвитием кровеносной системы
- * малым весом
- * сопутствующими заболеваниями
- * аномалиями головного мозга
- * все перечисленные

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- * стафилококком
- * гемофильной палочкой
- * менингококком и пневмококком

- * стрептококком
- * клебсиеллой

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ОТНОСЯТСЯ:

- * высокая температура, головная боль
- * рвота
- * выраженные менингеальные симптомы
- * судороги, особенно у грудных детей
- * все перечисленные

К ЖИЗНЕННО ОПАСНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ ОТНОСЯТСЯ :

- * инфекционно-токсический шок
- * отек головного мозга
- * острая надпочечниковая недостаточность
- * расстройство чувствительности
- * расстройство координации

ПРИ МЕНИНГИТЕ АНТИБИОТИКИ СЛЕДУЕТ ЗАМЕНИТЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКОГО И ЛИКВОРОЛОГИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА В ТЕЧЕНИЕ:

- * 6-8 дней
- * 3-5 дней
- * 1-2 дней
- * 6-7 дней
- * 10 – 12 дней

КОНТРОЛЬНУЮ СПИННОМОЗГОВУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ СЛЕДУЕТ СДЕЛАТЬ:

- * на 7-8 день
- * на 10 день
- * на 14-16 день
- * на 1 – 2 день
- * на 3- 4 день

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ОТНОСЯТСЯ:

- * эпендиматит, гидроцефалия
- * эпилептический синдром
- * бульбарный синдром
- * псевдобульбарный синдром
- * все перечисленные

ДЛЯ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ:

- * прозрачный ликвор
- * нормальный уровень белка
- * умеренный лимфоцитарный цитоз
- * сахар, ликвор в норме
- * все перечисленные

ХАРАКТЕР ЦИТОЗА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ:

- * лимфоцитарный
- * нейтрофильный
- * смешанный
- * базофильный
- * моноцитарный

ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * экстрадуральный абсцесс
- * субдуральной абсцесс
- * абсцесс мозга
- * менингит
- * все перечисленные

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ В ЛИКВОРЕ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ:

- * нейтрофильного цитоза
- * повышения уровня сахара
- * выпадения нежной, паутинообразной пленочки на поверхности
- * нет изменений
- * мутный ликвор

СУТОЧНАЯ ДОЗА ПЕНИЦИЛЛИНА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- * 200-400 тыс.ЕД/кг
- * 50-100 тыс.ЕД/кг
- * 100-200 тыс.ЕД/кг
- * -2 ЕД/кг
- * 5 – 6 тыс. ЕД/кг

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫ:

- * гиперестезия
- * многократная рвота, гипертермия
- * выбухание большого родничка
- * геморрагическая сыпь на туловище и конечностях
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРНЫМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * мягкие мозговые оболочки
- * оболочки спинного мозга
- * эпендима желудочков головного мозга
- * поражение сосудистой стенки
- * все перечисленные

К ПЕРВИЧНЫМ, ОТНОСЯТСЯ МЕНИНГИТЫ:

- * серозные (лимфоцитарный хориоменингит)
- * менингит вызванный (вирусами ЕСНО и Коксаки)
- * менингококковые
- * менингит при закрытой ЧМТ, гнойном отите
- * все перечисленные

КЛИНИКА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА:

- * острое начало
- * температура до 40-41
- * полиморфная геморрагическая сыпь, менингеальные симптомы, поражение III, VI, VII, и VIII пар ЧМН
- * резкая головная боль, рвота
- * все перечисленные

ДЛЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ГИЙЕНА-БАРРЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ БЕЛКОВО-КЛЕТОЧНОЙ ДИССОЦИАЦИЙ В ЛИКВОРЕ:

- * с 1-го дня заболевания
- * со 2-ой недели заболевания
- * с 3-й недели заболевания
- * со 2-го дня заболевания
- * с 10 – дня заболевания

ДЛЯ ОСТРОГО ПОЛИОМИЕЛИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ:

- * коры головного мозга
- * моторных ядер ствола
- * шейного утолщения спинного мозга
- * грудного отдела спинного мозга
- * поясничного отдела спинного мозга

ОСНОВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЫПИ ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ:

- * геморрагическая, звездчатая, от единичных до сплошь, различной окраски
- * выступает над уровнем кожи, плотная
- * основная локализация - на ягодицах, задней поверхности голени и бедер, веках и склерах
- * геморрагическая, мелкая петехиальная в первый день заболевания

- * все перечисленные

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОЛИОМИЕЛИТА:

- * периферический паралич ног, мышечная гипотония
- * снижение или выпадение сухожильных рефлексов
- * периферический, паралич мимической мускулатуры, чаще с одной стороны, поражение яде IX-XII пар ЧМН
- * все перечисленные

РЕНТГЕННОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА КЛИППЕЛЯ-ФЕЙЛЯ:

- * краниостеноза
- * остеопороз турецкого седла
- * срастанием нескольких шейных позвонков
- * не зарощение дуг поясничных позвонков
- * увеличение пальцевидных вдавлений

МЕННГОКОККЦЕМИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С:

- * иридоциклитом, конъюнктивитом
- * артритом
- * эндо- или перикардитом,
- * нарушением функции надпочечников
- * все перечисленные

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- * непонятное беспокойство, сменяющееся апатией,
- * тремор ручек, взгляд устремлен в пространство, гипотония
- * угасание рефлексов, пульсация и напряжение большого родничка
- * отказ от еды, срыгивание и рвота, повышение температуры тела
- * все перечисленные

ЛИКВОР ПРИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТАХ:

- * белесоватый, мутный, вытекает редкими каплями
- * давление повышено
- * цитоз исчисляется тысячами за счет нейтрофилов
- * белок 0,66-16.0г/л
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПТИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА:

- * наличие геморрагической сыпи
- * пери- и эндокардита
- * пневмонии, артриты, пери- и эндокардиты
- * геморрагическая сыпь, артриты, пневмонии
- * субфебрильная температура

УКАЖИТЕ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ:

- * алиментарный
- * контактный
- * воздушно-капельный
- * все перечисленные

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПАРОТИТНОМ МЕНИНГИТЕ:

- * воздушно - капельный
- * фекально - оральный
- * трансплацентарный
- * при укусе насекомого
- * алиментарный

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- * 4-6 дней
- * 10-21 день
- * 30 дней
- * 2 дня
- * 6 дней

СИМПТОМЫ ПАРОТИТНОГО МЕНИНГИТА ВОЗНИКАЮТ:

- * может предшествовать поражение желез
- * во время поражения желез
- * после поражения желез
- * через 5-7 дней после заражения
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИГЕАЛЬНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПРИ ПАРОТИТНОМ МЕНИНГИТЕ:

- * менингеальные симптомы положительные с начала болезни
- * резко выраженные, отмечается их диссоциация
- * не всегда соответствуют тяжести течения болезни
- * светобоязнь – положительный симптом Манна – Гуревича
- * все перечисленные

ПАРОТИТНЫЙ МЕНИНГИТ СОЧЕТАЕТСЯ:

- * с пневмонией
- * миокардитом
- * с орхитом, с панкреатитом
- * с невритом
- * с нефритом

ПРИ ПАРОТИТНОМ МЕНИНГИТЕ НОРМАЛИЗАЦИЯ ЛИКВОРА

ПРОИСХОДИТ:

- * к 5-7 дню
- * к 14-18 дню
- * уже на 2 день
- * на 3 -4 день
- * на 4 -5 день

ОСНОВНОЙ РЕЗЕРВУАР ЭНТЕРОВИРУСОВ:

- * вирусоносители, больные
- * здоровые
- * природный очаг
- * овощи
- * все перечисленные

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОМ МЕНИНГИТЕ:

- * 20-21 день
- * 2-12 дней
- * 30 – 40 дней
- * 15- 16дней
- * 16- 18 дней

ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫ:

- * гиперестезия, многократная рвота, гипертермия, выбухание большого родничка
- * гипертермия, однократная рвота
- * кашель, желтуха
- * западение большого родничка
- * параличи и парезы

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОМ МЕНИНГИТЕ:

- * конъюнктивит, склерит
- * гиперемия зева, герпетические высыпания в области зева
- * розеолезно-папулезная геморрагическая сыпь
- * миалгия, боли в животе, менингеальные знаки умеренно выраженные, рассеянные очаговые симптомы
- * все перечисленные

СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОМ МЕНИНГИТЕ САНИРУЕТСЯ:

- * к 7-10 дню
- * к концу 2-3-ей недели
- * уже ко 2 дню
- * на 2 – 4 день
- * к 5 – 6 дню

НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК И РЕЗЕРВУАР ПРИ ЛИМФОЦИТАРНОМ ХОРИОМЕНИНГИТЕ:

- * больной человек, вирусоноситель
- * серые домовые мыши, крысы
- * собаки
- * морские свинки
- * все перечисленные

НАЧАЛО ЛИМФОЦИТАРНОГО ХОРИОМЕНИНГИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * резчайший подъем температуры
- * сильная головная боль
- * многократная рвота
- * боль и чувство давления в глазных яблоках, менингеальные симптомы выражены с 1 дня болезни
- * все перечисленные

АНТИБИОТИК, ПРИМЕНЯЮЩИЙСЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ДО ВЫДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ:

- * ампициллин 200-300 мг-кг/сутки
- * метициллин 200-300 мг-кг/сутки
- * пенициллин 200000-300000 ЕД-кг/сутки
- * стрептомицин
- * тиенам

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ДЛЯ БОРЬБЫ С ТОКСИКОЗОМ:

- * обильное питье, капельное введение полиионных растворов
- * плазма
- * 5-10% растворов глюкозы
- * форсированный диурез
- * все перечисленные

КРИТЕРИИ ДЛЯ ОТМЕНЫ АНТИБИОТИКОВ:

- * все перечисленные
- * исчезновение менингеальных симптомов
- * удовлетворительное общее состояние
- * стойкая нормализация температуры
- * санация спинно-мозговой жидкости

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ МОЛНИЕНОСНЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ:

- * антибиотики, дезинтоксикационные, препараты калия,
- * сердечные гликозиды, кокарбоксилаза

- * кортикостероидные препараты, оксигенотерапия
- * десенсибилизирующие
- * все перечисленные

КРИТЕРИЙ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ:

- * двукратный отрицательный посев из носоглотки, санация ликвора
- * однократный отрицательный посев из носоглотки
- * нормализация температуры, однократный отрицательный посев из носоглотки
- * повышение температуры, однократный отрицательный посев из носоглотки
- * уменьшение головной боли головной боли

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СТАФИЛОКОККОВОГО МЕНИНГИТА:

- * до получения результатов посева комбинация из 2-3 антибиотиков и сочетание их с биологическими препаратами
- * лечение проводится только левомицетином
- * лечение проводится только гентамицином
- * нет особенностей

ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГИТА, ВЫЗВАННОГО СИНЕ - ГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ:

- * полимиксин, карбоксициклин
- * гентамицин
- * синегнойный бактериофаг
- * Цефалоспорины III-IV поколения
- * все перечисленные

ОСНОВНОЙ АНТИБИОТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ЛЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА:

- * левомицетина сукцикат
- * ампициллин
- * гентамицин
- * цефалоспорины III поколения
- * все перечисленные

КРИТЕРИИ ОТМЕНЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАРОТИТНОМ МЕНИНГИТЕ:

- * санация ликвора
- * нормализация температуры
- * исчезновение менингеальных симптомов
- * регресс органической неврологической симптоматики
- * все перечисленные

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА:

- * не назначаются
- * назначаются при наложении бактериальной инфекции
- * назначаются для профилактики осложнений
- * назначаются с дезинтоксикационной функцией
- * назначаются для профилактики рецидивов менингита

ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОЦИТАРНОГО ХОРИОМЕНИНГИТА:

- * назначаются в общей схеме терапии
- * решается индивидуально
- * более показаны при менингоэнцефалите
- * более показаны при полирадикулоневрит
- * при тяжелом течении заболевания

ВОЗБУДИТЕЛЬ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * вирус гриппа
- * вирус Коксаки
- * неизвестен
- * вирус герпеса
- * аденовирус

СТАДИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * острая, хроническая
- * подострая
- * восстановительная
- * период остаточных явлений
- * все перечисленные

ПРИВИВОЧНЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ:

- * в день прививки
- * на 2-7 день
- * спустя 3-30 дней
- * спустя месяц
- * через 1-2 дня

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ:

- * серое вещество вокруг сильвиева водопровода
- * ядра гипоталамуса
- * черная субстанция, субстанция земмеринга среднего мозга
- * ядра глазодвигательных нервов
- * все перечисленные

ОБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПОРАЖАЮЩИЕСЯ ПРИ

ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * внутренняя капсула, кора головного мозга
- * черное вещество среднего мозга
- * бледный шар
- * ядра гипоталамуса и ствола мозга
- * все перечисленные

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА В ОСТРОЙ СТАДИИ:

- * нарушение сна
- * глазодвигательные расстройства
- * повышена потливость, гиперсаливация, сальность лица
- * гипомимия, гиперкинезы
- * все перечисленные

ЭНЦЕФАЛИТОМ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:

- * коклюш
- * краснуха
- * инфекционный мононуклеоз
- * паротит, ветряная оспа
- * гнойный отит

ФОРМЫ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * окулолетаргическая
- * атактическая
- * гиперкинетическая
- * вестибулярная, психосенсорная
- * все перечисленные

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * ликвор бесцветный, прозрачный
- * небольшой лимфоцитарный плеоцитоз
- * умеренное увеличение содержания белка
- * внутричерепное давление незначительно повышено, сахар в норме
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАТНОГО СИМПТОМА АРГАЙЛА-РОБЕРТСОНА:

- * анизокория
- * миоз
- * отсутствие или ослабление реакции на конвергенцию и аккомодацию, реакция зрачков на свет живая
- * сохранена реакция на конвергенцию и аккомодацию, выпадает реакция зрачков на свет

- * экзофтальм

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЛЕТАРГИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * гипо - , амимия, тихая монотонная маловыразительная речь
- * парадоксальные кинезии (пропульсия, латеропульсия, ретропульсия), восковидная гибкость мышц
- * олигокинезия, брадикинезия
- * гипомимия, походка мелкими шагами, тремор в руках
- * все нижеперечисленные

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОРАЖЕНИЯ:

- * заднего продольного пучка
- * коркового центра зрения
- * ядер глазодвигательного нерва
- * внутренней капсулы
- * продолговатого мозга

ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * препараты дофамина
- * циклодол
- * наком,
- * левопа
- * все перечисленные

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРВИЧНЫХ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ ЛЕЖИТ:

- * сосудистая реакция
- * инфекционно-аллергический процесс
- * взаимодействие вируса и нейрона
- * метаболические расстройства
- * гормональная перестройка

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ ИМЕЕТ:

- * весенне-летнюю сезонность
- * летнюю сезонность
- * не имеет сезонности
- * зимнюю сезонность
- * осеннюю сезонность

ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ ПРОИСХОДИТ:

- * воздушно-капельным путем
- * фекально – оральный

- * через укус клеща, алиментарным путем
- * контактным путем
- * все перечисленные

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ ДЛИТСЯ:

- * 5-7 дней
- * 1-45 дней
- * 3-30 дней
- * 1-2 дня
- * 3-4 дня

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * менингеальная
- * полиомиелитическая
- * полиоэнцефаломиелолитическая
- * лихорадочная
- * менингоэнцефалитическая
- * все перечисленные

ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЮТСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ НА:

- * 6-7 день болезни
- * 1-2 день болезни
- * 7-15 день болезни
- * 2-3 день болезни
- * 4-5 день болезни

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * повышение температуры
- * головная боль, рвота
- * менингеальные симптомы
- * ликвор прозрачный, бесцветный, давление повышено, лимфоцитарный цитоз, незначительно повышен белок
- * все перечисленные

В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- * субфебрильная температура
- * головная боль, слабость,
- * гиперемия зева, инъекция склер
- * боли в мышцах, костях
- * все перечисленные

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОЛИОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * острое начало, повышение температуры, вялый паралич мышц шеи и плечевого пояса
- * вялый паралич мышц ног
- * острое начало, повышение температуры
- * судороги, нарушение сознания
- * поражение ядер ЧМН

СТВОЛОВАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * повышение температуры, головная боль, рвота, менингеальные симптомы, параличи и парезы, нарушение чувствительности по проводниковому типу
- * бульбарные расстройства с нарушением глотания и фонации, расстройства дыхания и кровообращения, которые могут привести к летальному исходу
- * менингеальные симптомы, параличи и парезы
- * нарушение сознания, эпилептиформные припадки, поражение ядер IХ, X, XI пар ЧМН, Пирамидная недостаточность
- * эпилептиформные припадки

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * нарушение сознания
- * эпилептиформные припадки, нистагм, гиперкинезы
- * парезы, параличи центрального характера
- * общая вялость, сонливость, параличи и парезы, гиперкинезы
- * все перечисленные

СТЕРТАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * острое лихорадочное начало без выраженных неврологических симптомов
- * лёгкие менингеальные знаки
- * ликвор не изменен, в анализе крови - лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
- * общеинфекционные и общемозговые симптомы, на фоне субфебрильной температуры тела
- * все перечисленные

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДВУХВОЛНОВОМ ТЕЧЕНИИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * атаксия, нистагм, повышение температуры, головная боль, резко выраженные менингеальные симптомы, гиперкинезы
- * двухволновая температура, общетоксические симптомы

- * легкие менингеальные симптомы, пирамидные расстройства
- * мозжечковые, вегетативные, невритические синдромы
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРЕДИЕНТНО ТЕКУЩИХ ФОРМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * развивается кожевниковская эпилепсия
- * развивается синдром Паркинсонизма
- * развивается переднероговой полиомиелит
- * развивается синдром Гертвига - Мажанди
- * развивается синдром Парино

ЛЕЧЕНИЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ПРОВОДИТСЯ:

- * противоклещевой иммуноглобулин
- * рибонуклеаза, дегидротационная терапия,
- * в тяжелых случаях гормоны
- * дезинтоксикационная терапия, нейроэнергетики, сосудистая терапия, витамины, при судорогах- противосудорожная терапия, восстановительная терапия
- * все перечисленные

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРМОНОВ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ:

- * отек головного мозга
- * псевдобульбарные нарушения
- * при всех, формах клещевого энцефалита
- * не применяют
- * бульбарные нарушения

ПОСЛЕДСТВИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * эпилептические припадки, цереброастенический синдром
- * атрофические шейно-плечевые парезы
- * парезы черепных нервов
- * эпилепсия Кожевникова
- * все перечисленные

ДЛЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНЫ:

- * высокая температура
- * потеря сознания, повторная рвота
- * судороги, гемипарез
- * герпетические высыпания
- * все перечисленные

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * начинается остро, с подъема температуры тела до высоких цифр
- * недомогание, головная боль, нарушение сознания
- * генерализованные клонико-тонические судороги
- * гемипарезы и гемиплегии
- * все перечисленные

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * очаги некроза, преимущественно в лобно-височных отделах, в височных извилинах, нередко в затылочных долях, резко выраженный отек головного мозга, поражаются подкорковые образования, мозжечок
- * поражаются двигательные ядра черепно – мозговых нервов
- * поражаются мотонейроны передних рогов спинного мозга, двигательные ядра черепно-мозговых нервов, мост
- * поражается кора мозжечка
- * очаги некроза, преимущественно теменно – височных отделах, поражаются подкорковые образования, мозжечок

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ:

- * ликвор прозрачный, слегка опалесцирует
- * лимфоцитарный цитоз
- * белок умеренно повышен
- * белок в норме, 5-6 лимфоцитов в поле зрения, сахар и хлориды в пределах нормы
- * все перечисленные

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * гиперкинезы хореического характера, двигательные расстройства
- * синдром паркинсонизма
- * чувствительные расстройства
- * координаторные нарушения
- * вегетативные расстройства

ЭНЦЕФАЛИТОМ ОСЛОЖНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ:

- * корь, ветряная оспа
- * краснуха
- * дифтерия
- * коклюш
- * паротит

ПРЯМОЙ СИНДРОМ АРГАЙЛА-РОБЕРТСОНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ:

- * сифилис
- * летаргический энцефалит
- * коревой энцефалит

- * менингококковый менингит
- * арахноидит задней черепной ямки

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ЭНЦЕФАЛИТА:

- * в ликворе нейтрофильный цитоз, повышение давления, белок и сахар в пределах нормы, нарушение чувствительности
- * парезы и параличи, повышается температура тела
- * острое начало, на 9-й день после вакцинации
- * повышение температуры тела, появление рвоты
- * судороги

"КОГТИСТАЯ ЛАПА" НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- * локтевого нерва
- * лучевого нерва
- * срединного нерва
- * бедренного нерва
- * малоберцового нерва

"ОБЕЗЬЯНЬЯ РУКА" НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ:

- * лучевого нерва
- * срединного нерва
- * локтевого нерва
- * большеберцовый нерв
- * малоберцовый нерв

АКУШЕРСКИЙ ПАРАЛИЧ ДЮШЕНА - ЭРБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * парезом дистального отдела ноги
- * центральным монопарезом руки
- * периферическим парезом проксимального отдела руки
- * парезом проксимального отдела ноги
- * центральным монопарезом ноги

"СВИСАЮЩАЯ КИСТЬ" НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ:

- * срединного нерва
- * локтевого нерва
- * лучевого нерва
- * кожного нерва
- * малоберцового нерва

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМАМ РАДИКУЛИТА:

- * расстройство чувствительности
- * корешковые симптомы: Нери, Дежерина, Бехтерева,
- * напряжение мышц спины,
- * болезненность при пальпации паравертебральных и вертебральных точек
- * все перечисленные

АКУШЕРСКИЙ ПАРЕЗ ДЕЖЕРИН-КЛЮМПКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * центральный монопарез ноги
- * центральный парез руки
- * периферический парез дистального отдела руки
- * спастическая нижняя параплегия
- * спастическая гемиплегия

К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ОТНОСИТСЯ:

- * двигательные нарушения по типу «свисающая кисть»
- * расстройство всех видов чувствительности в зоне иннервации IV и V пальцев
- * снижение или выпадение трицепитального рефлекса
- * выпадение коленного рефлекса
- * расстройство чувствительности по сегментарному типу

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, НЕ НАБЛЮДАЮЩИЕСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА:

- * невозможность сгибания 4-5 пальцев кисти
- * «когтистая лапа»
- * гипотрофия гипотенара
- * полная анестезия гипотенара и 5 пальца
- * анестезия в области 1-3 пальцев

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПРОНАЦИИ, СГИБАНИЯ КИСТИ, 1, 2, 3 ПАЛЬЦЕВ, ГИПОТРОФИЯ ТЕНАРА, НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОППОЗИЦИИ 1 ПАЛЬЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НЕЙРОПАТИИ:

- * локтевого нерва
- * срединного
- * мышечно-кожного нерва
- * лучевого нерва
- * малоберцового нерва

ДЛЯ АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- * отсутствие движений в плечевом, локтевом, лучезапястном суставах
- * расстройство всех видов чувствительности в области руки
- * рука висит как «плеть» Ласка-Якобсона
- * положительные рефлексы Россолимо
- * все перечисленные

ПОХОДКА «СТЕПАЖ», ГИПАЛГЕЗИЯ И АНЕСТЕЗИЯ ПО НАРУЖНОМУ КРАЮ СТОПЫ И ПО ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- * нейропатии малоберцового нерва
- * нейропатии седалищного нерва
- * нейропатии бедренного нерва
- * нейропатия большеберцового нерва
- * нейропатия срединного нерва

ПОЛНЫЙ ПАРАЛИЧ СТОПЫ И ПАЛЬЦЕВ, НАРУШЕНИЕ ДВИЖЕНИЯ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ, ОТСУТСТВИЕ КОЛЕННОГО И АХИЛОГО РЕФЛЕКСА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ:

- * большеберцового нерва
- * малоберцового нерва
- * седалищного нерва
- * нейропатия срединного нерва
- * нейропатии бедренного нерва

В ОСНОВЕ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИИ ТИПА ГИЙЕНА-БАРРЕ ЛЕЖИТ:

- * воздействие бактерий
- * аутоиммунный, аутоаллергический процесс
- * воздействие алкоголя
- * токсическое воздействие тяжелых металлов
- * наследственная передача

ДЛЯ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИИ ГИЙЕНА - БАРРЕ ХАРАКТЕРНО:

- * вялый тетрапарез (больше проксимальных отделов)
- * параличи черепных нервов (VII, IX, X)
- * необратимость симптомов
- * низкие сухожильные коленные рефлексы или их отсутствие

ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- * быстрое развитие пареза в дистальных отделах конечностей
- * снижение поверхностной чувствительности по проводниковому типу
- * грубые нарушения глубокой чувствительности
- * выраженные вегетативные нарушения в проксимальных отделах рук и ног
- * быстрое развитие пареза в проксимальных отделах конечностей

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАДИКУЛИТА ПРОВОДЯТ С:

- * экстрamedулярной опухолью
- * миелитом
- * полиневритом
- * интрамедулярной опухолью
- * энцефалитом

ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * тики пораженной стороны лица

- * контрактуры парализованных мышц
- * глухота
- * лицевой гемиспазм
- * симптом «крокодиловых» слез

ПРИ НЕВРИТЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОБЯЗАТЕЛЬНА КОНСУЛЬТАЦИЯ:

- * нейрохирурга
- * отоларинголога
- * стоматолога
- * окулиста
- * психиатра

В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- * дегидратационную
- * противовоспалительную терапию
- * массаж
- * электрофорез гидрокортизоном
- * средства расширяющие сосуды

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИФТЕРИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- * ганглионитом
- * плекситом
- * полирадикулоневритом
- * радикулит
- * неврит

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ДИФТЕРИИ ПОРАЖАЮТСЯ ПАРЫ ЧМН:

- * IX, X
- * XI
- * III, VI
- * VII,
- * VIII

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИЙНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ СЛЕДУЕТ:

- * вводить антидифтерийную сыворотку
- * вводить два антибиотика
- * проводить общеукрепляющее лечение
- * носить марлевую повязку
- * укреплять иммунинет

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

НАЗНАЧЕНИЕ:

- * анальгетиков
- * спазмолитиков
- * противосудорожных средств
- * ноотропных препаратов
- * витаминов

ДЛЯ НЕВРАЛГИИ V ПАРЫ ЧМН НЕ ХАРАКТЕРНО:

- * асимметрия лица.
- * лицевой гемиспазм
- * контрактуры парализованных мышц
- * нестерпимые боли в области лица
- * расстройство чувствительности в зоне иннервации одной из ветвей V

В ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ V ПАРЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- * обезболивающая терапия
- * электростимуляция
- * хирургическое лечение
- * баллонная микрокомпрессия
- * радиохирургическое лечение

СИМПТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОЛИНЕВРИТОВ:

- * дистальные парезы конечностей
- * расстройство чувствительности по сегментарному типу, расстройство чувствительности ниже очага поражения
- * расстройство поверхностной и глубокой чувствительности в дистальных отделах
- * болезненность нервных стволов при пальпации
- * боли и вегетативно-трофические нарушения в дистальных отделах

ВАРИАНТЫ НЕВРИТОВ:

- * паренхиматозные, интерстициальные
- * мезенхимальные
- * висцеральные
- * париетальные
- * все перечисленные

ЭПИЛЕПСИЯ ОБУСЛОВЛЕНА ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ГИПЕРСИНХРОННЫХ НЕЙРОНАЛЬНЫХ РАЗРЯДОВ:

- * в коре головного мозга
- * в мозжечке
- * в стволе головного мозга
- * в шейном утолщении спинного мозга
- * во внутренней капсуле

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * родовая травма
- * генная мутация
- * гемолитическая болезнь новорожденных
- * внутриутробно перенесенный энцефалит
- * метаболические расстройства

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * фенилкетонурия
- * инфантильная гипокальциемия
- * асфиксия
- * алкаптонурия
- * гипоксия

ПОСТОЯННАЯ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ:

- * после первого судорожного приступа
- * после установленного диагноза эпилепсии
- * при фебрильных судорогах
- * при аффективно – респираторных пароксизмах
- * для профилактики эпилепсии

ТИПИЧНЫЕ ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- * дебютом в 1-3 года, повышением температуры тела при судорогах
- * фокальным компонентом в структуре приступа
- * задержкой психического развития
- * задержкой моторного развития
- * в школьном возрасте

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

- * с монотерапии АЭП
- * с политерапии АЭП
- * с назначения ноотропов
- * с назначения физиотерапии
- * с назначения иглорефлексотерапии

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * генная мутация
- * черепно-мозговая травма
- * наследственно-мышечные заболевания
- * болезни обмена веществ
- * геномная мутация

К ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОКСИЗМАМ ОТНОСИТСЯ:

- * джексоновские
- * вегетативно-висцеральные
- * абсансы
- * фокальные сенсорные
- * фокальные с типичными автоматизмами

В КУПИРОВАНИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- * все перечисленные
- * седуксен
- * оксибутират натрия
- * депакин в\в
- * реланиум

ОТМЕНА ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ:

- * осуществляется только после полной нормализации ЭЭГ
- * осуществляется спустя 3-5 лет после клинической ремиссии и полной нормализации ЭЭГ
- * осуществляется спустя более 5 лет после клинической ремиссии
- * осуществляется сразу после прекращения судорог
- * не осуществляется, если поставлен диагноз эпилепсии

ПРОСТЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПРИПАДКИ ПРОТЕКАЮТ:

- * с нарушением сознания
- * без нарушения сознания
- * с сужением сознания
- * в виде эпистатуса

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН ИЗ ГРУППЫ ПРОСТЫХ ПАРЦИАЛЬНЫХ ПРИПАДКОВ:

- * моторный
- * сенсорный
- * вегетативно-висцеральный
- * вторично - генерализованные
- * геластические

ДЛЯ АДВЕРСИВНОГО ПРИПАДКА ХАРАКТЕРНА:

- * потеря сознания
- * аура
- * поворот глазных яблок и головы в противоположную сторону
- * расстройство чувствительности
- * параличи, парезы

ДЛЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ХАРАКТЕРНО:

- * часто повторяющиеся припадки, в промежутках между припадками больной не приходит в сознание
- * более 3 – х генерализованных судорожных приступов, возникающих в течении 24 часов
- * чаще развивается при симптоматических формах эпилепсии
- * в промежутках больной приходит в сознание
- * развивается при простых абсансах

У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ :

- * конвулекс
- * депакин в сиропе
- * финлепсин
- * топамакс
- * леветирацетам

У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СУДОРОГИ ПО ТИПУ:

- * синдрома Леннокса-Гасто
- * синдрома Веста
- * пикнолепсия
- * джексоновские приступы
- * адверсивные приступы

ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРОПУЛЬСИВНЫЕ ПРИСТУПЫ В ВОЗРАСТЕ:

- * после 5 лет
- * до 3 лет
- * 5-10 лет
- * в 10 лет
- * после 15 лет

РАЗДРАЖЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛОВ КОРЫ ВЫЗЫВАЕТ РАЗВИТИЕ ОПЕРКУЛЯРНЫХ ПРИСТУПОВ:

- * теменной
- * затылочной
- * лобной и височной долей
- * мозолистого тела
- * лимбической

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- * типом припадка
- * формой эпилепсии
- * частотой приступов
- * длительностью эпилептического приступа

- * продолжительностью межприступного периода

ПРИ ЧАСТЫХ ПРИПАДКАХ ПЕРВИЧНОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

- * максимальную дозу одного препарата
- * минимальную дозу выбранного препарата с постепенным повышением дозы
- * сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических препаратов
- * не следует назначать антиэпилептическую терапию
- * ноотропы

ДЛЯ ЭПИЛЕПСИИ НА ЭЭГ ХАРАКТЕРНА РЕГИСТРАЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ПОТЕНЦИАЛОВ:

- * медленно-волновая активность
- * полиритмия
- * "пики", комплексы "пик-волна"
- * быстрые волны
- * все перечисленные

РАХИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ СЛЕДУЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ:

- * дифенин
- * депакин
- * люминал
- * левитерацетамом
- * топамаксом

ДЕПАКИН НАЗНАЧАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА:

- * 10-15 мг/кг массы в сутки
- * 25-30 мг/кг массы в сутки
- * 50-100 мг/кг массы в сутки
- * – 2 мг/кг массы тела в сутки
- * 5- 6 мг/кг массы тела в сутки

ВИД ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СНА:

- * ночной энурез
- * сомнамбулизм, ночные страхи
- * галлюцинации
- * эпилептические приступы
- * двигательные автоматизмы

ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЗГА И ОТТОКА КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ:

- * кровоснабжение лучше, отток лучше

- * кровоснабжение лучше, отток хуже
- * кровоснабжение хуже, отток лучше
- * особенностей нет
- * кровоснабжение хуже, отток хуже

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- * апраксии левой руки
- * левосторонней гемианопсии
- * левосторонней гемиплегии
- * моторной афазии
- * сенсорной афазии

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- * гомонимной гемианопсии
- * битемпоральной гемианопсии
- * биназальной гемианопсии
- * амавроза
- * амблиопия

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫМ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ:

- * улучшения церебральной гемодинамики, улучшения метаболизма мозга
- * снятия спазма скелетной мускулатуры
- * регресса очаговой церебральной симптоматики
- * профилактики эпилептических приступов
- * уменьшение внутричерепного давления

ДЛЯ ТРОМБОЗА МОЗГОВЫХ СОСУДОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

- * наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
- * наличие симптомов-предвестников
- * постепенное формирование очаговой симптоматики
- * легкие общемозговые симптомы
- * нарастание менингеальных симптомов

ДЛЯ ЭМБОЛИИ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНО:

- * внезапного развития очаговой симптоматики
- * отека соска зрительного нерва на стороне эмболии
- * наличия общемозговой симптоматики
- * наличия ревматизма в анамнезе
- * все перечисленное

ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНО-СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * утрата сознания
- * кровянистый ликвор
- * контралатеральный гемипарез
- * нарушение чувствительности
- * координаторные нарушения

ДЛЯ СПИНАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН:

- * корешковый синдром
- * синдром ликворного толчка
- * симптом вклинения
- * симптом остистого отростка
- * синдром Гертвига Мажанди

ДЛЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ СПИНАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- * сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
- * корешковых болей положения
- * ранней блокады субарахноидального пространства
- * менингеальные синдромы
- * синдромы натяжения

ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ:

- * при переломе костей свода черепа
- * при переломе основания черепа
- * при переломе только внутренней пластинки
- * при переломе шейного отростка
- * при сотрясении головного мозга

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ОБЫЧНО РАЗВИВАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:

- * подостро
- * волнообразно
- * после "светлого" промежутка
- * остро
- * приступообразно

ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМИ СИМПТОМАМИ АТАКСИИ, АТОНИИ, АСИНЕРГИИ, АДИАДОХОКИНЕЗА И ДИСМЕТРИИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ОПУХОЛЬ:

- * лобной доли
- * височной доли

- * полушарий мозга
- * затылочной доли
- * мозжечка

ОСТРОЕ ПОЯВЛЕНИЕ У БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЬЮ МОЗГА РЕЗКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, РВОТЫ, НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО И СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА СВЯЗАНО:

- * с подъемом артериального давления
- * с развитием приступа окклюзии на уровне IV желудочка
- * с поражением вестибулярного рецептора.
- * с повышением внутричерепного давления
- * кровоизлияние в опухоль

ТВЕРДАЯ МОЗГОВАЯ ОБОЛОЧКА УЧАСТВУЕТ В ОБРАЗОВАНИИ:

- * венозных синусов
- * мозгового серпа
- * намета мозжечка
- * сосудистого сплетения
- * все перечисленные

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * компьютерная томография
- * магнитно-резонансная томография
- * электроэнцефалография
- * рентгенография
- * реоэнцефалография

НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ:

- * спустя 3 недели после травмы
- * в резидуальном периоде
- * в любые сроки
- * только для профилактики осложнений
- * спустя 1-2 дня

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
- * нарушение координации
- * сердечная недостаточность II-III ст.
- * повышение внутричерепного давления
- * гемиплегия

ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЙ КРИЗ СНИМАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ:

- * ганглиоблокирующих средств
- * атропина
- * адреналина
- * норадреналина
- * магнезии

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ:

- * улучшения церебральной гемодинамики, улучшения метаболизма мозга
- * регресса очаговой церебральной симптоматики
- * профилактики эпилептических приступов
- * снижение внутричерепного давления
- * все перечисленное

ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ АНЕВРИЗМЫ НАЗНАЧАЮТ С ПЕРВОГО ДНЯ:

- * хлористый кальций
- * викасол
- * эпсилонаминокапроновую кислоту
- * другие гемостатики
- * все перечисленные

СИМПТОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- * головная боль по утрам
- * рвота на высоте головной боли
- * застойные соски зрительных нервов на глазном дне
- * появление "пальцевидных" вдавлений, усиление сосудистого рисунка, расширение вен, расхождение швов черепа у детей грудного возраста, выбухание родничка
- * все перечисленные

ПРИНЦИПАМИ ЛЕЧЕНИЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * дегидротационная терапия
- * постельный режим
- * десенсибилизирующая терапия
- * препараты, укрепляющие сосудистую стенку
- * все перечисленные

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО:

- * внутричерепной гематомой

- * вдавлением костей черепа
- * отеком ГОЛОВНОГО МОЗГА
- * субдуральной или эпидуральной гематомой
- * все перечисленные

ДЛЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ:

- * очаговые неврологические симптомы
- * потеря сознания
- * менингеальные симптомы
- * общемозговые симптомы
- * все перечисленные

ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ:

- * кратковременная потеря сознания
- * общемозговые симптомы
- * нарушения со стороны вегетативной нервной системы
- * не помнит события предшествующие травме
- * все перечисленные

НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * травма
- * воздействие лучистой энергии
- * гноеродная флора
- * метаболические перестройки
- * эпилепсия

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АБСЦЕССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ:

- * метастатические
- * контактные
- * травматические
- * при гнойных процессах в синусах
- * все перечисленные

НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРИ АБСЦЕССЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:

- * явления неврита
- * выраженные застойные явления
- * явления отека
- * кровоизлияния
- * дистрофические явления

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * исследование глазного дна
- * ЭХО-ЭГ
- * КТ, ЯМРТ
- * рентген черепа
- * ЭЭГ

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- * компьютерная томография
- * магнитно-резонансная томография
- * электроэнцефалография
- * рентгенография
- * реоэнцефалография

ПРИ ПОДАЗРЕНИИ НА СУБДУРАЛЬНУЮ ГЕМАТОМУ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТАДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * Эхо – ЭГ исследование
- * КТГ головного мозга
- * ЯМР – томография головного мозга
- * трепанация черепа
- * люмбальная пункция

ЭПИДУРАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ:

- * обычно локализуется над конвекситальной поверхностью полушарий
- * как правило, приводит к появлению крови в цереброспинальной жидкости
- * почти всегда имеет «светлый промежуток» в несколько дней
- * локализуется в желудочковой системе мозга
- * это кровоизлияние под апоневроз

ПРИ ПОДАЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ МОЗГОВОГО СТВОЛА НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТАДОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- * компьютерная томография
- * рентгенография черепа
- * магниторезонансная томография
- * исследование глазного дна и полей зрения
- * реоэнцефалография

ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕДУЛАБЛАСТОМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ:

- * в полушарии мозжечка
- * в сосудистых сплетениях, боковых желудочков
- * в черве мозжечка
- * в стволе головного мозга

- * кора головного мозга

СОБЛЮДЕНИЕ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА ДЛЯ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОТРЯСЕНИЯ ИЛИ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- * показано во всех случаях
- * не показано
- * показано в зависимости от тяжести состояния больного
- * показано в зависимости от локализации
- * противопоказано

СПИНАЛЬНЫЕ АМИОТРОФИИ ЭТО:

- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых слабость мышечного аппарата обусловлена поражением мотонейронов спинного мозга
- * то же, но слабость мышц обусловлена первичным поражением нервов
- * группа наследственных заболеваний, характеризующаяся нарастанием мышечной слабости и атрофии
- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых очаг располагается в стволе головного мозга
- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых первично поражаются мышцы

К СПИНАЛЬНЫМ АМИОТРОФИЯМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- * Шарко-Мари, Дежерина-Сотта
- * Вердинга-Гоффмана
- * Кугельберга-Веландера
- * Эрба-Ротта
- * Ландузи-Дежерина

ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ:

- * аутосомно-доминантный
- * аутосомно-рецессивный
- * сцепленный с X-хромосомой
- * голондрический
- * митохондриальный

В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕВРОПАТИЙ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

- * электрофорез новокаина
- * электростимуляцию
- * диадинамические токи
- * дегидратационную терапию
- * противовоспалительную терапию

ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * вялые парезы
- * мышечная гипотония
- * сухожильная арефлексия
- * снижение силы мышц, изменение походки
- * все перечисленные

РАННЯЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА НАЧИНАЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:

- * с рождения
- * до 6 месяцев
- * 1,5-2 года
- * после 5 лет
- * после 10 лет

ФОРМА БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА, ДЛЯ КОТОРОЙ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫ ВЯЛЫЕ ПАРЕЗЫ КОНЕЧНОСТЕЙ, НИЗКИЙ МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС, БУЛЬБАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА :

- * ранняя
- * поздняя
- * врожденная
- * ультрабыстрая
- * кратковременная

ДЛЯ КЛИНИКИ РАННЕЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА ХАРАКТЕРНО:

- * утрата ранее приобретенных двигательных навыков
- * больные долго сохраняют способность к передвижению
- * появляются псевдогипертрофии икроножных мышц
- * повышение рефлексов
- * патологические стопные знаки

БОЛЕЗНЬ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА РАЗВИВАЕТСЯ:

- * в первые дни после рождения
- * до 1,5 лет
- * с 2 до 17 лет
- * уже внутриутробно
- * после 50 лет

БОЛЕЗНЬ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * проксимальные парезы
- * псевдогипертрофии икроножных и ягодичных мышц
- * фасцикулярные подергивания мышц

- * гипорефлексия, арефлексия
- * все перечисленные

ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА:

- * доброкачественное, больные длительно сохраняют способность самостоятельно передвигаться
- * способность к самостоятельной ходьбе сохраняется редко
- * с рождения больные кресельного содержания
- * быстро приводит к смерти
- * прогрессирующее

ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА ОБНАРУЖИВАЮТ:

- * умеренное повышение креатинфосфокиназы
- * креатинфосфокиназы, альдалаза в норме
- * снижение креатинфосфокиназы
- * повышение билирубина
- * снижение АЛТ

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВСЕХ ФОРМАХ СПИНАЛЬНЫХ АМИОТРОФИЙ:

- * этиопатогенетическое
- * симптоматическое
- * не проводится
- * только массаж и ЛФК

НЕВРАЛЬНЫЕ АМИОТРОФИИ ЭТО:

- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых слабость мышечного аппарата обусловлена поражением спинного мозга
- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, слабость мышц обусловлена первичным поражением нервов
- * группа наследственных заболеваний, характеризующаяся нарастанием мышечной слабости и атрофии
- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых патологический очаг располагается в мышцах
- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых очаг располагается в боковых столбах спинного мозга

К ГРУППЕ НЕВРАЛЬНЫХ АМИОТРОФИЙ ОТНОСЯТ:

- * Шарко-Мари, Дежерина-Сотта
- * Кугельберга-Веландера
- * Вердинга-Гоффмана
- * Эрба-Ротта,
- * Ландузи-Дежерина

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ШАРКО-МАРИ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ:

- * аутосомно-доминантный
- * аутосомно-рецессивный
- * сцепленным с X-хромосомой
- * митохондриальный
- * голондрический

ЧАЩЕ БОЛЕЗНЬ ШАРКО-МАРИ РАЗВИВАЕТСЯ :

- * до 3-х лет
- * в школьном возрасте
- * в зрелом возрасте
- * уже внутриутробно
- * в 4 – 5 лет

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПОЛИНЕВРОПАТИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * дистальные атрофии стоп, костей
- * полиневритический тип расстройства чувствительности
- * снижение скорости проведения по периферическим нервам (по данным ЭМГ)
- * изменение походки
- * все перечисленные

ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * дефект метаболизма меди
- * увеличение печени, кольцо Кайзер-Флейшера вокруг радужки
- * снижение общего уровня меди в сыворотке крови и уровня сывороточного церулоплазмينا
- * экстрапирамидные нарушения
- * все перечисленные

ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ДЕФОРМИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы
- * мышечная дистония
- * гиперрефлексия коленных, ахилловых рефлексов, патологические рефлекссы
- * нистагм
- * мозжечковые расстройства

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ (ФОРМА ДЮШЕННА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * первые симптомы, как правило проявляются к концу 1-го года жизни задержкой темпов моторного развития
- * первые симптомы проявляются в возрасте старше 2х лет

- * первые симптомы проявляются в школьном возрасте
- * первые симптомы появляются с 20 – 25 лет
- * началом прогрессирующего еще внутриутробно

ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШАРКО-МАРИ ХАРАКТЕРНЫ:

- * дистальные парезы, дистальные атрофии
- * проксимальные парезы
- * проксимальные атрофии
- * мозаичные атрофии
- * все перечисленные

МИОПАТИИ – ЭТО:

- * группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых слабость мышечного аппарата обусловлена поражением спинного мозга
- * то же, но слабость мышц обусловлена первичным поражением нервов
- * группа наследственных заболеваний, характеризующаяся - нарастанием мышечной слабости и атрофии. Патологический очаг в мышцах
- * группа заболеваний, при которых очаг располагается в каналах мембран
- * группа заболеваний, при которых очаг располагается в коре головного мозга

ПРИ МИОПАТИЯХ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЮТСЯ:

- * клетки передних рогов спинного мозга
- * периферические нервные стволы
- * скелетная мускулатура
- * черепно – мозговые ядра
- * задние столбы спинного мозга

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИРЫ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МИОПАТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * деструкция мышц, пролиферация ядер
- * замещение мышечных волокон соединительной тканью
- * замещение мышечных волокон жировой тканью
- * в мышечном волокне уменьшено число митохондрий, гипотония мышц
- * все перечисленные

К ПРОГРЕССИРУЮЩИМ МИОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- * Шарко-Мари
- * Вердинга-Гоффмана
- * Кугельберга-Веландера
- * Дежерина-Сотта
- * Ландузи-Дежерина, Эрба-Ротта, Дюшенна

ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮШЕННА:

- * аутосомно-доминантный

- * аутосомно-рецессивный
- * сцепленный с X-хромосомой
- * митохондриальный
- * голондрический

ПРИ БОЛЕЗНИ ФРИДРЕЙХА ИМЕЕТ МЕСТО:

- * рецессивный тип наследования
- * доминантный тип наследования
- * сцепленный с полом (через X-хромосому)
- * голондрический тип наследования
- * митохондриальный тип наследования

ДОСТАТОЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ В ДИАГНОСТИКЕ СИРИНГОМИЕЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- * сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности , наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
- * нарушения чувствительности по проводниковому типу на противоположной стороне
- * прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
- * нижний спастический парез
- * координаторные нарушения

ТЯЖЕЛАЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ ДЮШЕНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * невозможностью самостоятельного передвижения
- * быстрым развитием контрактур
- * деформацией скелета
- * выраженными двигательными нарушениями
- * все перечисленные

ПРИ БОЛЕЗНИ ЭРБА-РОТТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ МЫШЦЫ:

- * дистальных отделов конечностей
- * лица
- * тазового пояса, плечевого пояса
- * проксимальных отделов конечностей
- * спины

ДЛЯ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФМАНА ХАРАКТЕРНЫ:

- * повышение уровня сывороточной креатининкиназы
- * врожденные нарушения в строении мышечного волокна
- * поражение мотонейрона спинного мозга
- * гипертонус
- * повышение рефлексов

ДЛЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА ХАРАКТЕРНО:

- * заболевание всегда протекает длительно, но доброкачественно
- * заболевание может быть выявлено у одного из родителей пробанда, наличие множественных пигментных невусов
- * тип наследования- аутосомно-доминантный
- * экспрессивность гена нейрофиброматоза варьибельна даже в пределах одной семьи
- * все перечисленные

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ ЭРБА-РОТТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- * атрофии мышц плечевого, тазового пояса
- * "крыловидные лопатки"
- * "осиная талия"
- * гипомимия, лицо «миопата»
- * все перечисленные

ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ЭРБА-РОТТА:

- * относительно благоприятное
- * быстро приводит к обездвиживанию
- * быстро приводит к летальному исходу
- * ультракороткое
- * часто рецидивирующее

ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАНДУЗИ-ДЕЖЕРИНА:

- * аутосомно-доминантный
- * аутосомно-рецессивный
- * сцепленный с X-хромосомой
- * голондрический
- * митохондриальный

ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАНДУЗИ-ДЕЖЕРИНА ПРЕОБЛАДАЕТ ПОРАЖЕНИЕ:

- * дистальных отделов конечностей
- * лица
- * плечевого пояса
- * плечевого и тазового пояса
- * спины

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- * нейросонография
- * люмбальная пункция
- * ЯМР головного мозга, исследовать глазное дно

- * все перечисленные

В ОТЛИЧИЕ ОТ МИОПАТИИ ПРИ АТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЦП:

- * двигательные нарушения, изменения походки
- * повышенные сухожильные рефлексy
- * наличие стойких патологических знаков
- * улучшение двигательных функций
- * все перечисленные

ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗМОЖНОГО ПОВТОРНОГО РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ С НЕРВНО-МЫШЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

- * консультацию генетика
- * консультацию невропатолога
- * консультацию ортопеда
- * консультацию педиатра
- * консультацию окулиста

БОЛЕЗНЬ ТОМСОНА ВОЗНИКАЕТ :

- * после перенесенной инфекции
- * врожденное заболевание
- * после тяжелой травмы
- * во время эпилептического приступа
- * как осложнение рахита

МИАСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- * патологией синаптического аппарата
- * поражением клеток передних рогов мышц спинного мозга
- * поражением периферических нервов
- * поражение боковых рогов спинного мозга
- * поражение задних столбов спинного мозга

ДЛЯ КЛИНИКИ МИАСТЕНИИ ХАРАКТЕРНО:

- * снижение объема и силы движений при повторных сокращениях, мышц
- * неспособность расслабить мышцы после сокращения
- * костные деформации
- * эпилептические приступы
- * координаторные нарушения

ПО СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ МИАСТЕНИИ ВЫЯВЛЯЮТ:

- * генерализованную
- * локальные формы
- * только бульбарную
- * только генерализованную

- * офтальмоплегическую форму

ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ МИАСТЕНИИ ХАРАКТЕРНЫ ДИЗАРТРИИ, ИЗМЕНИНИЕ ГОЛОСА, ПОПЕРХИВАНИЕ:

- * с поражением глазодвигательных мышц
- * бульбарной
- * мимической
- * генерализованной
- * врожденной

ПРИ МИАСТЕНИИ СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ:

- * повышены
- * быстро истощаются
- * отсутствуют
- * с расширением рефлексогенных зон
- * с клонусом стоп

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МИАСТЕНИИ ПРОВОДЯТ:

- * прозериновую пробу
- * амидопириновую пробу
- * пробу с кофеином
- * пробу с диазепамом
- * потовую пробу

ОСТРЫЕ МИАСТЕНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

- * состояние генерализованной мышечной слабости
- * нарушение дыхания
- * бульбарные расстройства
- * нарушение сердечной деятельности
- * все перечисленные

В ОСНОВЕ ЛЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ ЛЕЖИТ ПРИМЕНЕНИЕ:

- * антихолинэстеразных препаратов
- * противовирусных препаратов
- * антибиотиков
- * антиэпилептических препаратов
- * гормональных препаратов

АНАТОМИЧЕСКАЯ ОБЛАСТЬ, КОТОРАЯ БОЛЕЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДИНГА – ГОФМАНА:

- * центральный мотонейрон
- * мотонейрон переднего рога
- * периферический нерв
- * задний рог спинного мозга
- * боковой рог спинного мозга

