

## **Тестовые задания по специальности «Неврология».**

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в форме:

- экстренной, неотложной, плановой.
- немедленной, запланированной.
- экстренной, немедленной, отсроченной.
- экстренной, плановой.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в следующих условиях:

- вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно.
- амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" первичная врачебная медико-санитарная помощь неврологическим больным в амбулаторных условиях осуществляется:

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики.
- Фельдшерами, врачами-терапевтами, врачами общей практики.

- врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами-неврологами.
- врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами-хирургами.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" первичная специализированная медико-санитарной помощи неврологическим больным в амбулаторных условиях осуществляется:

- Врачами-неврологами.
- врачами-терапевтами.
- врачами общей практики.
- врачами любой специальности.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" первичная медико-санитарная помощь неврологическим больным предусматривает:

- доврачебную, врачебную, специализированную.
- доврачебную, врачебную.
- врачебную, специализированную.
- доврачебную, врачебную, высокотехнологичную.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" специализированная медицинская помощь неврологическим больным оказывается врачами-неврологами в следующих условиях:

- в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно.
- амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" при выявлении признаков онкологического заболевания нервной системы проводится консультация:

- врача-нейрохирурга.
- врача-онколога.
- необходимость в дополнительных консультациях отсутствует.
- врача-нейрохирурга, врача-онколога.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской

помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" при поступлении больного в неврологическое отделение предварительный диагноз заболевания нервной системы должен быть установлен в течение:

- 1 суток с момента поступления.
- 2 суток с момента поступления.
- 3 суток с момента поступления.
- 4 суток с момента поступления.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" при поступлении больного в неврологическое отделение основной диагноз заболевания нервной системы должен быть установлен в течение:

- 3 суток с момента поступления.
- 2 суток с момента поступления.
- 4 суток с момента поступления.
- 5 суток с момента поступления.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" специализированная медицинская помощь неврологическим больным включает в себя:

- профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.
- диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.
- профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.
- диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" специализированная медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в медицинских организациях, в структуре которых организовано:

- неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
- реанимационное отделение.
- терапевтическое отделение.
- нейрохирургическое отделение.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" специализированная медицинская помощь больным с ОНМК включает в себя:

- диагностику, лечение ОНМК и иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, предотвращение развития повторных ОНМК, медицинскую реабилитацию.
- профилактику, диагностику, лечение ОНМК и иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.
- диагностику, лечение ОНМК, предотвращение развития повторных ОНМК, медицинскую реабилитацию.
- диагностику, лечение ОНМК и иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" время с момента поступления больного с признаками ОНМК до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови должно составлять:

- не более 40 минут.
- не более часа.
- не менее 40 минут.
- не более 30 минут.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской

помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" при подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания направляются:

- в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического отделения.
- в отделение терапии.
- в неврологическое отделение.
- в любое отделение.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" время с момента поступления больного с ОНМК в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение должно составлять:

- не более 60 минут.
- не более 40 минут.
- не менее 40 минут.
- не более 30 минут.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" больным, у которых по заключению КТ или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок:

- не позднее 60 минут с момента получения результатов.
- не позднее 24 часов с момента получения результатов.
- не позднее 6 часов с момента получения результатов.
- не позднее 40 минут с момента получения результатов.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии определяется тяжестью состояния больного, но не может быть:

- менее 24 часов.
- более 6 суток.
- менее 12 часов.
- менее 3 суток.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение всего срока

пребывания каждому больному с ОНМК проводятся оценка неврологического статуса:

- не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще.
- не реже чем 1 раз в 6 часа, при необходимости чаще.
- не реже чем 1 раз в сутки, при необходимости чаще.
- не реже чем 3 раза в сутки, при необходимости чаще.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" в случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, больного по решению консилиума врачей необходимо перевести в:

- отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации.
- хоспис.
- в другое лечебное учреждение с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
- нет необходимости осуществлять перевод.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 декабря 2012 г. № 1047н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "неврология"" медицинская помощь детям оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 931н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нейрохирургия"" медицинская помощь нейрохирургическим больным оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 14 дней.
- 21 день.
- 30 дней.
- 10 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1749н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при субарахноидальном кровоизлиянии (консервативное лечение)" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 30 дней.
- 21 день.
- 14 дней.
- 10 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1537н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта

специализированной медицинской помощи при хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 30 день.
- 14 дней.
- 10 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1409н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром рассеянном энцефаломиелите" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1409н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром рассеянном энцефаломиелите" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1547н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражении межпозвоночного диска и других отделов позвоночника с радикулопатией (консервативное лечение)" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1540н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дистониях" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 30 дней.

- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1540н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дистониях"

специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 616н от 7 ноября 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 10 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 616н от 7 ноября 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1541н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при эпилепсии"

специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1744н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при мононевропатиях"

конечностей (консервативное лечение)" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 10 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1085н от 20 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме)" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 10 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1085н от 20 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме)" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1551н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)" медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1542н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии" медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1740н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1740н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 30 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1740н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" при поступлении пациента с подозрением на ОНМК дежурный врач-невролог должен организовать проведение дополнительных методов исследования включая:

- ЭКГ, определения количества тромбоцитов и содержания глюкозы в периферической крови, определение международного нормализованного отношения (МНО), определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), КТ или МРТ-исследование головного мозга.
- ЭКГ, ОАМ, определения содержания глюкозы в периферической крови, определение международного нормализованного отношения (МНО), определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).
- ЭКГ, ОАК, ОАМ, определение международного нормализованного отношения (МНО), определение активированного частичного

тромбопластинового времени (АЧТВ), КТ или МРТ-исследование головного мозга.

- определения количества тромбоцитов и содержания глюкозы в периферической крови, определение международного нормализованного отношения (МНО), определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" для диагностики заболевания используются инструментальные методы исследования:

- Электронейромиография стимуляционная.
- Бронхоскопия.
- Эзофагогастродуоденоскопия.
- Рентгенография.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1497н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва" диагностические мероприятия должны включать:

- Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, электродиагностика (определение электровозбудимости лицевого и тройничного нервов), МРТ головного мозга, КТ с контрастированием структур головного мозга, спинномозговая пункция.
- Электронейромиография, КТ с контрастированием структур головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.
- Эзофагогастродуоденоскопия, бронхоскопия, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, спинномозговая пункция.
- Рентгенография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, электродиагностика (определение электровозбудимости лицевого и тройничного нервов), МРТ головного мозга, КТ с контрастированием структур головного мозга.

При птозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен:

- в четверохолмии
- во внутренней капсуле слева
- в мосту мозга слева
- в левой ножке мозга

Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет:

- 1/8 от массы тела
- 1/12 от массы тела
- 1/20 от массы тела

- 1/4 от массы тела

Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки:

- униполярные
- биполярные
- мультиполярные
- псевдоуниполярные

Передача нервного импульса происходит:

- в синапсах
- в митохондриях
- в лизосомах
- в цитоплазме

Миелиновая оболочка нервного волокна определяет:

- длину аксона и точность проведения
- скорость проведения нервного импульса
- длину аксона
- принадлежность к чувствительным проводникам

Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста<sup>^</sup>

- раннего
- дошкольного
- младшего школьного
- старшего школьного

Геморрагическая сыпь при менингококцемии является следствием:

- аллергии
- иммунологической реактивности
- повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови
- иммунологической ареактивности

Плече-лопаточно-лицевая форма миопатии (Ландузи - Дежерина) имеет:

- аутосомно-доминантный тип наследования
- аутосомно-рецессивный тип наследования
- аутосомно-рецессивный, сцепленный с X-хромосомой тип наследования
- тип наследования неизвестен

Для миоклонических гиперкинезов при миоклонус-эпилепсии у детей характерна:

- стабильность
- колебание интенсивности по дням
- колебание интенсивности по месяцам
- интенсивность определяется только возрастом

При гепато-церебральной дистрофии мышечный тонус изменен по типу:

- гипотонии
- пирамидной спастичности
- экстрапирамидной ригидности
- дистонии

Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией:

- в подкорковых узлах
- в полушариях мозга
- в стволе мозга
- в мозжечке

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 резким падением артериального давления
- с поражением вестибулярного рецептора

Диссоциированные нарушения чувствительности по сегментарному типу при сирингомиелии характеризуются:

- выпадением глубокой при сохранности болевой
- выпадением только болевой при сохранности глубокой
- сохранностью болевой при выпадении температурной
- сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной

Хореический гиперкинез возникает при поражении:

- палеостриатума
- неостриатума
- медиального бледного шара
- латерального бледного шара

Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

- мозжечковая
- сенситивная
- вестибулярная
- корковая

При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:

- биназальная
- гомонимная
- битемпоральная
- нижнеквадрантная

Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

- обонятельного бугорка
- обонятельной луковицы
- височной доли
- теменной доли

Истинное недержание мочи возникает при поражении:

- парацентральных долек передней центральной извилины
- шейного отдела спинного мозга
- поясничного утолщения спинного мозга
- конского хвоста спинного мозга

Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:

- с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:

- динамическая
- вестибулярная
- статическая
- сенситивная

Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:

- теменной доли
- височной доли
- лобной доли
- затылочной доли

Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:

- компьютерную томографию
- компьютерную томографию с контрастированием
- магнитно-резонансную томографию
- позитронно-эмиссионную томографию

Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного:

- вирусами гриппа
- пневмококком

- вирусом паротита
- туберкулезной палочкой

Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- острое начало заболевания с повышением температуры
- острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- изменение спинномозговой жидкости
- синдром инфекционно-токсического шока

Содержание глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах:

- 1.2-2.2 ммоль/л
- 2.5-4.4 ммоль/л
- 3.6-5.2 ммоль/л
- 2.6-5.2 ммоль/л

Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков:

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

Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:

- повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию

Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет:

- ангиография
- компьютерная томография
- доплеросонография
- реоэнцефалография

Усиление пальцевых вдавлений на рентгенограммах черепа свидетельствует:

- об окклюзионной открытой гидроцефалии
- об окклюзионной закрытой гидроцефалии
- о внутричерепной гипотензии
- верно все перечисленное

Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является:

- инфекционный
- токсический

- сосудистый
- метаболический

Для невралгической амиотрофии Персонейджа - Тернера характерны:

- дистальный парез руки
- боль в области надплечья, атрофия мышц плеча
- корешковая гипестезия в зоне C5-C6
- диссоциированное расстройство чувствительности в кисти

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

- с 1-го дня заболевания
- с 3-го дня заболевания
- со 2-й недели заболевания
- с 3-й недели заболевания

Для нейропатии тройничного нерва характерны:

- снижение корнеального рефлекса
- нарушение вкуса на задней трети языка
- гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
- гипертрофия жевательной мускулатуры

Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются:

- парез разгибателей стопы
- гипестезия по внутренней поверхности голени
- выпадение ахиллова рефлекса
- все перечисленные

Острый некротический энцефалит вызывают вирусы:

- Коксаки
- простого герпеса
- кори
- паротита

Для острого клещевого энцефалита не характерны:

- заболевание в осенне-зимний период
- менингоэнцефалитический синдром
- вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
- лихорадка в начале заболевания

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

- палочкой Афанасьева - Пфейффера
- стафилококком
- пневмококком

- лептоспирами

Для церебрального цистицеркоза характерен плеоцитоз:

- нейтрофильный
- лимфоцитарно-базофильный
- лимфоцитарный
- лимфоцитарно-моноцитарный

Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено^

- вялыми параличами ног
- мозжечковой атаксией
- сенситивной атаксией
- снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов

Методом выбора инструментальной диагностики при подозрении на рассеянный склероз является:

- магнитно-резонансная томография
- мультиспиральная компьютерная томография
- рентгенография
- люмбальная пункция

Синдромом Аргайла-Робертсона называют:

- отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию
- отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции
- отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
- отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом

При боковом амиотрофическом склерозе поражаются все перечисленные образования, кроме:

- нейронов передних рогов серого вещества спинного мозга
- нейронов боковых рогов серого вещества спинного мозга
- ядер двигательных черепных нервов
- нейронов коры передней центральной извилины

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" допустимо применение лекарственных средств, зарегистрированных на территории Российской Федерации:

- калия хлорид, преднизолон, иммуноглобулин человека нормальный, прозерин, пиридостигмина бромид.

- ипидакрин, метилпреднизолон, магния сульфат, иммуноглобулин человека нормальный, прозерин.
- магния сульфат, ипидакрин, калия хлорид, преднизолон, иммуноглобулин человека нормальный, прозерин, пиридостигмина бромид.
- магния сульфат, ипидакрин, преднизолон, иммуноглобулин человека нормальный, прозерин, галантамин.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" целесообразно применение следующих методов лечения:

- Плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови, иммуносорбция.
- Лучевая терапия, иммуносорбция, ультрафиолетовое облучение крови.
- Плазмаферез.
- Лучевая терапия, плазмаферез, иммуносорбция.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" целесообразно применение лечебного питания:

- Вариант диеты с механическим и химическим щажением.
- Основной вариант стандартной диеты.
- Диетическая терапия при заболеваниях желез внутренней секреции.
- Диетическая терапия при заболеваниях нервной системы.

При лечении идиопатической невралгии лицевого нерва патогенетическая терапия включает:

- глюкокортикостероиды.
- антибактериальная терапия.
- блокаторы кальциевых каналов.
- ноотропные препараты.

В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять:

- гидрокортизон
- преднизолон
- дексаметазон
- кортизон

Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- анальгетиков
- спазмолитиков
- противосудорожных средств

- миорелаксантов

Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме:

- кортикостероидов
- дезоксирибонуклеазы
- трипсина
- аскорбиновой кислоты

При обострении рассеянного склероза предпочтительнее назначить:

- глюкокортикоидные препараты
- цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)
- стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)
- комплексное лечение указанными средствами

Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает:

- цефалексин
- клиндамицин
- рифампицин
- цефтриаксон

Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- ингибиторы МАО
- трициклические антидепрессанты
- нейролептики
- барбитураты

К "дневным" транквилизаторам относится:

- мидазолам (флормидал)
- нитразепам (эуноктин)
- диазепам (реланиум)
- тофизепам (грандаксин)

При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия:

- 5% раствора глюкозы
- 4% раствора бикарбоната натрия
- раствора поляризующей смеси
- 25% раствора MgSO<sub>4</sub>

Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:

- кортикостероиды
- противосудорожные препараты
- противопаркинсонические препараты

- все перечисленные препараты

Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения:

- акинезию, ригидность, оромандибулярную дискинезию
- хорею и атетоз
- гемибаллизм
- генерализованный тик

Холинергический криз снимается введением:

- ганглиоблокирующих средств
- мышечных релаксантов
- атропина
- адреналина

Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки:

- атропина
- прозерина
- ацетилхолина
- пилокарпина

Холинергический криз при передозировке антихолинэстеразными препаратами не сопровождается:

- мидриазом
- гиперсаливацией
- усилением перистальтики
- миофибрилляциями, тремором

Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае:

- молодого возраста больного
- продолжительности закупорки менее 3 часов
- отсутствия анурии
- артериального давления ниже 200/100 мм рт.ст.

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

- 45-69%
- 39-44%
- 35-38%
- 30-34%

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

- хлоралгидрат
- тиопентал
- фенобарбитал
- седуксен

При рецидивирующе-ремиттирующем течении рассеянного склероза в стадии ремиссии показано применение:

- препаратов изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС)
- плазмафереза
- глюкокортикоидов
- цитостатиков

Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов:

- аминалон
- фенибут
- баклофен
- пантогам

Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

- типом припадка
- формой эпилепсии
- частотой приступов
- особенностями ЭЭГ

Среди противосудорожных препаратов в меньшей степени угнетает корковые функции:

- карбамазепин
- фенобарбитал
- бензонал
- гексамидин

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 противосудорожных препаратов
- сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств

К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся:

- мидантан, вирегит

- наком, мадопар
- парлодел, лизурид
- юмекс, депренил

При лечении болезни Паркинсона ежедневная доза L-допа не должна превышать:

- 2 г
- 2.5 г
- 3 г
- 3.5 г

Лечение холинолитическими препаратами болезни Паркинсона противопоказано, если у больного:

- катаракта
- глаукома
- гипертоническая ретинопатия
- диабетическая ретинопатия

Для лечения гиперкинетической формы хореи Гентингтона применяют:

- дофасодержащие препараты
- нейролептики
- холинолитики
- агонисты дофамина

Препараты ботулотоксина могут применяться для лечения:

- торсионной дистонии
- болезни Паркинсона
- бокового амиотрофического склероза
- хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии

Для лечения болезни Вильсона-Коновалова применяется:

- D-пеницилламин (купренил)
- дофасодержащие средства (наком)
- агонисты дофамина (мидантан)
- блокаторы кальциевых каналов (нимотоп)

Какие из предложенных противосудорожных препаратов эффективны для лечения любых типов припадков:

- бензодиазепины, вальпроат
- фенобарбитал, ламотриджин
- фенитоин, этосуксимид
- ламотриджин, карбамазепин

Для лечения болевого синдрома при диабетической полинейропатии целесообразно использовать:

- карбамазепин, прегабалин
- фенобарбитал, ламотриджин
- купренил, нимотоп
- актовегин, церебролезин

Для лечения тяжелой деменции (сосудистой, альцгеймеровского типа) целесообразно использовать:

- мемантин
- церебролезин
- купренил
- актовегин

При большой интенсивности и значительной продолжительности мигренозных приступов, целесообразно назначить:

- триптаны
- наком
- комбинированные анальгетики
- актовегин

Основным методом лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения является:

- немедикаментозное (прием Epley)
- медикаментозное (беттагистин)
- хирургическое (эндолимфатическое шунтирование)
- хирургическое и медикаментозное

Для лечения контрактур мимической мускулатуры в восстановительном периоде идиопатической невралгии лицевого нерва целесообразно использовать:

- синусоидальные модулированные токи и ультразвук на область проекции верхне-шейных симпатических узлов
- массаж и электрофорез пораженной половины лица
- гальванические и импульсные токи на пораженную половину лица
- электростимуляция лицевого нерва и диадинамические токи

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1689н от 28 декабря 2011 г "Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы" проведение отбора пациентов и направление их в комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП осуществляется:

- врачебными комиссиями медицинских организаций, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, по рекомендации лечащего врача на основании выписки из медицинской документации пациента.
- лечащим врачом, по желанию пациента и на основании выписки из медицинской документации пациента.
- главным врачом лечебного учреждения, по рекомендации врачебной комиссии на основании выписки из медицинской документации пациента.
- врачебными комиссиями медицинских организаций, по желанию пациента на основании выписки из медицинской документации пациента.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1689н от 28 декабря 2011 г "Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы" врачебная комиссия должна принять решение о направлении или об отказе в направлении документов пациента в комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП в течение:

- 3 рабочих дней со дня получения выписки из медицинской документации пациента.
- 5 рабочих дней со дня получения выписки из медицинской документации пациента.
- 10 рабочих дней со дня получения выписки из медицинской документации пациента.
- 14 рабочих дней со дня получения выписки из медицинской документации пациента.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1689н от 28 декабря 2011 г "Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы" критерием принятия Врачебной комиссией решения о направлении документов пациента в комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП является:

- наличие медицинских показаний для оказания ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП.
- наличие достаточного количества финансовых средств в бюджете для оказания ВМП.
- наличие медицинских показаний для оказания ВМП и желание пациента.

- наличие достаточного количества финансовых средств в бюджете для оказания ВМП, соответствие с перечнем видов ВМП.

Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю "Неврология" регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1047н от 14 декабря 2012 г.
- № 316н от 13 апреля 2011 г.
- № 928н от 15 ноября 2012 г.
- № 926н от 15 ноября 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при эпилепсии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 316н от 13 апреля 2011 г.
- № 928н от 15 ноября 2012 г.
- № 926н от 15 ноября 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 316н от 13 апреля 2011 г.
- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 926н от 15 ноября 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при субарахноидальном кровоизлиянии (консервативное лечение) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1749н от 29 декабря 2012 г.
- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 926н от 15 ноября 2012 г.

Стандарт оказания специализированной помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 616н от 7 ноября 2012 г.
- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 1749н от 29 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1497н от 24 декабря 2012 г.

- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 1749н от 29 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при поражении межпозвонкового диска и других отделов позвоночника с радикулопатией (консервативное лечение) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1547н от 24 декабря 2012 г.
- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 1749н от 29 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при полиневропатии с системными поражениями соединительной ткани регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1541н от 24 декабря 2012 г.
- № 1749н от 29 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1749н от 29 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при остром рассеянном энцефаломиелите регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1537н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при мононевропатиях конечностей (консервативное лечение) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1744н от 29 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1740н от 29 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при дистониях регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1540н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при диабетической полиневропатии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1544н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при внутричерепных и внутрипозвоночных абсцессах регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1543н от 24 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при внутримозговом кровоизлиянии (консервативное лечение) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1692н от 29 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1556н от 24 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.

- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при болезни Альцгеймера регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1228н от 20 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания скорой медицинской помощи при инсульте регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1282н от 20 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при эссенциальном треморе регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1409н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1542н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе (диагностика) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1535н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при парциальной эпилепсии (фаза диагностики и подбора терапии) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.

- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1085н от 20 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при остром оптиконевромиелите (диагностика) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1533н от 24 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1551н от 24 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при мигрени (дифференциальная диагностика и купирование приступа) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1550н от 24 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при диабетической полиневропатии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1414н от 24 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1577н от 28 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при генерализованной эпилепсии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1439н от 24 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1577н от 28 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при генерализованной эпилепсии в фазе ремиссии регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1440н от 24 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1577н от 28 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни Паркинсона регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1574н от 28 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1577н от 28 декабря 2012 г.
- № 1534н от 24 декабря 2012 г.

Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1574н от 28 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1577н от 28 декабря 2012 г.
- № 1222н от 20 декабря 2012 г.

Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ:

- № 1574н от 28 декабря 2012 г.
- № 1404н от 24 декабря 2012 г.
- № 1577н от 28 декабря 2012 г.
- № 1538н от 24 декабря 2012 г.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в форме:

- экстренной, неотложной, плановой.
- немедленной, запланированной.
- экстренной, немедленной, отсроченной.
- экстренной, плановой.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" медицинская помощь неврологическим больным оказывается в следующих условиях:

- вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно.
- амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" первичная врачебная медико-санитарная помощь неврологическим больным в амбулаторных условиях осуществляется:

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики.
- Фельдшерами, врачами-терапевтами, врачами общей практики.
- врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами-неврологами.
- врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами-хирургами.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" первичная специализированная медико-санитарной помощи неврологическим больным в амбулаторных условиях осуществляется:

- Врачами-неврологами.
- врачами-терапевтами.
- врачами общей практики.
- врачами любой специальности.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской

помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" первичная медико-санитарная помощь неврологическим больным предусматривает:

- доврачебную, врачебную, специализированную.
- доврачебную, врачебную.
- врачебную, специализированную.
- доврачебную, врачебную, высокотехнологичную.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" специализированная медицинская помощь неврологическим больным оказывается врачами-неврологами в следующих условиях:

- в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, в дневном стационаре, стационарно.
- вне медицинской организации, амбулаторно, стационарно.
- амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" при выявлении признаков онкологического заболевания нервной системы проводится консультация:

- врача-нейрохирурга.
- врача-онколога.
- необходимость в дополнительных консультациях отсутствует.
- врача-нейрохирурга, врача-онколога.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" при поступлении больного в неврологическое отделение предварительный диагноз заболевания нервной системы должен быть установлен в течение:

- 1 суток с момента поступления.
- 2 суток с момента поступления.
- 3 суток с момента поступления.
- 4 суток с момента поступления.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" при поступлении больного в неврологическое отделение основной диагноз заболевания нервной системы должен быть установлен в течение:

- 3 суток с момента поступления.
- 2 суток с момента поступления.

- 4 суток с момента поступления.
- 5 суток с момента поступления.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы" специализированная медицинская помощь неврологическим больным включает в себя:

- профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.
- диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.
- профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.
- диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" специализированная медицинская помощь больным с ОНМК оказывается в медицинских организациях, в структуре которых организовано:

- неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
- реанимационное отделение.
- терапевтическое отделение.
- нейрохирургическое отделение.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" специализированная медицинская помощь больным с ОНМК включает в себя:

- диагностику, лечение ОНМК и иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, предотвращение развития повторных ОНМК, медицинскую реабилитацию.
- профилактику, диагностику, лечение ОНМК и иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.
- диагностику, лечение ОНМК, предотвращение развития повторных ОНМК, медицинскую реабилитацию.
- диагностику, лечение ОНМК и иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" время с момента поступления больного с признаками ОНМК до получения дежурным врачом-неврологом заключения КТ или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови должно составлять:

- не более 40 минут.
- не более часа.
- не менее 40 минут.
- не более 30 минут.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" при подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания направляются:

- в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии специализированного неврологического отделения.
- в отделение терапии.
- в неврологическое отделение.
- в любое отделение.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" время с момента поступления больного с ОНМК в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение должно составлять:

- не более 60 минут.

- не более 40 минут.
- не менее 40 минут.
- не более 30 минут.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" больным, у которых по заключению КТ или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок:

- не позднее 60 минут с момента получения результатов.
- не позднее 24 часов с момента получения результатов.
- не позднее 6 часов с момента получения результатов.
- не позднее 40 минут с момента получения результатов.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии определяется тяжестью состояния больного, но не может быть:

- менее 24 часов.
- более 6 суток.
- менее 12 часов.
- менее 3 суток.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся оценка неврологического статуса:

- не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще.
- не реже чем 1 раз в 6 часа, при необходимости чаще.
- не реже чем 1 раз в сутки, при необходимости чаще.
- не реже чем 3 раза в сутки, при необходимости чаще.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" в случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, больного по решению консилиума врачей необходимо перевести в:

- отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации.
- хоспис.

- в другое лечебное учреждение с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
- нет необходимости осуществлять перевод.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 декабря 2012 г. № 1047н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "неврология"" медицинская помощь детям оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 931н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нейрохирургия"" медицинская помощь нейрохирургическим больным оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи.
- скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи.
- первичной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.
- первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении,

осложненной кризом" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1538н от 24 декабря 2012 г "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 14 дней.
- 21 день.
- 30 дней.
- 10 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1749н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при субарахноидальном кровоизлиянии (консервативное лечение)" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 30 дней.
- 21 день.
- 14 дней.
- 10 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1537н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 30 день.
- 14 дней.
- 10 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1409н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром рассеянном энцефаломиелите" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1409н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром рассеянном энцефаломиелите" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1547н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражении межпозвонкового диска и других отделов позвоночника с радикулопатией (консервативное лечение)" специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1540н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дистониях" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 30 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1540н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дистониях" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 616н от 7 ноября 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 10 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 616н от 7 ноября 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1541н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при эпилепсии" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1744н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при мононевропатиях конечностей (консервативное лечение)" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 10 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1085н от 20 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме)" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 10 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1085н от 20 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме)" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1551н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)" медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1542н от 24 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии" медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1740н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга" специализированная медицинская помощь оказывается в форме:

- неотложной.
- плановой.
- немедленной.
- экстренной.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1740н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга" средние сроки стационарного лечения составляют:

- 21 день.
- 30 дней.
- 14 дней.
- 60 дней.

Согласно приложению к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 1740н от 29 декабря 2012 года "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга"

специализированная медицинская помощь должна быть оказана в условиях:

- стационарно.
- амбулаторно.
- на дому.
- амбулаторно или на дому.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся в срок:

- не позднее 3 суток с момента развития ОНМК.
- не позднее 10 суток с момента развития ОНМК.
- не позднее 6 суток с момента развития ОНМК.
- не позднее 2 суток с момента развития ОНМК.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК включают:

- медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения.
- медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) и реабилитационные методы лечения.
- медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.
- хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения.

В группы риска, подлежащие профилактической иммунизации против клещевого энцефалита не входят:

- лица переболевшие клещевым энцефалитом
- туристы, охотники
- работники лесных хозяйств
- владельцы садово-огородных участков

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.3.2352-08 утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 19 от 7 марта 2008 г. (с изменениями и дополнениями) экстренная профилактика клещевого энцефалита, проводимая после укуса клеща должна включать:

- введение человеческого иммуноглобулина против вируса клещевого энцефалита не позднее 4 дня после присасывания клеща

- прием антибиотиков в течение 7-10 дней
- прием йодантипирна по схеме
- введение инактивированной вакцины против вируса клещевого энцефалита

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.3.2352-08 утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 19 от 7 марта 2008 г. (с изменениями и дополнениями) к мероприятиям неспецифической профилактики клещевого вирусного энцефалита не относится:

- ограничение посещения эндемичных регионов населением
- индивидуальная (личная) защита людей (включая самоосмотры, ношение специальной одежды, применение специальных химических средств индивидуальной защиты)
- уничтожение клещей (противоклещевые мероприятия) в природных биотопах с помощью акарицидных средств
- истребление мышевидных грызунов (дератизационные мероприятия)

К мероприятиям, направленным на профилактику развития эпилептических приступов у больных эпилепсией лиц не относится:

- употребление крепкого кофе и чая
- исключение употребления алкоголя
- соблюдение режима труда и отдыха
- молочно-растительная диета

Для профилактики патологического вазоспазма церебральных сосудов при субарахноидальном кровоизлиянии показано назначение:

- блокаторы кальциевых каналов (нимотоп)
- $\beta$ -адреноблокаторы (обзидан)
- дофасодержащие средства (наком)
- агонисты дофамина (мидантан)

Согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача РФ № 107 от 28 июля 2011 г. "Об утверждении СП 3.1.2951-11 "Профилактика полиомиелита" основной мерой плановой профилактики полиомиелита является:

- иммунизация в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок
- ограничение посещения стран с сохраняющейся высокой заболеваемостью полиомиелитом
- соблюдение правил личной гигиены
- иммунизация контактных лиц в эпидемическом очаге, где выявлен больной полиомиелитом

Для профилактики гипостатической пневмонии у тяжелых неврологических больных не требующих респираторной поддержки целесообразно проведение:

- перкуторного массажа грудной клетки
- антибиотико-профилактики
- ежедневной санации трахео-бронхиального дерева
- ионизации воздуха

К мерам профилактики возникновения пролежней у тяжелых неврологических больных не относится:

- антибиотико-профилактика
- использование противопролежневого матраса
- частое изменение положения тела больного
- хорошее питание

К мерам профилактики развития уроинфекции у тяжелых неврологических больных с нарушением функции тазовых органов (задержка мочеиспускания) не относится:

- применение миорелаксантов
- периодическая катетеризация мочевого пузыря
- промывание мочевого пузыря фурациллином с добавлением диоксида и уросептиков
- применение приливно-отливного дренажа (система Монро)

К мерам профилактики острого лимфоцитарного хореоменингита относится:

- борьба с грызунами в жилых и производственных помещениях
- плановая иммунизация
- антибиотико-профилактика
- соблюдение правил личной гигиены

Для профилактики судорожных припадков при абстинентном синдроме целесообразно использовать:

- дифенин, карбамазепин
- пикамилон, пирацетам
- наком, мидантан
- феназепам, тизерцин

К мерам, направленным на профилактику развития контрактур у больных перенесших ишемический инсульт, не относится:

- использование противопролежневого матраса
- лечение положением
- лечебная физкультура
- медицинский массаж

К мерам, направленным на профилактику развития контрактур у больных острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатией, не относится:

- использование противопролежневого матраса
- лечение положением
- лечебная физкультура (пассивные движения)
- медицинский массаж

Основной мерой профилактики развития алкогольной полинейропатии является:

- полный отказ от алкоголя
- применение высоких доз витаминов группы В
- лечебная физкультура
- применение препаратов тиоктовой кислоты

Для профилактики отека головного мозга при тяжелой черепно-мозговой целесообразно применять:

- гидрокортизон
- преднизолон
- дексаметазон
- кортизон

К мерам профилактики развития диабетической полинейропатии у больных сахарным диабетом не относится:

- применение карбамазепина
- применение препаратов тиоктовой кислоты
- применение витаминов группы В
- поддержание оптимальной компенсации диабета

К мерам профилактики тромбоэмболий у тяжелых пациентов перенесших ишемический инсульт не относится:

- использование противопролежневого матраса
- интермиттирующая пневматическая компрессия нижних конечностей
- градуированные эластичные чулки
- назначение низких доз нефракционированного гепарина

К мерам профилактики развития детского церебрального паралича относятся:

- отказ от вредных привычек будущей матери, исключение родовых травм
- раннее присаживание ребенка
- ранний отказ от кормления грудью
- исключение перегреваний и переохлаждений ребенка

Согласно рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) для профилактики тяжелой и хронической мигрени могут быть использованы:

- бета-блокаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты

- нейролептики, бета-блокаторы, нестероидные противовоспалительные препараты
- анксиолитики, антиконвульсанты, нестероидные противовоспалительные препараты
- анксиолитики, нейролептики, бета-блокаторы

С целью профилактики приступов, пациенты с мигренью должны придерживаться диеты:

- избегать продуктов содержащих тирамин
- избегать продуктов содержащих фенилаланин
- избегать продуктов содержащих тиразин
- избегать продуктов содержащих аспартам

Препараты ботулотоксина могут применяться для лечения и профилактики:

- мигрени
- болезни Паркинсона
- бокового амиотрофического склероза
- хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии

Наиболее эффективным методом профилактики боли в спине при вертеброгенных дорсопатиях является:

- лечебная физкультура
- физиолечение
- бальнеотерапия
- рефлексотерапия

Наиболее эффективным методом профилактики и лечения цервикалгии является:

- лечебная физкультура
- физиолечение
- бальнеотерапия
- рефлексотерапия

Наиболее эффективным методом профилактики и лечения люмбалгии является:

- лечебная физкультура
- физиолечение
- бальнеотерапия
- рефлексотерапия

Для профилактики и лечения контрактур мимической мускулатуры в восстановительном периоде идиопатической невропатии лицевого нерва целесообразно использовать физиолечение:

- синусоидальные модулированные токи и ультразвук на область проекции верхне-шейных симпатических узлов

- массаж и электрофорез пораженной половины лица
- гальванические и импульсные токи на пораженную половину лица
- электростимуляция лицевого нерва и диадинамические токи

Вторичная профилактика церебро-васкулярной болезни (предотвращение развития инсульта) у лиц, перенесших транзиторную ишемическую атаку или ишемический инсульт, направлена на:

- устранение или ослабление корригируемых факторов риска ишемического инсульта
- восстановление утраченных неврологических функций
- сохранение когнитивных функций
- коррекцию эмоционально-аффективных расстройств

Для профилактики мигрени не применяются:

- нестероидные противовоспалительные препараты
- бета-блокаторы
- антидепрессанты
- антиконвульсанты

При болезни Паркинсона для профилактики возникновения моторных флюктуаций целесообразно:

- применение лекарственных форм леводопы с замедленным высвобождением
- применение галоперидола
- интенсифицировать занятия лечебной физкультурой
- отменить агонисты дофаминергических рецепторов

Наиболее эффективным методом профилактики и лечения люмбаишалгии является:

- лечебная физкультура
- физиолечение
- бальнеотерапия
- рефлексотерапия

Наиболее эффективным методом профилактики и лечения цервикобрахиалгии является:

- лечебная физкультура
- физиолечение
- бальнеотерапия
- рефлексотерапия

К модифицируемым факторам риска развития цереброваскулярной болезни относится:

- высокое артериальное давление
- возраст
- пол

- национальность

К немодифицируемым факторам риска развития цереброваскулярной болезни относится:

- наследственность
- атеросклероз
- сахарный диабет
- высокое артериальное давление

К немодифицируемым факторам риска развития цереброваскулярной болезни не относится:

- сахарный диабет
- возраст
- пол
- наследственность

К модифицируемым факторам риска развития цереброваскулярной болезни не относится:

- возраст
- атеросклероз
- сахарный диабет
- высокое артериальное давление

К оперативным методам вторичной профилактики церебро-васкулярной болезни (предотвращение развития инсульта) у лиц, перенесших транзиторную ишемическую атаку или ишемический инсульт, относится:

- каротидная эндартерэктомия
- декомпрессионная краниотомия
- аортокоронарное шунтирование
- постановка инсулиновой помпы

Каротидная эндартерэктомия как оперативный метод вторичной профилактики церебро-васкулярной болезни (предотвращение развития инсульта) у лиц, перенесших транзиторную ишемическую атаку или ишемический инсульт, показана:

- при стенозе внутренней сонной артерии до 70-99%
- при стенозе внутренней сонной артерии до 60-70%
- при стенозе внутренней сонной артерии более 50%
- при стенозе внутренней сонной артерии более 30%

Для профилактики когнитивных расстройств при церебро-васкулярной болезни помимо лекарственной терапии:

- необходима адекватная интеллектуальная нагрузка головного мозга
- уменьшение потребления холестерина до 300 мг в сутки
- соблюдение диеты богатой продуктами содержащими пектин

- исключение из рациона морепродуктов

Для профилактики возникновения очагов вторичной ишемии при субарахноидальном кровоизлиянии показано назначение:

- блокаторы кальциевых каналов (нимотоп)
- b-адреноблокаторы (обзидан)
- дофасодержащие средства (наком)
- агонисты дофамина (мидантан)

В целях профилактики возникновения постпункционного синдрома после проведения люмбальной пункции целесообразно:

- соблюдение постельного режима в течение суток
- назначение b-адреноблокаторов
- уменьшить объем вводимой жидкости
- назначение седативных препаратов

Для профилактики головной боли напряжения рекомендуется:

- занятия лечебной физкультурой
- соблюдение высокобелковой диеты
- ношение воротника Шанца
- постоянный прием b-адреноблокаторов

Основной мерой профилактики развития алкогольной энцефалопатии является:

- полный отказ от алкоголя
- применение высоких доз витаминов группы В
- лечебная физкультура
- применение препаратов тиоктовой кислоты

К мерам направленным на профилактику развития сосудистых поражений нервной системы не относится:

- отказ от продуктов животного происхождения
- нормализация артериального давления
- отказ от курения
- отказ от злоупотребления алкоголя

Показанием к профилактическому лечению мигрени не является:

- мигрень с аурой
- большая частота приступов (3 и более в течение месяца)
- продолжительные приступы (3 и более суток)
- гемиплегическая мигрень

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 928н г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения"

комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, следует начинать:

- с первых суток пребывания в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии.
- не позднее 10 суток с момента развития ОНМК.
- не ранее 6 суток с момента развития ОНМК.
- не позднее 2 суток с момента развития ОНМК.

Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:

- нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
- резкая болезненность суставов
- нарушение функции тазовых органов
- сердечная недостаточность II-III ст.

Способность нервной ткани к структурно-функциональной перестройке, наступающей после ее повреждения в результате болезни или травмы называется:

- нейропластичность
- эквипотенциальность
- нейрореабилитация
- локализационный психоморфологизм

Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма, — это:

- реформация
- реабилитация
- транслокация
- трансплантация

Процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма:

- социальная реабилитация
- социальная защита
- социальная поддержка
- социальная помощь

Приспособление к условиям жизни на новом функциональном уровне с использованием резервных, компенсаторных способностей:

- ресоциализация
- реадаптация
- реабилитация

- реконвалесценция

Комплекс оптимальных для индивида реабилитационных мер, предусматривающий конкретные формы, способы, средства, сроки, направленные на восстановление и компенсацию нарушенных функций:

- реабилитационные услуги
- групповая программа реабилитации
- индивидуальная программа реабилитации
- программа реабилитации

В остром периоде инсульта основными задачами реабилитации являются:

- Ранняя активизация, предупреждение развития патологических состояний и осложнений, восстановление произвольных движений
- Обеспечение функционального покоя, предупреждение развития патологических состояний и осложнений
- Предупреждение развития патологических состояний и осложнений, седация, гипокинезия
- Обеспечение функционального покоя, восстановление произвольных движений, предупреждение развития патологических состояний и осложнений

К факторам, определяющим начало активизации больных после инсульта, относят:

- Начало обратного развития деструктивных изменений, стабилизация гемодинамических показателей, достаточный уровень бодрствования
- Стабилизация гемодинамических показателей, достаточный уровень бодрствования, комплаентность пациента
- Комплаентность пациента, отсутствие угрожающих жизни осложнений
- Тяжесть неврологического дефицита, комплаентность пациента, стабилизация гемодинамических показателей

В остром периоде инсульта могут использоваться следующие методы реабилитации:

- лечение положением, пассивная и активная лечебная гимнастика, избирательный массаж, нервно-мышечная электростимуляция, обучение навыкам самообслуживания и ходьбе
- Функциональный покой, пассивная лечебная гимнастика, избирательный массаж, нервно-мышечная электростимуляция
- Психологическая поддержка, пассивная и активная лечебная гимнастика, нервно-мышечная электростимуляция, обучение навыкам самообслуживания
- Психологическая поддержка, функциональный покой, пассивная лечебная гимнастика, избирательный массаж, нервно-мышечная электростимуляция

При реабилитации после инсульта для подавления патологических синкинезий, таких как сгибание руки в локтевом суставе при одновременном сгибании бедра и голени, используются (в зависимости от тяжести пареза):

- сознательное подавление синкинезий, ортопедическая фиксация, специальные противосодружественные пассивные и активно-пассивные упражнения
- миорелаксанты, ортопедическая фиксация
- препараты ботулотоксина, ортопедическая фиксация, сознательное подавление синкинезий
- психотерапия, миорелаксанты, сознательное подавление синкинезий, ортопедическая фиксация

При реабилитации после инсульта для тренировки устойчивости в вертикальной позе применяют:

- различные виды баланс-терапии
- иглорефлексотерапию
- кинезиотерапию
- лечебную физкультуру

Противопоказаниями активной двигательной реабилитации после инсульта являются:

- выраженная соматическая отягощенность, психические нарушения
- возраст, выраженная соматическая отягощенность
- выраженная соматическая отягощенность, возраст, тяжелая депрессия
- психические нарушения, возраст

После легкой ЧМТ реабилитационные мероприятия должны включать:

- реабилитация не требуется
- ЛФК, баланс-терапия, психотерапия
- ЛФК, нервно-мышечная электростимуляция
- ЛФК, психотерапия

Основные задачи реабилитации в остром периоде среднетяжелой и тяжелой ЧМТ:

- создание максимально благоприятных условий для течения восстановительно-компенсаторных процессов в головном мозге, профилактика и лечение осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, профилактика пролежней и контрактур паретичных конечностей
- Профилактика и лечение осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, профилактика пролежней
- Ранняя активизация, предупреждение развития патологических состояний и осложнений, профилактика пролежней и контрактур паретичных конечностей

- Ранняя активизация, профилактика и лечение осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, профилактика пролежней

К реабилитационным мероприятиям после тяжелой ЧМТ, направленным на выход больного из комы относятся:

- Психостимулотерапия
- Ранняя активизация
- Кинезиотерапия
- Иглорефлексотерапия

Психостимулотерапия как комплекс специальных непосредственных воздействий на пострадавших с ЧМТ, выходящих из коматозного состояния и обнаруживающих грубые дефекты различных психических процессов включает в себя:

- приемы сенсорной стимуляции, познавательную и поведенческую терапию
- ЛФК, психотерапию
- ЛФК, нервно-мышечная электростимуляцию, психотерапию
- приемы сенсорной стимуляции, нервно-мышечная электростимуляцию

Больным, перенесшим тяжелую закрытую ЧМТ показано санаторно-курортное лечение в местных неврологических санаториях и на бальнеологических курортах в сроки:

- через 4 месяца после травмы
- через 3 месяца после травмы
- через 5 месяцев после травмы
- через 6 месяцев после травмы

Больным, перенесшим тяжелую открытую ЧМТ показано санаторно-курортное лечение в местных неврологических санаториях и на бальнеологических курортах в сроки:

- через 6 месяцев после травмы
- через 3 месяца после травмы
- через 5 месяцев после травмы
- через 4 месяцев после травмы

Относительными противопоказаниями для санаторно-курортного лечения больных после тяжелых ЧМТ являются:

- наличие эпилепсии, психические нарушения, резко выраженная ликворная гипертензия
- возраст, выраженная соматическая отягощенность
- выраженная соматическая отягощенность, психические нарушения, резко выраженная ликворная гипертензия
- тяжелая депрессия, выраженная соматическая отягощенность, наличие эпилепсии

Общими задачами физической реабилитации больных с болезнью Паркинсона являются:

- Предупреждение и/или уменьшение темпа нарастания патологической симптоматики, приспособление больных к имеющимся функциональным нарушениям
- Обеспечение функционального покоя, предупреждение развития патологических состояний и осложнений
- Обеспечение функционального покоя, приспособление больных к имеющимся функциональным нарушениям
- Предупреждение и/или уменьшение темпа нарастания патологической симптоматики и развития патологических состояний и осложнений

В комплексной терапии больных паркинсонизмом применяются средства и формы физической реабилитации:

- лечебная гимнастика, физиотерапия, лечебный массаж, биоуправление по статокинезограмме, музыкотерапия
- ЛФК, баланс-терапия, психотерапия, нервно-мышечная электростимуляция
- баланс-терапия, психотерапия, нервно-мышечная электростимуляция, физиотерапия, лечебный массаж, биоуправление по статокинезограмме
- ЛФК, биоуправление по статокинезограмме, музыкотерапия, психотерапия, физиотерапия, лечебный массаж, нервно-мышечная электростимуляция

При реабилитации больных рассеянным склерозом со спастическими парезами применяются методы:

- лечебная гимнастика, нервно-мышечная электростимуляция, тренинг с помощью биологической обратной связи, лечебная гимнастика в бассейне, ортезотерапия
- психостимулотерапия, тренинг с помощью биологической обратной связи, лечебная гимнастика в бассейне, ортезотерапия
- баланс-терапия, лечебная гимнастика, нервно-мышечная электростимуляция, лечебная гимнастика в бассейне, ортезотерапия
- электросон, психостимулотерапия, лечебная гимнастика, тренинг с помощью биологической обратной связи

Основные задачи реабилитации больных с вертеброгенными и миофасциальными болевыми синдромами в острой стадии:

- снятие боли, снятие мышечного спазма, разгрузка позвоночника, нормализация эмоционального состояния
- обеспечение функционального покоя, эффективное снятие боли, предупреждение развития патологических состояний и осложнений
- нормализация эмоционального состояния, разгрузка позвоночника, эффективное снятие боли
- обеспечение функционального покоя, нормализация эмоционального состояния, предупреждение развития патологических состояний и осложнений

Реабилитационные мероприятия у больных с рефлекторными вегетативно-болевыми синдромами (синдром «плечо-кисть» Стейнброкера) должны включать:

- медикаментозная терапия, местное применение раздражающих мазей, лечебная гимнастика, физиотерапия
- электросон, психостимулотерапия, лечебная гимнастика
- лечебная гимнастика, нервно-мышечная электростимуляция, ортезотерапия
- медикаментозная терапия, электросон, ортезотерапия, местное применение раздражающих мазей, нервно-мышечная электростимуляция

Реабилитационные мероприятия у больных с острой воспалительной демиелинизирующей полинейропатией направлены на:

- предупреждение осложнений связанных с обездвиженностью больных, тренировка ортостатической функции, обучение стоянию и ходьбе
- снятие боли, снятие мышечного спазма, тренировка ортостатической функции, обучение стоянию и ходьбе
- нормализация эмоционального состояния, разгрузка позвоночника, снятие боли, тренировка ортостатической функции
- предупреждение осложнений связанных с обездвиженностью больных, нормализация эмоционального состояния, снятие боли, тренировка ортостатической функции

Основными направлениями в реабилитации больных с туннельными синдромами является:

- физиотерапия, ЛФК
- лечебный массаж, ЛФК
- физиотерапия, лечебный массаж
- психостимулотерапия, лечебный массаж

В остром периоде (первые дни) идиопатической невралгии лицевого нерва целесообразны реабилитационные мероприятия:

- лечение положением с использованием лейкопластыря, пассивная лечебная гимнастика (с воздействием на двигательные точки мимической мускулатуры)
- активная лечебная гимнастика, прогревание
- электростимуляция лицевого нерва, активная лечебная гимнастика
- электростимуляция лицевого нерва, лечение положением с использованием лейкопластыря

При идиопатической невралгии лицевого нерва применение электростимуляции лицевого нерва целесообразно:

- через 3-6 недель от начала заболевания
- с первой недели заболевания
- через 2-4 недели от начала заболевания

- не ранее чем через 2 месяца от начала заболевания

При идиопатической невропатии лицевого нерва проведение массажа и электрофореза на пораженную половину лица противопоказано при:

- наличии контрактуры мимических мышц
- низкой электровозбудимости мимических мышц
- наличии болей в области лица
- наличии лагофтальма

В рамках реабилитационных мероприятий при идиопатической невропатии лицевого нерва лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры должны проводиться:

- лечебная физкультура проводится до физиотерапевтических процедур
- физиотерапевтические процедуры проводятся до лечебной физкультуры
- лечебную физкультуру нельзя проводить в один день с физиотерапевтическими процедурами
- в любой последовательности

К основным методам двигательной реабилитации больных со спастическими парезами относятся:

- лечебная гимнастика, ортезотерапия, массаж, нервно-мышечная электростимуляция, тренинг с помощью биологической обратной связи, физиотерапия
- лечебная гимнастика, нервно-мышечная электростимуляция, психостимулотерапия, тренинг с помощью биологической обратной связи, физиотерапия
- ортезотерапия, массаж, нервно-мышечная электростимуляция, баланс-терапия, психостимулотерапия
- ортезотерапия, массаж, тренинг с помощью биологической обратной связи, баланс-терапия

Метод восстановительного лечения, в основе которого лежит электрическая стимуляция нервов и мышц, осуществляемая посредством передачи тока с заданными характеристиками от миостимулятора к телу человека через электроды называется:

- нервно-мышечная электростимуляция
- психостимулотерапия
- баланс-терапия
- тренинг с помощью биологической обратной связи

Комплекс специальных непосредственных воздействий на пострадавших с ЧМТ, выходящих из коматозного состояния обнаруживающих грубые дефекты различных психических процессов называется:

- психостимулотерапия
- тренинг с помощью биологической обратной связи

- нервно-мышечная электростимуляция
- лечебная физкультура

Реабилитационные мероприятия направленные на двигательное обучение произвольному контролю вертикальной позы с использованием биологической обратной связи называется:

- нервно-мышечная электростимуляция
- психостимулотерапия
- баланс-терапия
- тренинг с помощью биологической обратной связи

Комплекс строго дозированных физических упражнений на фоне правильного поставленного дыхания используемый с лечебно-профилактическими целями называется:

- психостимулотерапия
- тренинг с помощью биологической обратной связи
- нервно-мышечная электростимуляция
- лечебная физкультура

Метод реабилитации основанный на разнообразных способах воздействия через кожные, кожно-мышечные и нервные образования различными по силе, характеру и продолжительности раздражениями, наносимыми в определенные рефлексогенные микрзоны (точки акупунктуры) с лечебной целью называется:

- психостимулотерапия
- массаж
- нервно-мышечная электростимуляция
- рефлексотерапия

Совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы в виде растирания, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека как руками, так и специальными аппаратами с целью достижения лечебного эффекта называется:

- психостимулотерапия
- массаж
- нервно-мышечная электростимуляция
- рефлексотерапия

Лечебно-реабилитационный метод, основанный на применении постоянного, низкочастотного переменного или импульсного магнитных полей называется:

- психостимулотерапия
- магнитотерапия
- нервно-мышечная электростимуляция

- рефлексотерапия

Лечебная гимнастика при периферических парезах направлена на:

- усиление мышечной силы, увеличение объема активных движений, предупреждение развития мышечных и суставных контрактур, обучение новым двигательным навыкам и компенсацию движений при дефицитарных состояниях
- усиление мышечной силы, увеличение объема активных движений, снижение тонуса, обучение новым двигательным навыкам и компенсацию движений при дефицитарных состояниях
- усиление мышечной силы, увеличение объема активных движений, предупреждение развития мышечных и суставных контрактур, устранение болевого синдрома и патологических синкинезий
- увеличение объема активных движений, предупреждение развития мышечных и суставных контрактур, снижение тонуса, обучение новым двигательным навыкам и компенсацию движений при дефицитарных состояниях

Реабилитационный метод основанный на применении ортезов с целью корректировки и устранения развивающихся деформаций, создания условий для устранения тугоподвижности смежных суставов называется:

- ортезотерапия
- магнитотерапия
- нервно-мышечная электростимуляция
- рефлексотерапия

Основным методом реабилитации больных с нарушением ходьбы является:

- лечебная гимнастика
- массаж
- нервно-мышечная электростимуляция
- рефлексотерапия

Совокупность методов лечения и реабилитации различных заболеваний с помощью физиологического и лечебного действия природных и искусственно создаваемых физических факторов на организм человека называется:

- физиотерапия
- психостимулотерапия
- нервно-мышечная электростимуляция
- рефлексотерапия

К задачам нейрореабилитации не относится:

- определение степени утраты трудоспособности и определение группы инвалидности

- восстановление нарушенных функций нервной системы и социальная реадаптация больных
- профилактика осложнений, возникающих в остром и восстановительном периодах заболеваний нервной системы
- профилактика рецидивов заболеваний нервной системы

Методика мягкой мануальной терапии, в основе которой лежит сочетание кратковременного (5-10сек.) напряжения мышц минимальной интенсивности и последующего пассивного растяжения мышц (также 5-10 сек.) с уменьшения патологического напряжения мышц и их болезненности называется:

- постизометрическая релаксация
- психостимулотерапия
- медицинский массаж
- рефлексотерапия

Санаторно-курортное лечение показано больным миастенией в период:

- стойкой и длительной компенсации
- миастенического криза
- холинергического криза
- весенне-летний

Лечебно-реабилитационный метод, основанный на специальной системе организации питания и использования пищевых продуктов в лечебных целях называется:

- диетотерапия
- рефлексотерапия
- апитерапия
- иппотерапия

Лечебно-реабилитационный метод, основанный на применении наружного воздействия минеральных вод на организм больного называется:

- бальнеотерапия
- рефлексотерапия
- апитерапия
- иппотерапия

Противопоказанием для санаторно-курортного лечения при заболеваниях нервной системы не является:

- центральный постинсультный болевой синдром
- боковой амиотрофический склероз (выраженные клинические признаки)
- болезни нервной системы в остром периоде заболевания
- наркотическая зависимость

Заключение об инвалидности с детства после травмы спинного мозга выдается:

- только детям школьного возраста
- в зависимости от характера остаточных явлений
- только при наличии тетрапареза
- только в раннем возрасте

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) экспертиза временной нетрудоспособности при неврологических заболеваниях с выдачей листка нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней осуществляется:

- лечащим врачом единолично
- в зависимости от заболевания лечащим врачом или врачебной комиссией
- врачебной комиссией назначаемой руководителем медицинской организации
- органами медико-социальной экспертизы

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе неврологического заболевания пациент должен быть направлен для прохождения медико-социальной экспертизы в сроки:

- не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности
- не ранее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности
- не позднее шести месяцев с даты начала временной нетрудоспособности
- не позднее трех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе неврологического заболевания в случае отказа пациента от прохождения медико-социальной экспертизы:

- листок нетрудоспособности закрывается
- листок нетрудоспособности продляется решением врачебной комиссии
- назначается принудительная медико-социальная экспертиза
- листок нетрудоспособности выдается бессрочно

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при оформлении листка нетрудоспособности в целях соблюдения врачебной тайны в качестве причины временной нетрудоспособности не может быть указано:

- диагноз заболевания
- заболевание

- травма
- иная причина

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при оформлении листка нетрудоспособности в листок нетрудоспособности могут вноситься сведения о диагнозе заболевания:

- по письменному заявлению гражданина
- по решению лечащего врача
- по решению врачебной комиссии назначаемой руководителем медицинской организации
- не могут вноситься ни при каких обстоятельствах

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности устанавливается:

- уполномоченным федеральным органом исполнительной власти
- руководителем медицинской организации
- врачебной комиссией назначаемой руководителем медицинской организации
- лечащим врачом единолично

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) в целях оценки обоснованности расходования средств обязательного социального страхования осуществлять проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности вправе:

- фонд социального страхования Российской Федерации
- руководитель медицинской организации
- врачебная комиссия назначаемая руководителем медицинской организации
- уполномоченный федеральный орган исполнительной власти

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями), экспертиза, проводимая федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию называется:

- медико-социальная экспертиза
- военно-врачебная экспертиза
- экспертиза временной нетрудоспособности
- судебно-медицинская экспертизы

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) медико-социальная экспертиза проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основании:

- оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма
- заявления гражданина
- заявления гражданина и оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных расстройством функций организма
- заявления гражданина и заключения врачебной комиссии назначенной руководителем медицинской организации

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями), экспертиза, проводимая в целях определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ называется:

- экспертиза профессиональной пригодности
- медико-социальная экспертиза
- экспертиза временной нетрудоспособности
- судебно-медицинская экспертизы

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) порядок проведения экспертизы профессиональной пригодности, форму медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ устанавливает:

- фонд социального страхования Российской Федерации
- руководитель медицинской организации
- врачебная комиссия назначаемая руководителем медицинской организации
- уполномоченный федеральный орган исполнительной власти

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) экспертиза связи заболевания с профессией проводится в целях:

- оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма
- установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью
- определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека
- определения годности к военной службе

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) порядок проведения экспертизы связи заболевания с профессией и форму медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания устанавливает:

- фонд социального страхования Российской Федерации
- руководитель медицинской организации
- врачебная комиссия, назначаемая руководителем медицинской организации
- уполномоченный федеральный орган исполнительной власти

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями), экспертиза, проводимая в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата называется:

- экспертиза профессиональной пригодности
- медико-социальная экспертиза
- экспертиза качества медицинской помощи
- судебно-медицинская экспертизы

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий называется:

- экспертиза профессиональной пригодности
- медико-социальная экспертиза
- медицинское освидетельствование
- судебно-медицинская экспертизы

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) медицинское освидетельствование проводится в медицинских организациях в порядке, установленном:

- фондом социального страхования Российской Федерации
- руководителем медицинской организации
- врачебной комиссией, назначенной руководителем медицинской организации
- уполномоченным федеральным органом исполнительной власти

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) условием признания гражданина инвалидом не является:

- письменное заявление гражданина
- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
- ограничение жизнедеятельности
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) инвалидность I группы устанавливается на срок:

- 2 года
- 3 года
- 1 год
- 4 года

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) инвалидность II группы устанавливается на срок:

- 2 года
- 3 года
- 1 год
- 4 года

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) инвалидность III группы устанавливается на срок:

- 2 года
- 3 года
- 1 год
- 4 года

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) в случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается:

- день поступления в бюро заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы
- день подписания акта медико-социальной экспертизы
- день начала заболевания
- 1-ое число месяца, следующего за месяцем подписания акта медико-социальной экспертизы

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) гражданин не может быть направлен на медико-социальную экспертизу:

- организацией, в которой он трудоустроен
- организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы
- органом, осуществляющим пенсионное обеспечение
- органом социальной защиты населения

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) в случае признания гражданина инвалидом инвалидность устанавливается на определенный срок, который истекает:

- 1-го числа месяца, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования)
- последнего числа месяца, предшествующего месяцу, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования)
- последнего числа месяца, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования)
- 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной медико-социальной экспертизы гражданина (переосвидетельствования)

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом должно приниматься:

- простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы
- абсолютным большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы
- единогласным решением специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы
- руководителем бюро на основании мнений специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения результатов его медико-социальной экспертизы

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и

дополнениями) в большинстве случаев медико-социальная экспертиза гражданина проводится:

- в бюро медико-социальной экспертизы по месту жительства
- в главном бюро медико-социальной экспертизы
- в Федеральном бюро медико-социальной экспертизы
- на дому

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) по результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется:

- акт, который подписывается руководителем соответствующего бюро и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью
- протокол, который подписывается руководителем соответствующего бюро и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью
- заключение, которое подписывается руководителем соответствующего бюро и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью
- справка, которая подписывается руководителем соответствующего бюро и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) срок хранения акта медико-социальной экспертизы гражданина составляет:

- 10 лет
- 5 лет
- 3 года
- 15 лет

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) гражданину, признанному инвалидом, выдаются:

- справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации
- акт, подтверждающий факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации
- протокол, подтверждающий факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации
- заключение, подтверждающее факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина,

признанного инвалидом, направляется соответствующим бюро в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение:

- в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом
- в 5-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом
- в течение календарного месяца со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом
- в 10-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 1013н от 23 декабря 2009 г. "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (с изменениями и дополнениями) при комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются:

- 4 степени (незначительные, умеренные, выраженные, значительно выраженные нарушения)
- 3 степени (умеренные, выраженные, значительно выраженные нарушения)
- 4 степени (легкие, умеренные, выраженные, значительно выраженные нарушения)
- 3 степени (легко выраженные, выраженные, значительно выраженные нарушения)

Согласно Постановлению Минтруда РФ № 17 от 15 апреля 2003 г. "Об утверждении разъяснения "Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности" (с изменениями и дополнениями) определение причин инвалидности возложено на:

- фонд социального страхования Российской Федерации
- федеральные органы исполнительной власти
- врачебную комиссию назначенную руководителем медицинской организации
- федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы

Согласно Постановлению Минтруда РФ № 17 от 15 апреля 2003 г. "Об утверждении разъяснения "Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности" (с изменениями и дополнениями) причина инвалидности с формулировкой "инвалид с детства" определяется гражданам:

- старше 18 лет, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 18 лет

- младше 18 лет, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 18 лет
- не зависимо от возраста, если инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 18 лет
- старше 18 лет, когда инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникшего в детстве, наступила до достижения 16 лет

Согласно Постановлению Минтруда РФ № 17 от 15 апреля 2003 г. "Об утверждении разъяснения "Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности" (с изменениями и дополнениями) лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается категория:

- ребенок-инвалид
- инвалид с детства
- иждивенец
- иждивенец-инвалид

Согласно Постановлению Минтруда РФ № 17 от 15 апреля 2003 г. "Об утверждении разъяснения "Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности" (с изменениями и дополнениями) причина инвалидности с формулировкой "профессиональное заболевание" определяется гражданам:

- инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний (отравлений)
- инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве
- инвалидность которых наступила в трудоспособном возрасте, и сделала невозможным продолжение трудовой деятельности по профессии
- инвалидность которых наступила в трудоспособном возрасте вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний и/или повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве

Согласно Постановлению Минтруда РФ № 17 от 15 апреля 2003 г. "Об утверждении разъяснения "Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности" (с изменениями и дополнениями) причина инвалидности с формулировкой "трудовое увечье" определяется гражданам:

- инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний (отравлений)
- инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве
- инвалидность которых наступила в трудоспособном возрасте, и сделала невозможным продолжение трудовой деятельности по профессии

- инвалидность которых наступила в трудоспособном возрасте вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний и/или повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29 июня 2011 г. "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (с изменениями и дополнениями) листок нетрудоспособности не может быть выдан:

- врачем скорой медицинской помощи
- лечащим врачом медицинской организации
- фельдшером и зубным врачом медицинской организации
- лечащим врачом клиники научно-исследовательского учреждения (института)

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29 июня 2011 г. "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (с изменениями и дополнениями) листок нетрудоспособности может быть выдан:

- врачем скорой медицинской помощи
- лечащим врачом медицинской организации
- медицинским работником организации переливания крови
- медицинскими работниками приемных отделения больничных учреждений

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29 июня 2011 г. "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (с изменениями и дополнениями) выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении:

- документа, удостоверяющего личность
- письменного заявления
- паспорта гражданина РФ
- письменного заявления и документа, удостоверяющего личность

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29 июня 2011 г. "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (с изменениями и дополнениями) листок нетрудоспособности выдается гражданину медицинской организацией:

- по желанию гражданина в день обращения либо в день закрытия листка нетрудоспособности
- в день обращения по поводу заболевания
- в день закрытия листка нетрудоспособности
- в день восстановления трудоспособности

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29 июня 2011 г. "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (с изменениями и дополнениями) выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником:

- после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы
- на основании результатов осмотра гражданина, обосновывающих необходимость временного освобождения от работы
- после сбора жалоб гражданина и их записи в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающих необходимость временного освобождения от работы
- на основании жалоб и результатов осмотра гражданина, обосновывающих необходимость временного освобождения от работы

Согласно приложению к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29 июня 2011 г. "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (с изменениями и дополнениями) проверка соблюдения установленного порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности осуществляется:

- Фондом социального страхования Российской Федерации
- главным бюро медико-социальной экспертизы
- врачебной комиссией назначенной руководителем медицинской организации
- уполномоченным федеральным органом исполнительной власти

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) продление листка нетрудоспособности на срок более 15 дней осуществляется по решению врачебной комиссии, на срок:

- не более чем на пятнадцать календарных дней единовременно
- не более чем на десять календарных дней единовременно
- не более чем на тридцать календарных дней единовременно
- не более чем на двадцать календарных дней единовременно

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) продление листка нетрудоспособности неврологическому больному на срок более 15 дней, осуществляется по решению врачебной комиссии:

- назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности

- назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей-неврологов
- назначаемой Фондом социального страхования Российской Федерации из числа врачей медицинской организации, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности
- назначаемой Фондом социального страхования Российской Федерации из числа врачей-неврологов медицинской организации

Согласно Федеральному закону № 255-ФЗ от 29 декабря 2006 г. "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (с изменениями и дополнениями) финансовое обеспечение расходов на выплату страхового обеспечения в случае временной нетрудоспособности осуществляется за счет:

- средств бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации
- средств бюджета Российской Федерации
- средств регионального бюджета
- средств бюджета пенсионного Фонда Российской Федерации

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при проведении экспертизы временной нетрудоспособности фельдшер может единолично выдать листок нетрудоспособности на срок:

- до десяти календарных дней включительно
- до пятнадцати календарных дней включительно
- до пяти календарных дней включительно
- до двадцати календарных дней включительно

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при проведении экспертизы временной нетрудоспособности врач может единолично выдать листок нетрудоспособности на срок:

- до десяти календарных дней включительно
- до пятнадцати календарных дней включительно
- до пяти календарных дней включительно
- до двадцати календарных дней включительно

Согласно главе 7 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) при проведении экспертизы временной нетрудоспособности привлечение врачебной комиссии необходимо:

- для продления листка нетрудоспособности на срок более десяти календарных дней

- для продления листка нетрудоспособности на срок более пятнадцати календарных дней
- для продления листка нетрудоспособности на срок более двадцати календарных дней
- для продления листка нетрудоспособности на срок более тридцати календарных дней

Согласно Постановлению Правительства РФ № 95 от 20 февраля 2006 г. "О порядке и условиях признания лица инвалидом" (с изменениями и дополнениями) выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом, в 3-дневный срок со дня принятия решения направляется соответствующим бюро в:

- орган, осуществляющий пенсионное обеспечение гражданина
- уполномоченный федеральный орган исполнительной власти
- лечебное учреждение, направившее гражданина на экспертизу
- организацию, где трудоустроен гражданин