

**Вопросы, предлагаемые для тестового контроля знаний по специальности:**

**«НЕЙРОХИРУРГИЯ»**

**(200 вопросов – 100 % от числа заданий в тесте по специальности)**

Тесты разработаны с участием главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Самарской области.

Главный внештатный специалист министерства здравоохранения Самарской области по нейрохирургии: Алексеев Геннадий Николаевич, заведующий нейрохирургическим отделением-врач-нейрохирург ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», кандидат медицинских наук, 443095, г. Самара, ул. Ташкентская, 159, тел. 956-12-61, 956-38-65, 372-51-92

**I. Анатомия**

1. В передних рогах спинного мозга располагаются:
2. В передней серой спайке спинного мозга перекрещиваются волокна:
3. Кортико-ядерный путь к ядру подъязычного нерва совершает перекрест:
4. Первая ветвь тройничного нерва выходит из черепа через:
5. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают:
6. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов:
7. Черная субстанция мозга расположена в:
8. К клеткам передних рогов спинного мозга не относятся:
9. Сенсорный центр речи Вернике располагается в:
10. Полюс лобной доли кровоснабжается:
11. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:
12. Ассоциативные волокна связывают:
13. Шпорная борозда находится:
14. Третья ветвь тройничного нерва выходит из черепа через:

15. Непарное ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка:

16. Блоковый нерв иннервирует \_\_\_\_\_ мышцу глаза.

17. Установить соответствие:

1.Биоэлектрическое молчание	А.Корковая проекция чувствительных путей
2.Постцентральная извилина	Б.Тела периферических мотонейронов расположены
3.Передние рога	В.Для периферического паралича характерно

## **II. Опухоли и другие объемные процессы. Инфекционные заболевания нервной системы**

18. Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация:

19. Для опухоли премоторной зоны характерны:

20. Наиболее частый источник метастатических опухолей мозга:

21. Ремитирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации:

22. Ремитирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается:

23. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации наиболее характерен:

24. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:

25. Спондилография наименее эффективна, если опухоль спинного мозга локализуется:

26. Эктрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его:

27. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается:

28. Наиболее часто эпилептические припадки наблюдаются:
29. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:
30. Генерализованные эпилептические припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга:
31. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга:
32. Симптом корешковых болей наиболее характерен:
33. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли:
34. При отсутствии признаков внутричерепной гипертензии люмбальная пункция не противопоказана при подозрении на опухоль:
35. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении сцинтиграфии характерен:
36. Опухоли спинного мозга наиболее часто локализуются:
37. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки:
38. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют:
39. Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения:
40. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерно:
41. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной доли является:
42. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются:
43. Отличительным признаком опухоли верхней теменной доли является:

44. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает:
45. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны:
46. Среди опухолей турецкого седла обызвествление чаще наблюдают:
47. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты:
48. Синдром Бурденко-Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь, слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен:
49. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена:
50. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдаются при опухоли:
51. Синдром Гертвига-Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли:
52. Синдром Гертвига-Мажанди при супратенториальных опухолях чаще наблюдается при опухоли:
53. При опухоли нижних отделов червя мозжечка (флоккуло-нодулярный синдром) характерным признаком является:
54. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся:
55. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся:
56. Для расстройства зрения при менингоме бугорка турецкого седла характерны:
57. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга, так как при этом усиливаются:
58. При конвексимальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:

59. При медиальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:
60. Отоневрологическое исследование не помогает диагностике опухоли:
61. Расширение медиальной части внутреннего слухового прохода у вершины пирамиды височной кости является характерным рентгенологическим признаком:
62. Значительное снижение уровня сахара в ликворе (до 0,1 г/л) характерно для менингита, вызванного:
63. Ранняя диагностика поражения нервной системы при СПИДе способствует выявлению в ликворе:
64. При алкогольной полинейропатии отмечается нарушение чувствительности преимущественно:
65. Вторичный серозный менингит не возникает при:
66. К «височным» эпилептическим припадкам не относится:
67. Наиболее информативным методом диагностики при эпилепсии является:
68. Для какой локализации опухоли эпилептический синдром наиболее характерен:
69. Хотя в основе болезни Паркинсона лежит дефицит дофамина, больным назначают не дофамин, а леводофу (Л-ДОФА), потому что:
70. Нарушение симпатической иннервации глазного яблока называется:
71. Укажите суточную дозу пенициллина для лечения менингококкового менингита:
72. Лечение менингококкового менингита может быть прекращено при показателях анализа ликвора:
73. При базальных височных опухолях могут развиваться симптомы со стороны \_\_\_\_ черепного нерва.
74. Наименее характерным источником кровоснабжения менингиомы ольфакторной ямки является \_\_\_\_\_ артерия.

75. Внутримозговые опухоли нижней лобной извилины доминантного полушария клинически проявляются \_\_\_\_\_ нарушениями.
76. Олигодендроглиомы встречаются преимущественно в \_\_\_\_\_ доле.
77. При микроаденомах гипофиза наиболее информативным методом визуализации является:
78. При глиомах grade iii-iv–после операции рекомендуется производить мрт головного мозга для контроля каждые (в месяцах):
79. «Золотым стандартом» диагностики метастатического поражения позвоночника является:
80. Установить правильную последовательность действий:  
Пациент с подозрением на первичную опухоль ЦНС:
81. Установить правильную последовательность действий.  
Диагностирована опухоль головного мозга (первичная):
82. Синдром Фостера-Кеннеди можно наблюдать при локализации опухоли в области:
83. Для тенториального (намет мозжечка) синдрома Бурденко- Крамера характерны:
84. Все нижеследующее характерно для аномалии Арнольда-Киари, кроме:

### **III. Травматические поражения и неотложные состояния**

85. При поражении спино-таламического пути возникает:
86. Центральный паралич возникает при поражении:
87. Защитные рефлексы характерны для поражения:
88. Поражение афферентных путей спинного мозга вызывает:
89. Нарушение функций тазовых органов по центральному типу характеризуется:
90. При зрительной агнозии больной:

91. Больной с амнестической афазией:
92. У больного правосторонний центральный гемипарез, парез взора вправо. Определить локализацию очага поражения.
93. При парезе взора влево и правостороннем гемипарезе очаг локализован:
94. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга на уровне:
95. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:
96. Птоз при синдроме Горнера уменьшается при:
97. Адиадохокинез свидетельствует о нарушении:
98. Расстройства чтения и счета возникают при поражении:
99. При наличии у больного интенционного тремора, координаторных нарушений, адиадохокинеза и мышечной гипотонии слева очаг локализован:
100. При отклонении языка влево, атрофии его левой половины и правостороннем гемипарезе очаг локализован:
101. Для амиостатического синдрома не характерно:
102. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют:
103. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:
104. К открытой черепно-мозговой травме относится травма:
105. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей головы до апоневроза относится к:
106. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:
107. Развитие гемипареза при черепно-мозговой травме свидетельствует:

108. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности:
109. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются:
110. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают:
111. Если после черепно-мозговой травмы развивается ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз:
112. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены при:
113. Острая субдуральная гематома на компьютерных томограммах характеризуется зоной:
114. Нарастание мидриаса на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на противоположной стороне обусловлено:
115. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются:
116. Проникающей называют черепно-мозговую травму:
117. Необходимым началом лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является:
118. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются:
119. Смещение М-Эхо более чем на 4 мм может свидетельствовать о наличии:
120. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются:
121. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют:
122. Для коррекции снижения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначить:



123. Синдром Броуна-Секара включает:
124. Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга:
125. Нейровегетативная стабилизация в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы проводится препаратами:
126. Для коррекции дефицита дофамнэргической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апатический или акинетико-ригидный синдром) назначают:
127. Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима-Адамса) проявляется триадой симптомов:
128. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:
129. Если острая проникающая черепно-мозговая травма протекает с повышением температуры, необходимо исключить:
130. К рентгенологическим признакам гипертензионно-гидроцефального синдрома не относится:
131. Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжелой черепно-мозговой травмы являются:
132. Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется двигательными джексоновскими припадками при локализации патологического процесса в области:
133. Наиболее ранним проявлением гематомиилии травматического происхождения является наличие:
134. Причиной возникновения нестабильности позвоночно-двигательного сегмента при позвоночно-спинальной травме НЕ являются:
135. При коммоции нервного ствола проводимость по нерву полностью восстанавливается не позднее:
136. При ушибе нервного ствола:

137. Для сочетанного повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв характерно:

138. Для неполного перерыва нервного ствола характерны:

139. Для разрыва лучевого нерва в верхней трети плеча характерен паралич всех перечисленных мышц, КРОМЕ:

140. Для разрыва лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерны:

141. Для разрыва лучевого нерва на уровне предплечья характерны:

142. Для разрыва локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно:

143. Для повреждения срединного нерва в средней трети предплечья характерны:

144. Для разрыва бедренного нерва ниже пупартовой связки характерны:

145. Для разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны:

146. Для ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны:

147. Для полного перерыва периферического нерва характерны:

148. Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва применяют:

149. Характерными признаками каузалгии являются:

150. При каузалгии эффективным методом физиотерапии является:

151. Основным признаком фантомного болевого синдрома является:

152. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания:

153. Причиной внутричерепной гипотензии при черепно-мозговой травме может быть:

154. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать:

155. Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести рентгеновскую или компьютерную томографию головы после введения контрастного вещества:

156. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травме можно выявить с помощью:

157. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка характерно для поражения \_\_\_\_\_ черепного нерва.

158. Установить соответствие по Шкале ком Глазго:

159. Установите соответствие между видами гемианопсии и поражением участков зрительного нерва:

160. Установите соответствие между симптомами и поражением отделов мозга:

161. Установите соответствие между симптомами и поражением нервов :

162. Установите соответствие между симптомами и поражением нервов:

163. Установите соответствие между симптомами и поражением отделов мозжечка:

164. Установите соответствие между симптомами и поражением долей мозга:

165. Установите соответствие между симптомами и поражением долей мозга:

166. Наиболее «удобным» положением пациента на операционном столе с хирургической точки зрения при выполнении срединного субокципитального доступа является:

167. Установить правильную последовательность действий. Пациент с подозрением на внутримозговую гематому:

168. Установить правильную последовательность действий. Пациент с подозрением на внутримозговую гематому:

169. Установить последовательность действий.

Пациент с внутримозговой гематомой (подтвержденной при КТ или МРТ):

170. Установить соотношение между правильным методом лечения и различной локализацией гематом:

#### **IV. Дегенеративные заболевания**

171. К клиническим формам вертеброгенного болевого синдрома не относится:

172. К клиническим проявлениям вертеброгенного болевого синдрома не относится:

173. К рентгенологическим признакам остеохондроза позвоночника не относится:

174. Симптомом компрессионного корешкового синдрома является:

175. Симптомом компрессионного корешково-сосудистого синдрома является:

176. При грыжах межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне может наблюдаться компрессия артерии:

177. К симптомам грыжи 4 поясничного межпозвонкового диска не относится:

178. К симптомам грыжи 5 поясничного межпозвонкового диска не относится:

179. Косвенным признаком грыжи межпозвонкового диска на рентгенограмме позвоночника является:

180. Наиболее достоверным методом диагностики грыжи межпозвонкового диска является:

181. Абсолютным показанием к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска является:

182. От поясничного сплетения не отходит:

183. Для синдрома лестничной мышцы характерны:

184. Для синдрома малой грудной мышцы характерны:

185. Для плечелопаточного периартроза характерны:

186. Чаще всего для имплантации электрода на третий крестцовый корешок используется \_\_\_\_\_ техника.

## **V. Сосудистые нарушения. Церебро-васкулярная патология**

187. Наиболее частая причина мозгового инфаркта:

188. Для неразорвавшейся аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение:

189. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании:

190. Синдром Захарченко-Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке:

191. Частота летальных исходов при кровоизлияниях из артериовенозных мальформаций составляет \_\_\_-\_\_\_ % .

192. Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности при сроках временной нетрудоспособности не более \_\_\_\_\_ дней.

193. Большие и гигантские аневризмы у детей составляют \_\_\_\_\_%.

194. К артериальным сосудам, являющимися возможной причиной развития гемифациального спазма относят \_\_\_\_\_ артерию.

195. Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась в российской федерации за последние 10 лет более чем на \_\_\_\_\_%.

196. Риск кровоизлияния из авм головного мозга в 1 год составляет \_\_\_%.

197. Основным доступом при микрохирургическом лечении аневризм передних отделов виллизиева круга является:

198. Классическим местом имплантации наружного вентрикулярного дренажа является точка:

199. К доказанным эффективным методам профилактики последствий церебрального вазоспазма у больных в остром периоде сак относят:

200. Для ишемического инсульта характерно:

Аттестационная комиссия Министерства здравоохранения Самарской области