

Green Test



Тест по
нейрохирургии

Тест по нейрохирургии (аккредитационный ординатура)

Тест по нейрохирургии включает ключевые вопросы по патологиям центральной и периферической нервной системы, требующим хирургического вмешательства.



тесты по специальности Нейрохирургия на GeeTest

Вопросы охватывают нейротравму, опухоли, сосудистые заболевания и современные методы нейрохирургической диагностики.

Материал разработан для ординаторов, готовящихся к аккредитации и работе в клинической практике.

Тема 1. Детская нейрохирургия.

1. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОТКРЫТОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КИСТО-ЦИСТЕРНОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ контроль прилежающих нервно-сосудистых структур
- 2) небольшое время операции
- 3) проведение краниотомии
- 4) использование микроскопа

2. АРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ДЕЛЯТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ Галасси
- 2) Киари
- 3) Хант-Хесс
- 4) Клюбке

3. МЕЖДУ ЗАТЫЛОЧНОЙ И ТЕМЕННЫМИ КОСТЯМИ РАСПОЛАГАЕТСЯ _____ ШОВ

- 1)+ лямбдовидный
- 2) сагиттальный
- 3) коронарный
- 4) метопический

4. ПАЦИЕНТУ С БЕССИМПТОМНОЙ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТОЙ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ

- 1)+ можно рекомендовать занятие бесконтактными видами спорта
- 2) занятие спортом категорически противопоказано
- 3) ограничений к занятиям спортом нет
- 4) показано оформление инвалидности

5. ВЫБУХАНИЕ КОСТИ ПРИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТАХ ПО ГАЛАССИ 3 ТИПА

- 1)+ отмечается на стороне расположения кисты
- 2) отмечается на противоположной от кисты стороне
- 3) имеет двусторонний характер
- 4) никогда не встречается

6. АРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ 3-ОГО ТИПА ПО ГАЛАССИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ смещением срединных структур в сторону противоположную кисте
- 2) смещением срединных структур в сторону расположенной кисты
- 3) отсутствием смещения срединных структур
- 4) отсутствием срединных структур головного мозга

7. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СИНОСТОЗИРОВАНИИ САГИТТАЛЬНОГО ШВА РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скафоцефалия
- 2) брахицефалия
- 3) тригоноцефалия
- 4) плагиоцефалия

8. ЛОБНАЯ КОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТОИТ ИЗ ____ ЧАСТИ/ЧАСТЕЙ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

9. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ БЕССИМПТОМНОЙ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ПОКАЗАНО

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) экстренное хирургическое лечение
- 3) плановое хирургическое лечение
- 4) медикаментозное лечение

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ как случайная находка
- 2) на фоне гипертензионной симптоматики
- 3) при фармакорезистентной эпилепсии
- 4) при задержке психо-моторного развития

11. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СИНОСТОЗИРОВАНИИ КОРОНАРНОГО ШВА С ДВУХ СТОРОН РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брахицефалия
- 2) скафоцефалия
- 3) плагиоцефалия
- 4) тригоноцефалия

12. САМОЙ РЕДКОЙ ФОРМОЙ ПРОСТОГО КРАНИОСИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СИНОСТОЗ

- 1)+ лямбдовидного шва
- 2) коронарного шва
- 3) метопического шва
- 4) сагиттального шва

13. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) компьютерная томография
- 3) рентгенография черепа
- 4) транскраниальная нейросонография

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутричерепная гипертензия
- 2) атаксия
- 3) гемипарез
- 4) эпилепсия

15. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КРАНИОСИНОСТОЗА ПРОВОДЯТ С МИКРОЦЕФАЛИЕЙ, ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задержка роста головного мозга
- 2) преждевременное синостозирование швов черепа
- 3) уменьшение размеров желудочковой системы
- 4) утолщение костей свода черепа

16. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СИНОСТОЗИРОВАНИИ КОРОНАРНОГО ШВА С ОДНОЙ СТОРОНЫ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плагиоцефалия
- 2) тригоноцефалия
- 3) скафоцефалия
- 4) брахицефалия

17. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ открытая или эндоскопическая кисто-цистерностомия
- 2) установка резервуара Омайя
- 3) вентрикуло-перитонеостомия
- 4) вентрикуло-цистерностомия

18. ПРОВЕДЕНИЕ КАКИХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ ПОЗИЦИОННОЙ ПЛАГИОЦЕФАЛИИ?

- 1)+ консервативное лечение+ терапия краниальными ортезами
- 2) оперативное лечение
- 3) оперативное лечение+ терапия краниальными ортезами
- 4) терапия краниальными ортезами

19. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ КРАНИОСИНОСТОЗА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ отсутствие швов свода черепа, усиление рисунка пальцевых вдавлений, сужение субарахноидальных щелей
- 2) наличие швов свода черепа, усиление рисунка пальцевых вдавлений, сужение субарахноидальных щелей
- 3) отсутствие швов свода черепа, усиление рисунка пальцевых вдавлений, расширение субарахноидальных щелей
- 4) наличие швов свода черепа, усиление рисунка пальцевых вдавлений, расширение субарахноидальных щелей

20. ОПТИМАЛЬНЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ КРАНИОСИНОСТОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ биодеградируемые материалы
- 2) титановые конструкции
- 3) металлическая проволока
- 4) шелковые лигатуры

21. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «КРАНИОСИНОСТОЗ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование швов черепа
- 2) компьютерная томография
- 3) рентгенография черепа
- 4) магнитно-резонансная томография

22. ВЫБУХАНИЕ КОСТИ ПРИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТАХ ПО ГАЛАССИ 3 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ медленно прогрессирующего объемного воздействия
- 2) порока развития височной кости
- 3) отсутствием височной кости
- 4) быстро прогрессирующего объемного воздействия

23. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ СИНОСТОЗИРОВАНИИ МЕТОПИЧЕСКОГО ШВА РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тригоноцефалия
- 2) скафоцефалия
- 3) брахицефалия
- 4) плагиоцефалия

24. ЧАСТОТА СИНДРОМА ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ САГИТТАЛЬНОМ СИНОСТОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ ____% НАБЛЮДЕНИЙ

- 1)+ не более 10
- 2) 100
- 3) 50
- 4) 75

25. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТА С КРАНИОСИНОСТОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** синдром внутричерепной гипертензии
- 2) деформация черепа
- 3) деформация костей лицевого скелета
- 4) увеличение желудочков

26. КЛАССИФИКАЦИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ОСНОВАНА НА

- 1)+** локализации кисты
- 2) строении стенки кисты
- 3) содержанием кисты
- 4) вызываемых осложнениях

27. К СУЩЕСТВЕННЫМ НЕДОСТАТКАМ ПРОВЕДЕНИЯ КИСТО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТАХ ОТНОСЯТ

- 1)+** развитие явления «шунт-зависимости»
- 2) неэффективность данной операции
- 3) риск прогрессирования гидроцефалии
- 4) инфекционные осложнения

28. ДЕФОРМАЦИЯ ЧЕРЕПА ПРИ СИНОСТОЗЕ САГИТТАЛЬНОГО ШВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+** увеличением продольного диаметра черепа, уменьшенным поперечным диаметром
- 2) увеличением продольного и поперечного диаметров черепа
- 3) увеличением поперечного диаметра черепа, уменьшением продольного диаметра
- 4) уменьшением продольного и поперечного диаметров черепа

29. СОДЕРЖИМОЕ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

- 1)+** равно плотности ликвора, нет накопления контрастного вещества стенками
- 2) ниже плотности ликвора, нет накопления контраста стенками кисты
- 3) выше плотности ликвора, нет накопления контраста стенками кисты
- 4) равно плотности ликвора, стенки накапливают контраст

30. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА КРАНИОСИНОСТОЗОА ТРЕБУЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ДАННЫЕ

- 1)+** клинического осмотра
- 2) генетических исследований
- 3) компьютерной томографии
- 4) краниографии

31. ШОВ, РАСПОЛАГАЮЩЕЙСЯ ПО ЦЕНТРУ ЛОБНОЙ КОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+** метопический
- 2) чешуйчатый
- 3) сагиттальный
- 4) коронарный

32. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ МИКРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ: ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

- 1)+** меньше возрастной нормы, деформация черепа необязательна, нет признаков внутричерепной гипертензии
- 2) больше возрастной нормы, деформация черепа необязательна, нет признаков внутричерепной гипертензии
- 3) соответствует возрастной норме, деформация черепа, признаки внутричерепной гипертензии
- 4) больше возрастной нормы, деформация черепа, нет признаков внутричерепной гипертензии

33. СИМПТОМ «КУКЛЫ, КАЧАЮЩЕЙ ГОЛОВОЙ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

- 1)+ супраселлярной
- 2) сильвиевой щели
- 3) межполушарной щели
- 4) мосто-мозжечкового угла

34. МЕЖДУ ЛОБНОЙ И ТЕМЕННЫМИ КОСТЯМИ РАСПОЛАГАЕТСЯ_____ШОВ

- 1)+ коронарный
- 2) сагиттальный
- 3) лямбдовидный
- 4) чешуйчатый

35. ПРИЧИНОЙ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НА ГОЛОВНОЙ МОЗГ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воздействие ионизирующего облучения
- 2) воздействие электро-магнитных полей
- 3) необходимость медикаментозной седации во время исследования
- 4) необходимость внутривенного введения контраста

36. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМАЛЬНОГО КРАНИОСИНОСТОЗА – СИНДРОМА АПЕРА ОТНОСЯТ

- 1)+ синдактилию пальцев кистей и стоп
- 2) пупочную грыжу
- 3) контрактуры локтевых суставов
- 4) полидактилию

37. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ СИНДРОМАЛЬНЫХ КРАНИОСИНОСТОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мутация в гене с аутосомно-доминантным типом наследования
- 2) мутация в гене с аутосомно-рецессивным типом наследования
- 3) внутриматочная компрессия головки плода
- 4) курение матери во время беременности

38. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КРАНИОСИНОСТОЗОВ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ

- 1)+ на 1-ом году жизни
- 2) пренатально
- 3) после 1 года жизни
- 4) после 7 лет жизни

39. НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транскраниальная нейросонография
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) компьютерная томография
- 4) рентгенография черепа

40. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая кистецистерностомия
- 2) установка резервуара Омайя
- 3) вентрикуло-перитонеостомия
- 4) вентрикуло-цистерностомия

41. АРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1)+ между листками арахноидальной оболочки
- 2) в эпидуральном пространстве
- 3) в субдуральном пространстве
- 4) в субараноидальном пространстве

42. ЗНАЧЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ У РЕБЕНКА С САГИТТАЛЬНЫМ СИНОСТОЗОМ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ превышают норму
- 2) соответствуют норме
- 3) меньше нормы
- 4) не имеют значения

43. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ открытая или эндоскопическая кисто-цистерностомия
- 2) установка резервуара Омайя
- 3) вентрикуло-перитонеостомия
- 4) вентрикуло-цистерностомия

44. К ИСТОЧНИКАМ РАЗВИТИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ паутинную оболочку сосудистой щели
- 2) эпендимальную выстилку боковых желудочков
- 3) герминативный матрикс
- 4) сосуды сплетений боковых желудочков

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сильвиева щель
- 2) супраселлярная область
- 3) мосто-мозжечковый угол
- 4) межполушарная щель

46. ДЕФОРМАЦИЯ ЧЕРЕПА ПРИ САГИТТАЛЬНОМ СИНОСТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ КОМПЕНСАТОРНОГО РОСТА В ОБЛАСТИ _____ШВОВ

- 1)+ коронарного и лямбдовидного
- 2) коронарного и сагиттального
- 3) коронарного и чешуйчатого
- 4) чешуйчатого и метопического

47. МЕЖДУ ТЕМЕННЫХ КОСТЕЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ _____ШОВ

- 1)+ сагиттальный
- 2) коронарный
- 3) лямбдовидный
- 4) чешуйчатый

48. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РЕТРОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ мальформацией Дэнди -Уокера
- 2) мальформацией Арнольда-Киари
- 3) сирингобульбией
- 4) гемангиобластомой мозжечка

49. У ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 7 ЛЕТ С ЭКЗОФИТНОЙ ПИЛОИДНОЙ АСТРОЦИТОМОЙ ХИАЗМЫ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+** после хирургического и химиотерапевтического лечения
- 2) сразу после обнаружения
- 3) при снижении индекса Карновского
- 4) при отрицательной динамике по МР-картине

50. СРОК НАЧАЛА СИНСТОЗИРОВАНИЯ МЕТОПИЧЕСКОГО ШВА СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+** 2-3
- 2) 4-5
- 3) 8-9
- 4) 11-12

51. ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КРАНИОСИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА

- 1)+** до 6 мес
- 2) с 6 мес до 1 года
- 3) от 1 года до 2 лет
- 4) старше 2-х лет

52. РЕТИНОЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫЙ АНГИОМАТОЗ ТАКЖЕ НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ

- 1)+** Гиппель-Линдау
- 2) Бурневилля
- 3) Реклингаузена
- 4) Бехтерева

53. СИНДРОМАЛЬНЫМ КРАНИОСИНОСТОЗОМ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+** Апера
- 2) Крузона
- 3) Сэтре-Хотцена
- 4) Карпентера

54. НЕЙРОФИБРОМАТОЗ I ТИПА ТАКЖЕ НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ

- 1)+** Реклингаузена
- 2) Дауна
- 3) Бехтерева
- 4) Бурневилля

55. ОРБИТАЛЬНЫМ ГИПОТЕЛОРИЗМОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОРОК РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

- 1)+** уменьшенным расстоянием между глазниц
- 2) увеличением расстояния между глазниц
- 3) разностоянием глазниц по вертикали
- 4) деформацией глазниц

56. ВЫСОКИЙ РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ В ИНТРА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАН С/СО

- 1)+** незрелостью всех органов и систем
- 2) локализацией опухоли
- 3) степенью злокачественности опухоли
- 4) гистологией опухоли

57. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭНЦЕФАЛОТРИГЕМИНАЛЬНОГО АНГИОМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** невус цвета «винного пятна»
- 2) гиперпигментация цвета «кофе с молоком»
- 3) множественная гипопигментация
- 4) «шагреновая кожа»

58. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ СИНДРОМЕ ДЭНДИ-УОКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** прогрессирование гидроцефалии
- 2) наличие арахноидальной кисты ЗЧЯ
- 3) киста силвиевой щели
- 4) гипоплазия червя мозжечка

59. МАЛЬФОРМАЦИЯ ДЭНДИ-УОКЕРА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ АТРЕЗИИ ОТВЕРСТИЙ

- 1)+** Мажанди и Люшка
- 2) Монро и Денди
- 3) Мажанди и Монро
- 4) Люшка и Монро

60. ТИПИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА КРУЗОНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+** краниосиностоз, двусторонний экзофтальм, нарушения прикуса
- 2) микроцефалия, полидактилия, пятна «кофе с молоком»
- 3) гидроцефалия, энофтальм, гемигипертрофия
- 4) краниосиностоз, синдактилия, энофтальм

61. ОПТИМАЛЬНЫМ РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ КОРОНАРНОМ СИНОСТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** двусторонняя фронто-орбитальная реконструкция
- 2) односторонняя фронто-орбитальная реконструкция
- 3) двусторонняя сфинуэктомия
- 4) односторонняя сфинуэктомия

62. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ К ХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+** дизэнцефальную кахексию и оптический нистагм
- 2) деформацию костей свода черепа
- 3) напряжение, взбухание, увеличение большого родничка
- 4) судороги

63. ВЕСА МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ (К 12 МЕСЯЦАМ) УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В _____РАЗ/РАЗА

- 1)+** 2-2,5
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

64. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ВОДОПРОВОДА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** магнитно-резонансная томография
- 2) компьютерная томография
- 3) краниография
- 4) электроэнцефалография

65. ПРИ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЭНДИ-УОКЕРА ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ КИСТЫ В ОБЛАСТИ

- 1)+ задней черепной ямки
- 2) передней черепной ямки
- 3) средней черепной ямки слева
- 4) средней черепной ямки справа

66. ДОМИНИРУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ШВОВ ЧЕРЕПА В РОСТЕ СВОДА ЧЕРЕПА В НОРМЕ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 2
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 5

67. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КИСТЫ ЗЧЯ ПРИ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЭНДИ-УОКЕРА В ОТЛИЧИЕ ОТ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ ЗЧЯ ЯВЛЯЕТСЯ СООБЩЕНИЕ ПОСЛОСТИ КИСТЫ С

- 1)+ IV желудочком
- 2) большой затылочной цистерной
- 3) III желудочком
- 4) боковыми желудочками

68. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пятна гиперпигментации цвета «кофе с молоком»
- 2) пятна гипопигментации
- 3) участки «шагреновой кожи»
- 4) невусы цвета «винного пятна»

69. ЭНЦЕФАЛОТРИГЕМИНАЛЬНЫЙ АНГИОМАТОЗ ТАКЖЕ НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ

- 1)+ Штурге-Вебера
- 2) Гиппель-Линдау
- 3) Бурневилля
- 4) Реклингаузена

70. ИЗ ИЗВЕСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС У ПАЦИЕНТОВ С РЕТИНОЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫМ АНГИОМАТОЗОМ ОБЫЧНО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ гемангиобластома
- 2) менингиома
- 3) невринома
- 4) нейробластома

71. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ СТЕНОЗЕ ВОДОПРОВОДА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЛИОМАХ ПЛАСТИНКИ ЧЕТВЕРОХОЛМИЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая тривентрикулостомия
- 2) эентрикуло-цистерностомия по Торкильдсену
- 3) вентрикуло-атриостомия
- 4) люмбо-перитонеостомия

72. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЛУШАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ К ХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ локальные симптомы-деформацию, асимметрию, выбухание костей свода черепа
- 2) судороги
- 3) гемипарез
- 4) напряжение, выбухание, увеличение большого родничка

73. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЭНДИ-УОКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** гидроцефалия
- 2) сиригомиелия
- 3) голопрозенцефалия
- 4) миеломенингоцеле

74. СРЕДИ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРЕОБЛАДАЕТ

- 1)+** бытовая травма
- 2) дорожно-транспортный травматизм
- 3) жестокое обращение с детьми
- 4) спортивная травма

75. СТЕНОЗ ВОДОПРОВОДА МОЗГА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** развитием гидроцефалии, нормальными размерами IV желудочка
- 2) развитием гидроцефалии, увеличенными размерами IV желудочка
- 3) отсутствием гидроцефалии, нормальными размерами IV желудочка
- 4) отсутствием гидроцефалии, увеличенными размерами IV желудочка

76. ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ ТАКЖЕ НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ

- 1)+** Бурневилля
- 2) Реклингаузена
- 3) Дауна
- 4) Бехтерева

77. ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СКАФОЦЕФАЛИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+** 3-6 месяцев
- 2) 6-12 месяцев
- 3) 12-24 месяцев
- 4) старше 24 месяцев

78. ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИНСТВА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** хирургия
- 2) химиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) радиохirurgия

79. ИЗ ИЗВЕСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ I ТИПА ОБЫЧНО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+** нейрофибромы глиомы
- 2) менингиомы и эпендимомы
- 3) гемангиобластомы и астроцитомы
- 4) миксомы и нейробластомы

80. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ЧМТ ДЛЯ ДЕТЕЙ

- 1)+** школьного возраста
- 2) грудного возраста
- 3) раннего возраста
- 4) дошкольного возраста

81. ВЫСОКАЯ ГИДРОФИЛЬНОСТЬ МОЗГА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СВЯЗАНА С

- 1)+ незавершенной миелинизацией
- 2) ростом аксонов
- 3) синаптогенезом
- 4) тонкими и подвижными костями свода черепа

82. УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА В НОРМЕ ПРЕКРАЩАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ_____ ЛЕТ

- 1)+ 7
- 2) 5
- 3) 9
- 4) 12

83. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗА ВОДОПРОВОДА МОЗГА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ аномалия Киари
- 2) церебральная киста в области пластинки четверохолмия
- 3) диффузная глиома ствола мозга
- 4) объемный процесс в пинеальной области

84. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЗИЦИОННОЙ ПЛАГИОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кривошея
- 2) недоношенность
- 3) рахит
- 4) многоплодная беременность

85. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с контрастным усилением
- 2) СКТ
- 3) нейросонография
- 4) краниография

86. ПРИ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЭНДИ-УОКЕРА ОТМЕЧАЕТСЯ АГЕНЕЗИЯ

- 1)+ червя мозжечка
- 2) мозолистого тела
- 3) прозрачной перегородки
- 4) хиазмы зрительных нервов

87. В СТРУКТУРЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОГО ТРАВМАТИЗМА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ ТРАВМА

- 1)+ легкой и средней степени тяжести
- 2) тяжелой степени
- 3) только легкой степени тяжести
- 4) только средней степени тяжести

88. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЙ ФОРМОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кефалогематома
- 2) подкожная гематома
- 3) сочетание кефалогематомы с линейным переломом
- 4) сочетание кефалогематомы с геморрагическим ушибом мозга

89. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ

- 1)+** краниоспинально, через большое затылочное отверстие
- 2) в хиазмально-селлярную область
- 3) в большое полушарие головного мозга
- 4) в боковые и третий желудочек

90. ПРИ ОККЛЮЗИИ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ К ОДНОМУ ИЗ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ ОТНОСЯТ

- 1)+** выбухание, напряжение большого родничка
- 2) страбизм
- 3) диарею
- 4) нистагм

91. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ К ХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+** утрату приобретенных навыков
- 2) дизэнцефальную кахексию
- 3) оптический нистагм
- 4) судороги

92. У ПАЦИЕНТОВ С ЭНЦЕФАЛОТРИГЕМИНАЛЬНЫМ АНГИОМАТОЗОМ ОБЫЧНО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+** ангиоматоз мягкой мозговой оболочки
- 2) саркоматоз оболочек головного и спинного мозга
- 3) менингиома
- 4) невринома

93. СТЕНОЗ ВОДОПРОВОДА ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** тривентрикулярной гидроцефалией
- 2) моновентрикулярной гидроцефалией
- 3) сообщающейся гидроцефалией
- 4) мультилокулярной гидроцефалией

94. ОПТИЧЕСКИЙ НИСТАГМ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИИ И ПОРАЖЕНИИ ОПУХОЛЬЮ

- 1)+** хиазмы и зрительных нервов
- 2) червя мозжечка
- 3) полушарий мозжечка
- 4) четвертого желудочка

95. ПРЕОБЛАДАЮЩИМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+** глиомы
- 2) медуллобластомы
- 3) эпендимомы
- 4) тератомы

96. ОРБИТАЛЬНЫМ ГИПЕРТЕЛОРИЗМОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОРОК РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

- 1)+** увеличением расстояния между глазниц
- 2) уменьшенным расстоянием между глазниц
- 3) разностоянием глазниц по вертикали
- 4) деформацией глазниц

97. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К ГРУППЕ ФАКТОМАТОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нейрофиброматоз, туберозный склероз, ретиноцеребеллярный ангиоматоз, энцефалотригеминальный ангиоматоз
- 2) нейрофиброматоз, мальформация Дэнди-Оукера, мальформация Киари, назальная ликворея
- 3) туберозный склероз, болезнь Гиппель-Линдау, мальформация Киари, болезнь Фара
- 4) энцефалотригеминальный ангиоматоз, синдром Дауна, синдром Дэнди-Уокера, туберозный склероз

98. ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ МОЗГОВОГО ЧЕРЕПА У РЕБЕНКА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рост головного мозга
- 2) утолщение костей черепа
- 3) увеличение размеров желудочковой системы
- 4) увеличение подкожно-жировой клетчатки

99. ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДЭНДИ-УОКЕРА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВСЛЕДСТВИЕ РИСКА

- 1)+ развития верхнего вклинения
- 2) прогрессирования гидроцефалия
- 3) инфекционных осложнений
- 4) дисфункции шунтирующей системы

100. ИЗ ИЗВЕСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ ОБЫЧНО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ субэпендимарная гигантоклеточная астроцитома
- 2) менингиома
- 3) гемангиобластома
- 4) нейробластома

101. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ I ТИПА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-5 ЛЕТ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формированием сколиоза
- 2) недержанием мочи
- 3) темповой задержкой психо-моторного развития
- 4) парапарезом

102. ШЕЙНОЕ ИЛИ ЗАТЫЛОЧНОЕ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОЦЕЛЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АНОМАЛИИ

- 1)+ Киари III
- 2) Киари I
- 3) Киари II
- 4) Дэнди – Уокера

103. ДО 95% ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ПОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ

- 1)+ ТТГ
- 2) ПРЛ
- 3) окситоцина
- 4) АКТГ

104. ВТОРЫМ ПО ЧАСТОТЕ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО И ПЛАСТИКИ ТМО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нестабильность шейного отдела позвоночника
- 2) дислокационный синдром
- 3) бульбарный синдром
- 4) гидроцефалия

105. ГИПОПЛАЗИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НИКОГДА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) II
- 4) III

106. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несахарный диабет
- 2) гемианопсия
- 3) диэнцефальная кахексия
- 4) вторичный гипокортицизм

107. СИММЕТРИЧНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ЗРИТЕЛЬНЫХ БУГРОВ В СОЧЕТАНИИ С ЦЕНТРАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЕТРИФИКАТОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ гермином
- 2) эпендимом
- 3) глиом таламуса
- 4) субэпендимом

108. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАСТУЩЕГО ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ разрыв твердой мозговой оболочки
- 2) вдавление костных отломков
- 3) сочетание линейного перелома с интракраниальным кровоизлиянием
- 4) сочетание линейного перелома с очагом ушиба

109. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ I ТИПА В ПОПУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 0,6-0,9
- 2) 20-25
- 3) Более 50
- 4) 25-50

110. ПОВЫШЕНИЕ АФП И В-ХГЧ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ ОНКОМАРКЁРОМ

- 1)+ герминомы
- 2) краниофарингиомы
- 3) пролактиномы
- 4) пинеоцитомы

111. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ закрытое наружное дренирование
- 2) краниотомия с опорожнением гематомы, без удаления её капсулы
- 3) краниотомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы
- 4) широкая краниоэктомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы

112. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИНДРОМ РАССЕЛА (ДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ КАХЕКСИЯ) У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ глиоме зрительных нервов
- 2) гермиоме
- 3) краниофарингиоме
- 4) гамартоме гипоталамуса

113. РАСТУЩИЙ ПЕРЕЛОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В ОБЛАСТИ ЛИНЕЙНОГО ПЕРЕЛОМА _____ КОСТИ

- 1)+ теменной
- 2) лобной
- 3) затылочной
- 4) височной

114. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ пролактинома
- 2) соматотропинома
- 3) кортикотропинома
- 4) тиреотропинома

115. НИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ МИНДАЛИН МОЗЖЕЧКА ИЛИ МИНИМАЛЬНОЕ ИХ СМЕЩЕНИЕ, МЕНЕЕ 5ММ, ЗАПОЛНЯЮЩИХ ВСЮ БОЛЬШУЮ ЗАТЫЛОЧНУЮ ЦИСТЕРНУ, НЕ ВЫХОДЯ ЗА ЕЕ ПРЕДЕЛЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ аномалии Киари 0
- 2) аномалии Киари I
- 3) аномалии Киари II
- 4) аномалии Киари III

116. “GELASTIC SEIZURES” ЯВЛЯЮТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ гамартромы гипоталамуса
- 2) стебельной краниофарингиомы
- 3) глиомы дна III желудочка
- 4) герминомы хиазмально-селлярной области

117. В СВЯЗИ С ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ЛТ И ХТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ “чистых” герминомах
- 2) медуллобластомах
- 3) глиомах хиазмы
- 4) пинеобластомах

118. ПЕРВЫМ ПО ЧАСТОТЕ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И ПЛАСТИКИ ТМО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ раневая ликворея
- 2) гидроцефалия
- 3) дислокационный синдром
- 4) бульбарный синдром

119. К ОСОБЕННОСТЯМ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ

- 1)+ сочетание эпидуральных гематом с поднадкостничной
- 2) сочетание эпидуральных и внутримозговых гематом
- 3) двусторонние эпидуральные гематомы
- 4) сочетание эпи- и субдуральных гематом

120. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ У ДЕТЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИВАЕТСЯ СОМАТОТРОПНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В

- 1)+ 90-100%
- 2) 30-60%
- 3) 15-30%
- 4) 5-10%

121. СИНДРОМ РАССЕЛА (ДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ КАХЕКСИЯ), КАК ПРАВИЛО, НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ НА ФОНЕ

- 1)+ глиомы гипоталамуса и хиазмы
- 2) краниофарингиомы
- 3) коллоидной кисты III желудочка
- 4) герминомы

122. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЖАЛОБА ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЕЙ КИАРИ I НА

- 1)+ боль в затылке или в шее
- 2) головокружение
- 3) диплопию
- 4) дизартрию

123. В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С КРАНИОФАРИНГИОМАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЕФИЦИТ

- 1)+ гормона роста
- 2) пролактина
- 3) АКТГ
- 4) инсулина

124. СИСТЕМНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ астроцитом
- 2) эпендимом
- 3) медуллобластом
- 4) гермином

125. ГОЛОКОРД-СИРИНГОМИЕЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- 1)+ в любом случае вне зависимости от клиники
- 2) при наличии нарушений чувствительной сферы
- 3) при наличии нарушений двигательной сферы
- 4) при наличии нейропатии каудальной группы черепно-мозговых нервов

126. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ РАЗВИВАЕТСЯ В ____% СЛУЧАЕВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ У ДЕТЕЙ

- 1)+ 85
- 2) 55
- 3) 20
- 4) 10

127. ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

- 1)+ противопоказана
- 2) показана только если нет возможности выполнить КТ
- 3) показана детям с ЧМТ в коме
- 4) показана только пациентам с лёгкой ЧМТ

128. КЕФАЛОГЕМАТОМЫ КАЛЬЦИФИЦИРУЮТСЯ В ТЕЧЕНИИ _____СУТОК

- 1)+ 14-35
- 2) 1-6
- 3) 2-5
- 4) 5-7

129. ДЛЯ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ гиперпролактинемии и несахарного диабета
- 2) гипопролактинемии и несахарного диабета
- 3) соматотропной недостаточности и дисэнцефальной кахексии
- 4) тиреотропной недостаточности и дисэнцефального ожирения

130. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСТУЩЕГО ПЕРЕЛОМА ПРЕЖДЕ ВСЕГО НАПРАВЛЕНО НА

- 1)+ закрытие дефекта твердой мозговой оболочки
- 2) закрытие дефекта кости
- 3) удаление очагов ушиба
- 4) удаление эпи-субдуральной гематомы

131. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ гамартромы гипоталамуса
- 2) коллоидной кисты III желудочка
- 3) медуллобластомы
- 4) ДНЭО

132. ПРИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ II ДИСТОПИЯ МИНДАЛИН МОЗЖЕЧКА СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ миеломенингоцеле на поясничном уровне
- 2) нейрофиброматозом
- 3) болезнью Гиппеля-Линдау
- 4) болезнью Лермитта-Дюкло

133. К МЕТОДАМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ нейросографию, компьютерную томографию
- 2) люмбальную пункцию
- 3) магнитно-резонансную томографию
- 4) краниографию

134. СОЧЕТАНИЕ ОПУХОЛИ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ С НОВООБРАЗОВАНИЕМ В ОБЛАСТИ ВОРОНКИ III ЖЕЛУДОЧКА И ХИАЗМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ герминомы
- 2) глиомы
- 3) медуллобластомы
- 4) эпендимомы

135. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ I ТИПА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ жалобами на периодические боли в затылочной области
- 2) парепарезом
- 3) бульбарным синдромом
- 4) ухудшением функции зрения

136. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ IV ТИПА

- 1)+ несовместима с жизнью
- 2) составляет не более 25-40 лет
- 3) составляет не более 10 лет
- 4) составляет 45-60 лет

137. БОЛЬШИНСТВО ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ ГЛИОМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пилоидными астроцитомами (Grade I)
- 2) пилоидными астроцитомами с пролиферацией эндотелия сосудов (Grade II)
- 3) анапластическими астроцитомами (Grade III)
- 4) глиобластомами (Grade IV)

138. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ I ТИПА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-5 ЛЕТ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ жалобами на головную боль
- 2) темповой задержкой психо-моторного развития
- 3) нарушениями работы тазовых органов
- 4) парапарезом

139. ИНВАЗИВНЫЙ РОСТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ медуллобластомы
- 2) краниофарингиомы
- 3) пилоидной астроцитомы
- 4) хориоидпапилломы

140. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ I ТИПА СЧИТАЮТ

- 1)+ головные боли в затылочной области, усиливающиеся при проведении манёвра Вальсальвы
- 2) триаду Хакима-Адамса
- 3) застой на глазном дне
- 4) пятна на теле цвета «кофе с молоком»

141. ПОДНАДКОСТНИЧНАЯ ГЕМАТОМА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ МОЖЕТ СОЧЕТАТЬСЯ С

- 1)+ линейным переломом свода черепа
- 2) эпидуральной гематомой
- 3) субдуральной гематомой
- 4) очагом ушиба или размозжения

142. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ПАТОЛОГИЯМИ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ синрингомиелия и сколиоз
- 2) гидроцефалия и менингомиелоцеле
- 3) платибазия и стеноз водопровода
- 4) дермальный синус и агенезия мозолистого тела

143. ПРИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ II ДИСТОПИЯ МИНДАЛИН МОЗЖЕЧКА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ дисгенезией или агенезией мозолистого тела
- 2) болезнью Гиппеля-Линдау
- 3) болезнью Лермитта-Дюкло
- 4) нейрофиброматозом

144. ТЕРМИНОМ МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ 1.5 ТИПА НАЗЫВАЮТ СОСТОЯНИЕ ПРИ КОТОРОМ

- 1)+ дистопия миндалин мозжечка сочетается с дистопией ствола головного мозга
- 2) дистопия миндалин мозжечка сочетается с синрингомиелией
- 3) менингоцеле сочетается с микрокронией
- 4) пятна на теле цвета «кофе с молоком» с триадой Хакима-Адамса

145. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В СПИННОЙ МОЗГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ эпендимомы IV желудочка
- 2) аденомы гипофиза
- 3) интравентрикулярной краниофарингиомы
- 4) пилоидной астроцитомы ствола

146. ДИЭНЦЕФАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ краниофарингиомы
- 2) коллоидной кисты III желудочка
- 3) эпендимомы
- 4) герминомы

147. ТОТАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ КРАНИОФАРИНГИОМЫ

- 1)+ не улучшает эндокринный статус пациентов
- 2) улучшает эндокринный статус пациентов
- 3) отсрочено улучшает эндокринный статус пациентов
- 4) отсрочено ухудшает эндокринный статус пациентов

148. К "ЗОЛОТОМУ СТАНДАРТУ" ДИАГНОСТИКИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ I ТИПА ОТНОСЯТ

- 1)+ МРТ головы и спины
- 2) только МРТ головы
- 3) только МРТ спины
- 4) ТАР-тесты

149. АНОМАЛИЯ ДЭНДИ –УОКЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ гипоплазией или же аплазией мозжечка, без смещения миндалин мозжечка
- 2) миграцией части мозжечка и ствола мозга за пределы краниовертебрального перехода через spina bifida
- 3) каудальным смещением червя мозжечка и ствола мозга ниже БЗО
- 4) смещением миндалин мозжечка в спинномозговой канал через большое затылочное отверстие

150. НАРУЖНЫЙ ЛЮМБАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ ИМПЛАНТИРУЮТ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ НА

- 1)+ 3-5 дней
- 2) 30 минут
- 3) 14 дней
- 4) 28 дней

151. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ НЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ шванномой
- 2) эпендимомой
- 3) пилоидной астроцитомой
- 4) хориоид плексус папилломой

152. ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ДЕТЕЙ СКОЛИОЗ ЧАЩЕ ПРИСУТСТВУЕТ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ синингомиелией
- 2) гидроцефалией
- 3) гипоплазией мозжечка
- 4) ретроцеребеллярной арахноидальной кистой

153. К ОСНОВНЫМ ТОМОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АНОМАЛИИ КИАРИ ПОМИМО ОПУЩЕНИЯ МИНДАЛИН МОЗЖЕЧКА НИЖЕ УРОВНЯ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ КАК В САГИТТАЛЬНОЙ, ТАК И ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПРОЕКЦИЯХ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие большой затылочной цистерны, уменьшение вертикального и горизонтального размеров задней черепной ямки
- 2) утолщение костей задней черепной ямки, увеличение длины ската
- 3) стеноз водопровода головного мозга, уменьшение тенториального угла
- 4) увеличение переднего и заднего субарахноидального пространства на уровне зуба С2 позвонка

154. ОСТАТОК ОПУХОЛИ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗМЕРОМ 1,5СМ²

- 1)+ значительно ухудшает прогноз
- 2) не влияет на исход
- 3) улучшает исход
- 4) никак не связано с дальнейшим течением заболевания

155. У ДЕТЕЙ ВНАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ гипертензионной и окклюзионной симптоматикой
- 2) задержкой роста
- 3) ускорением роста
- 4) бессимптомным течением

156. АПНОЭ ВО СНЕ У НОВОРОЖДЁННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ

- 1)+ аномалии Киари II
- 2) гидроцефалии
- 3) менингите
- 4) болезни моя-моя

157. ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I ПЕРЕГИБ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА

- 1)+ отсутствует
- 2) имеется в 87% случаев
- 3) имеется в 55% случаев
- 4) имеется в 30% случаев

158. КЛИНИКУ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ОККЛЮЗИОННОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ МЕДУЛЛОБЛАСТОМАХ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ПУТАЮТ С

- 1)+ кишечной инфекцией
- 2) бронхитом
- 3) ангиной
- 4) бронхиальной астмой

159. У ДЕТЕЙ СОЧЕТАНИЕ АНОМАЛИИ КИАРИ I С СИРИНГОМИЕЛИЕЙ ЧАСТО МАНЕФЕСТИРУЕТ С ПРОГРЕССИИ

- 1)+ сколиоза
- 2) гидроцефалии
- 3) гемианопсии
- 4) тазовых нарушений

160. В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ ВЗРОСЛОГО ВОЗРАСТА С АНОМАЛИЕЙ КИАРИ I ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТ

- 1)+ бульбарный синдром (или его элементы)
- 2) сирингомиелитический синдром
- 3) пирамидный синдром
- 4) тазовые нарушения

161. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ DROP-МЕТАСТАЗОВ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ МРТ СПИНЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ перед операцией или через 2-3 недели после операции
- 2) через 5 дней после операции
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 12 месяцев

162. ЯТРОГЕННАЯ КАУДАЛЬНАЯ ДИСЛОКАЦИЯ МИНДАЛИН МОЗЖЕЧКА (ПСЕВДО-АНОМАЛИЯ КИАРИ) МОЖЕТ БЫТЬ ПОСЛЕ

- 1)+ люмбо-перитонеального шунтирования
- 2) вентрикуло-атриального шунтирования
- 3) тривентрикулоцистерностомии
- 4) стентирования водопровода головного мозга

163. СТАНДАРТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКОЙ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головного и спинного мозга
- 2) КТ краниовертебральной области
- 3) рентгенография краниовертебральной области
- 4) МРТ головного мозга и краниовертебральной области

164. НАИМЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ

- 1)+ Group 3
- 2) WNT
- 3) SHH
- 4) Group 4

165. К «ЗОЛОТОМУ СТАНДАРТУ» ДИАГНОСТИКИ КРАНИОФАРИНГИОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ КТ головы и МРТ головы с контрастным усилением
- 2) рентгенографию черепа
- 3) пневмовентрикулографию
- 4) пункционную ангиографию сосудов головного мозга

166. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ ХАРАКТЕРНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение с последующей радио- и химиотерапией
- 2) лучевая терапия
- 3) лучевая и химиотерапия
- 4) брахитерапия

167. АНОМАЛИЯ КИАРИ I МОЖЕТ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВИТЬСЯ В / ВО _____ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ любом
- 2) раннем детском
- 3) подростковом
- 4) взрослом

168. ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА МЕДУЛЛОБЛАСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ червь мозжечка
- 2) височная доля
- 3) мозолистое тело
- 4) верхний сагиттальный синус

169. ДЛЯ КРАНИОФАРИНГИОМ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ, РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ПРОИСХОДИТ У ___% ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ

- 1)+ 8–26
- 2) 1-5
- 3) 50
- 4) 75

170. НАЛИЧИЕ СИРИНГОМИЕЛИИ И СКОЛИОЗА ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К

- 1)+ субокципитальной декомпрессии с дулопластикой
- 2) С1 ламинэктомии
- 3) резекции миндаля мозжечка
- 4) сининго-кистерно стоии

171. ПРИ МР-ДИАГНОСТИКИ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ

- 1)+ гипо- и изоинтесивны на T1, гетерогенны на T2, накапливают контрастное вещество
- 2) гиперинтесивны на T2, изоинтесивны на T1
- 3) не накапливают контрастное вещество
- 4) гетерогенны на T1, гиперинтесивны на T2

172. ОПТИМАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КИАРИ I ТИПА, ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР

- 1)+ МРТ головного мозга с захватом краниовертебральной области, МР-ликвородинамика на уровне краниовертебральной области
- 2) МРТ головного мозга, суточный ЭЭГ мониторинг
- 3) краниографию в 2-х проекциях, функциональную рентгенографию позвоночника, МРТ головного мозга
- 4) КТ головного мозга, МРТ спинного мозга

173. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головного и спинного мозга с контрастным усилением и без
- 2) КТ головы
- 3) вентрикулография
- 4) пункционная ангиография

174. КОСТНЫЕ АНОМАЛИИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СОЧЕТАЮТСЯ С АНОМАЛИЕЙ КИАРИ В ___%

- 1)+ 20
- 2) 5
- 3) 60
- 4) 75

175. В ОСНОВЕ ФОРМИРОВАНИЯ АНОМАЛИИ КИАРИ I ЛЕЖИТ

- 1)+ диспропорция между объемом невральных образований и вместимостью задней черепной ямки
- 2) гипертрофия мозжечка
- 3) синингомиелия
- 4) тривентрикулярная гидроцефалия

176. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ РАДИОТЕРАПИИ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ 35-40 Гр на краниоспинальный переход с бустом 10-15 Гр на ложе опухоли
- 2) стереотаксическую радиотерапию
- 3) 75-100 Гр на ложе опухоли
- 4) 35-40 Гр на краниоспинальный переход с облучением спинного мозга

177. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЛАБИРОВАНИЕ ОДНОГО ИЛИ ОБОИХ МИНДАЛИН МОЗЖЕЧКА НИЖЕ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ (В ММ)

- 1)+ >5
- 2) >10
- 3) >15
- 4) >20

178. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ МЕСТО НАХОЖДЕНИЕ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ

- 1)+ задняя черепная ямка
- 2) третий желудочек
- 3) поясничное утолщение спинного мозга
- 4) хиазма зрительных нервов

179. ДИСТОПИЯ МИНДАЛИКОВ МОЗЖЕЧКА С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ РАСТЯЖЕНИЕМ IV ЖЕЛУДОЧКА И СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА, МИНИМАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СО СТОРОНЫ ОРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СПИННОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АНОМАЛИИ

- 1)+ Киари 1.5
- 2) Киари II
- 3) Киари III
- 4) Киари 0

180. В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АНОМАЛИЕЙ КИАРИ I ПРЕОБЛАДАЕТ

- 1)+ гипертензионный синдром
- 2) пирамидный синдром
- 3) мозжечковый синдром
- 4) сирингомиелитический синдром

181. МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ метастазированием по ЦНС
- 2) метастазированием за пределы ЦНС
- 3) метастазированием по мягким тканям
- 4) неместатическим характером течения заболевания

182. АНОМАЛИЯ КИАРИ I В 62-80% НАБЛЮДЕНИЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ сирингомиелии на разных уровнях спинного мозга
- 2) асимметричной гидроцефалией
- 3) изолированным IV желудочком
- 4) стенозом водопровода

183. НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ II ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ младенцев
- 2) детей старшего возраста
- 3) подростков
- 4) взрослых

184. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ В ШЕЙНО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПРОБЕ ВАЛЬСАЛВЫ ИЛИ ПРИ КАШЛЕ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ аномалии Киари I
- 2) коллоидной кисты III желудочка
- 3) липомы конуса спинного мозга
- 4) стенозе водопровода

185. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИИ КИАРИ I ЯВЛЯЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛИКВОРОДИНАМИКИ НА УРОВНЕ

- 1)+ краниовертебрального перехода
- 2) водопровода мозга
- 3) межжелудочковых отверстий (Монро)
- 4) спинномозгового канала

186. ЧАЩЕ ВСЕГО МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ МАНИФЕСТИРУЮТ В

- 1)+ первые 10 лет жизни
- 2) 20-30 лет
- 3) после 40 лет
- 4) после 75 лет

187. АНОМАЛИЯ КИАРИ I ПРОТЕКАЕТ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЯВЛЯЕТСЯ СЛУЧАЙНОЙ НАХОДКОЙ, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МРТ ИССЛЕДОВАНИЯ ДО__%

- 1)+ 30
- 2) 5
- 3) 80
- 4) 50

188. ИЗБЫТОЧНОЕ ЛЮМБО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ псевдо-аномалии Киари
- 2) сирингомиелии на поясничном уровне
- 3) субдуральному кровоизлиянию
- 4) выраженному болевому синдрому

189. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ

- 1)+ WNT
- 2) Group 3
- 3) Group 4
- 4) SHH

190. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ II ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компрессия ствола головного мозга
- 2) нарушение кровотока по ЗНМА
- 3) прогрессирующая сирингомиелия на шейном уровне
- 4) внутрижелудочковое кровоизлияние

191. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ СУБОКЦИПИТАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ псевдоменингоцеле
- 2) менингит
- 3) раневая ликворея
- 4) птоз мозжечка

192. В СЛУЧАЕ ВЕНТРАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ ПЕРВОМ ЭТАПОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ трансоральная резекция зубовидного отростка С2 позвонка
- 2) трансназальная резекция переднего полукольца С1 позвонка
- 3) вентрикуло-перитонеальное шунтирование
- 4) краниовертебральная декомпрессия с резекцией заднего полукольца С1 позвонка

193. У ДЕТЕЙ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ СРЕДИ ПРОЧИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ С ЧАСТОТОЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 15-20
- 2) 1-5
- 3) 90
- 4) 100

194. АНОМАЛИЯ КИАРИ I СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ СИРИНГОМИЕЛИИ В___%

- 1)+ 20-56
- 2) 5-16
- 3) 70-86
- 4) 96

195. КРАНИОФАРИНГИОМЫ СРЕДИ ПРОЧИХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 5-10
- 2) 1-2
- 3) 25
- 4) более 50

196. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ НЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ глиобластомой
- 2) пилоидной астроцитомой
- 3) эпендимомой
- 4) хориоид плексус папилломой

197. ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА МЕДУЛЛОБЛАСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ крыша четвёртого желудочка
- 2) мозолистое тело
- 3) верхний сагиттальный синус
- 4) височная доля

198. КАК ПРАВИЛО, АНОМАЛИЯ КИАРИ II КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В

- 1)+ младенчестве
- 2) подростковом возрасте
- 3) взрослом возрасте
- 4) любом возрасте

199. ДЛЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ короткий анамнез (6-12 недель)
- 2) продолжительный анамнез (более 12 месяцев)
- 3) длительный анамнез (более 2-3 лет)
- 4) молниеносное течение (несколько часов)

200. ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ТРЕБУЮТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 30-40
- 2) 90
- 3) менее, чем 5
- 4) 50-60

201. ПРИ ОСТРО РАЗВИВШЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ перивентрикулярный отёк
- 2) деструкцию турецкого седла
- 3) атрофию мозолистого тела
- 4) истончение лобной кости

202. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ тошноту и рвоту
- 2) расхождение краев раны над клапаном шунта
- 3) положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- 4) покраснение и вздутие по ходу дистального катетера

203. ШУНТИРОВАНИЕ ПО ТОРКИЛЬДСЕНУ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ шунтирование ликвора из боковых желудочков в большую затылочную цистерну
- 2) шунтирование ликвора из боковых желудочков в субгалеальное пространство
- 3) имплантацию катетера-стента в водопровод мозга, соединив 3-ий и 4-й желудочки
- 4) шунтирование ликвора из боковых желудочков в субдуральное пространство

204. ПРОДУКЦИЯ ЛИКВОРА В ЦНС

- 1)+ не зависит от артериального давления
- 2) происходит только в хориоидных сплетениях
- 3) имеет постоянную скорость не менее 400мл/сутки
- 4) зависит от скорости резорбции ликвора

205. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЛИКВОРА У ПАЦИЕНТА, ГОТОВЯЩЕГОСЯ К ИМПЛАНТАЦИИ ВПШ, НУЖНО

- 1)+ отложить операцию до санации ликвора, установив нвд (если он отсутствует) и начать этиотропную терапию
- 2) отказаться от вентрикуло-перитонеального шунта в пользу резервуара для интратекального введения антибиотика
- 3) отложить операцию до получения профиля антибиотикочувствительности и установить ВПШ на фоне введения подобранного антибиотика
- 4) отказаться от вентрикуло-перитонеального шунтирования в пользу вентрикуло-атриального и вводить подобранный антибиотик системно

206. В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СКОРОСТЬ ПРОДУКЦИИ ЛИКВОРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ РАЗНИЦЕЙ МЕЖДУ ДАВЛЕНИЕМ

- 1)+ внутричерепным и внутрисинусным
- 2) артериальным и внутричерепным
- 3) артериальным и внутрисинусным
- 4) ликворным и артериальным

207. РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ СНИЖАЕТСЯ ПРИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКЕ

- 1)+ гликопептидами
- 2) препаратами пенициллинового ряда
- 3) препаратами полимиксинового ряда
- 4) линкозамидами

208. У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ РИСК ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ СНИЖАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ индометацина
- 2) стероидных препаратов
- 3) фенобарбитала
- 4) ибупрофена

209. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ перинатального внутричерепного кровоизлияния
- 2) черепно-мозговой травмы
- 3) прогрессирования новообразования в задней черепной ямке
- 4) врожденного стеноза водопровода

210. У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 6 МЕСЯЦЕВ, СТРАДАЮЩИХ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ, ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ ограничение взора вверх и сходящееся косоглазие
- 2) синдром Парино и отек диска зрительного нерва
- 3) отек диска зрительного нерва и сходящееся косоглазие
- 4) отек диска зрительного нерва и ограничение взора вверх

211. АРАХНОИДАЛЬНАЯ КИСТА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ ТРЕБУЕТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЕСЛИ

- 1)+ обнаружен отек дисков зрительных нервов
- 2) речь идет о кисте 1 типа по Галасси
- 3) течение бессимптомное, но киста расположена в доминантном полушарии
- 4) размеры кисты превышают 20 мм

212. ДОКТРИНА МОНРО-КЕЛЛИ: ИНТРАКРАНИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОСТОЯНСТВОМ

- 1)+ объёма
- 2) состава
- 3) формы
- 4) плотности

213. КИСТА КАРМАНА БЛЕЙКА РАСПОЛОЖЕНА

- 1)+ в задней черепной ямке
- 2) в супраселлярной области
- 3) на дне передней черепной ямки
- 4) на поверхности ската

214. У РЕБЕНКА-НОСИТЕЛЯ ВПШ С ЖАЛОБАМИ НА СОНЛИВОСТЬ, НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ТОШНОТУ И РВОТУ, ОБЛЕГЧАЮЩИЕСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЁЖА, СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ НА КОНТРОЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ КТ

- 1)+ спавшиеся желудочки вследствие гипердренирования
- 2) спавшийся боковой желудочек вследствие разобщения
- 3) резкое расширение третьего желудочка вследствие разобщения
- 4) резкое расширение желудочков вследствие гиподренирования

215. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ нарушение функции акустико-фациальной группы нервов
- 2) нарушение функции каудальной группы нервов
- 3) снижение остроты зрения
- 4) кривошея

216. ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ СООБЩЕНИЯ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ ПРОСТРАНСТВОМ УДАЕТСЯ ПО ИЗОБРАЖЕНИЯМ

- 1)+ КТ-цистернографии
- 2) T2-последовательности МРТ
- 3) КТ-ангиографии
- 4) последовательности DWI на МРТ

217. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИИ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА ПЕРВЫМ ШАГОМ В ЛЕЧЕНИИ НЕПРЕМЕННО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление инфицированной системы полностью
- 2) эмпирическая антибиотикотерапия
- 3) замена перитонеального катетера на новый
- 4) замена вентрикулярного катетера на импрегнированный серебром

218. ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ТОКА ЛИКВОРА НА МРТ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОДХОДЯТ ИЗОБРАЖЕНИЯ

- 1)+ тонких сагиттальных срезов T2-FSE
- 2) последовательности CISS/FIESTA
- 3) аксиальных срезов T2-FLAIR
- 4) тонких сагиттальных срезов T2-FLAIR

219. У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ С

- 1)+ оценки вентрикуломегалии и степени тяжести ВЖК с помощью визуализационных методов
- 2) люмбальной пункции с целью определения примеси крови в ликворе
- 3) немедленной установки наружного вентрикулярного дренажа
- 4) оценки лабораторных показателей крови и люмбального ликвора

220. КЛАССИФИКАЦИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ГАЛАССИ УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ степень сообщения кисты с субарахноидальным пространством
- 2) степень сужения субарахноидального пространства
- 3) наличие крупных сосудов в стенке кисты
- 4) наличие глазодвигательных расстройств

221. АТИПИЧЕСКАЯ ТЕРАТОИДНО-РАБДОИДНАЯ ОПУХОЛЬ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 1-12 месяцев
- 2) 1-3 лет
- 3) 5-7 лет
- 4) 15-18 лет

222. ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРАНИОФАРИНГИОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОТМЕЧАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ

- 1)+ несахарного диабета
- 2) гемипареза
- 3) бульбарного синдрома
- 4) афатических нарушений

223. К ПРИЗНАКАМ ДИСФУНКЦИИ ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ напряженный родничок
- 2) сохраняющееся расширение желудочковой системы на контрольных КТ
- 3) смещение дистального катетера в ретроцекальный карман на контрольной рентгенографии
- 4) ограничение взора вниз при контрольном офтальмологическом осмотре

224. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ НАРУЖНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ У ДЕТЕЙ

- 1)+ не требует лечения, не является патологическим состоянием
- 2) регрессирует к 10 годам
- 3) связана с нарушением развития венозной системы мозга
- 4) требует имплантации ликворошунтирующей системы

225. С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ОБЫЧНО АССОЦИИРУЕТСЯ АНОМАЛИЯ КИАРИ____ ТИПА

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

226. ХОРИОИД ПАПИЛЛОМЫ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ прорастанием окружающих тканей
- 2) ростом в пределах желудочков
- 3) накоплением контрастного вещества при томографии
- 4) гиперсекрецией ЦСЖ

227. ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА МЛАДШЕ 1 ГОДА С ВЫРАЖЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ симптом заходящего солнца
- 2) отёк диска зрительного нерва с двух сторон
- 3) горизонтальный нистагм
- 4) ограничение взора вниз

228. ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА ЭПЕНДИМОМ В ОБЛАСТИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дно 4-го желудочка, отверстие Люшки
- 2) задняя поверхность пирамиды височной кости
- 3) большое затылочное отверстие
- 4) червь мозжечка

229. АРАХНОИДАЛЬНАЯ КИСТА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ГАЛАССИ 1

- 1)+ как правило, двояковыпуклой или округлой формы
- 2) может рассматриваться как вариант нормы
- 3) обычно вызывает латеральную дислокацию структур мозга
- 4) обычно T1-гиперинтенсивна

230. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА ОТНОСЯТ

- 1)+ расхождение краев раны над клапаном шунта
- 2) повышение температуры тела
- 3) тошноту и рвоту в положении стоя
- 4) лейкоцитоз в лабораторном анализе крови

231. ИЗ ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ В ТЕКУЩЕЙ ПРАКТИКЕ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ 3 ПОКОЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР НЕ ПРОХОДИТ

- 1)+ цефиксим
- 2) цефтриаксон
- 3) цефотаксим
- 4) цефтазидим

232. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРИВЕНТРИКУЛОСТОМИИ В ПРОТОКОЛ КОНТРОЛЬНОЙ МРТ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ

- 1)+ тонкие сагиттальные срезы T2-FSE и CISS/FIESTA
- 2) тонкие аксиальные срезы CISS/FIESTA и T2-FLAIR
- 3) аксиальные и тонкие сагиттальные срезы CISS/FIESTA
- 4) коронарные и тонкие аксиальные срезы T2 и T2-FSE

233. ПРИ ОСТРОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ НА ИЗОБРАЖЕНИЯХ МРТ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ трансэпендимарная абсорбция спинно-мозговой жидкости
- 2) деструкция турецкого седла
- 3) атрофия мозолистого тела
- 4) обтурация большого затылочного отверстия миндалями мозжечка

234. К ПРИЗНАКАМ ДИСФУНКЦИИ ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие 10 мл свободной жидкости в брюшной полости
- 2) вздутие и покраснение по ходу дистального катетера
- 3) напряженный родничок
- 4) тошноту в вертикальном положении

235. ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА 5 ЛЕТ С ВЫРАЖЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ паралич 6-ой пары черепных нервов
- 2) двусторонний паралич глазодвигательного нерва
- 3) ограничение взора вверх и вниз
- 4) паралич аккомодации

236. К ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНФЕКЦИИ ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА ОТНОСЯТ

- 1)+ подтвержденный лабораторно менингит
- 2) повышение СРБ крови
- 3) тошноту и рвоту
- 4) «залипание» помпы шунта

237. СИНДРОМ КАЧАЮЩЕЙСЯ ГОЛОВЫ КУКЛЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ ОСМОТРЕ РЕБЕНКА С

- 1)+ гидроцефалией и резким расширением 3-го желудочка
- 2) изолированным четвёртым желудочком
- 3) постгеморрагической гидроцефалией
- 4) хориоидпапилломой бокового желудочка

238. АТИПИЧЕСКАЯ ТЕРАТОИДНО-РАБДОИДНАЯ ОПУХОЛЬ (АТ/РТ) В СТРУКТУРЕ ОПУХОЛЕЙ ЦНС У ДЕТЕЙ ЗАНИМАЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 1-2
- 2) 45-50
- 3) более 50
- 4) 75-80

239. ИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ВИДОВ КЛАПАНОВ ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ШУНТОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 6 МЕСЯЦЕВ, КАК ПРАВИЛО, ВЫБИРАЮТ

- 1)+ гравитационные и/или программируемые клапаны
- 2) клапаны низкого давления с антисифонным механизмом
- 3) маленькие клапаны высокого давления
- 4) программируемые клапаны без антисифонного механизма

240. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ имплантация вентрикуло-перитонеального шунта
- 2) вентрикуло-субгалеальное шунтирование
- 3) имплантация вентрикулярного резервуара
- 4) эндоскопическая тривентрикулостомия

241. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вентрикуло-перитонеальное шунтирование
- 2) наружное вентрикулярное дренирование до санации ликвора
- 3) вентрикуло-субгалеальное шунтирование
- 4) эндоскопическая коагуляция сосудистых сплетений боковых желудочков

242. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОЦЕФАЛИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейросонография
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) измерение ликворного давления

243. КИСТА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ГАЛАССИ 3

- 1)+ не сообщается с субарахноидальным пространством
- 2) сообщается с ипсилатеральным боковым желудочком
- 3) сообщается с хиазмальной цистерной
- 4) не сообщается с боковым желудочком, но сообщается с хиазмальной цистерной

244. ХОРИОИД КАРЦИНОМЫ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ ростом только в пределах желудочков
- 2) накоплением контрастного вещества при томографии
- 3) рецидивированием
- 4) гиперсекрецией ЦСЖ

245. АТРЕЗИЯ ОТВЕРСТИЙ МАЖАНДИ И ЛЮШКА АССОЦИИРОВАНА С

- 1)+ синдромом Денди-Уокера
- 2) изолированным 4 желудочком
- 3) кистой кармана Блейка
- 4) аномалией Киари 2 типа

246. КЛАССИФИКАЦИЯ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ГАЛАССИ НЕ УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ размер ипсилатерального бокового желудочка
- 2) размер кисты
- 3) степень сообщения кисты с субарахноидальным пространством
- 4) степень смещения прилежащей ткани мозга

247. РЕБЕНОК 6 МЕСЯЦЕВ С ОКРУЖНОСТЬЮ ГОЛОВЫ 48 СМ И РАЗМЕРОМ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА 30 ММ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗАДЕРЖКИ В РАЗВИТИИ

- 1)+ нуждается в нейросонографии и регулярном наблюдении детского невролога
- 2) должен быть направлен на МРТ головного мозга после консультации невролога
- 3) считается здоровым ребенком и наблюдается педиатром согласно стандартному графику
- 4) направляется на краниографию и нейросонографию неврологом в ускоренном порядке

248. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ наследственная предрасположенность
- 2) респираторный дистресс-синдром
- 3) выраженная гипотензия при рождении
- 4) выраженная гипоксемия при рождении

249. ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ТРИВЕНТРИКУЛОСТОМИЮ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ СТЕНОЗА ВОДОПРОВОДА

- 1)+ необходимо рассечь мембрану Лилиеквиста при ее наличии
- 2) необходимо выполнить септостомию
- 3) рекомендована коагуляция сосудистого сплетения бокового желудочка
- 4) рекомендовано в любом случае попытаться выполнить акведуктопластику

250. ПРИ ОПУХОЛЯХ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ ВЕДУЩИМ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертензионный
- 2) судорожный
- 3) геми-синдром
- 4) таламический синдром

251. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ С НЕСКОЛЬКИМИ УЧАСТКАМИ ДЕПИГМЕНТАЦИИ НА КОЖЕ, ФОКАЛЬНЫМИ ПРИСТУПАМИ - С 3 ЛЕТ, С ПЕРЕХОДОМ В БИЛАТЕРАЛЬНЫЕ КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ туберозный склероз
- 2) болезнь Гиппель – Линдау
- 3) нейрофиброматоз I
- 4) нейрофиброматоз II

252. ПРОТИВПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРИВЕНТРИКУЛОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сообщающаяся гидроцефалия
- 2) аномалия киири 2 типа
- 3) возраст пациента менее 5 лет
- 4) глиома ствола мозга, окклюзирующая водопровод

253. АРАХНОИДАЛЬНАЯ КИСТА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ГАЛАССИ 3

- 1)+ вызывает смещение средней линии
- 2) как правило, T2-гипоинтенсивна
- 3) сообщается с субарахноидальными пространствами
- 4) никогда не вызывает компрессию глазодвигательного нерва

254. РАЗВИТИЕ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА У РЕБЕНКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ БЫЛО ВЫЗВАНО ДЕФИЦИТОМ

- 1)+ АДГ
- 2) СТГ
- 3) ТТГ
- 4) ФСГ

255. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 8 ЛЕТ ОККЛЮЗИОННАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ, ТЕКТАЛЬНАЯ ГЛИОМА, ТО ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая тривентрикулостомия
- 2) стентирование водопровода
- 3) вентрикуло-перитонеальное шунтирование
- 4) динамическое наблюдение

256. ДЕВОЧКЕ 10 ЛЕТ С ЯВЛЕНИЯМИ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИИ, ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ И РВОТУ ВЫПОЛНЕНА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ, СЧИТАЮТ

- 1)+ пилоцитарную астроцитому
- 2) глиобласту
- 3) гемангиобласту
- 4) арахноидальную кисту

257. ВАЖНЕЙШИМ, СВЯЗАННЫМ С АНЕСТЕЗИЕЙ, ФАКТОРОМ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГЕМАТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипертензия в раннем послеоперационном периоде
- 2) переливание коллоидных растворов (Гелофузин, ХАЕС)
- 3) операция в положении на боку
- 4) использование ингаляционных анестетиков

258. КРАНИОСПИНАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ НЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хореоатетозом
- 2) сегментарными симптомами в виде мышечных атрофий
- 3) ранним развитием окклюзионного синдрома
- 4) бульбарными нарушениями

259. ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРАВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ВОЗНИКАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ _____ ГЕМИАНОПСИИ

- 1)+ левосторонней гомонимной
- 2) правосторонней гомонимной
- 3) битемпоральной
- 4) биназальной

260. ОФТАЛЬМОЛОГОМ ВЫЯВЛЕНА ПРАВОСТОРОННЯЯ ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ, ПОРАЖЁННОЙ СТРУКТУРОЙ ПРИ ЭТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ левый зрительный тракт
- 2) правый зрительный нерв
- 3) левый зрительный нерв
- 4) правый зрительный тракт

261. СИНДРОМ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА НЕ ВКЛЮЧАЕТ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ____ НЕРВА

- 1)+ III
- 2) V
- 3) VII
- 4) VIII

262. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВАРИАНТОМ ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА И МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ ОПУХОЛИ ПО СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ ПРОСТРАНСТВАМ СПИННОГО МОЗГА ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ медуллобластома
- 2) пилоидная астроцитома
- 3) глиобластома
- 4) эпендимома

263. ДЛЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ КАК ОБЩЕМОЗГОВОГО СИМПТОМА НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локальный характер болей
- 2) появление тошноты и рвоты
- 3) возникновение болей в ночные и утренние часы
- 4) наличие внутричерепной гипертензии

264. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА В 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ

- 1)+ 43
- 2) 40
- 3) 39
- 4) 46

265. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ нарушение обоняния
- 2) нарушение зрения
- 3) быстрое развитие гипертензионно-гидроцефального синдрома
- 4) нарушение зрачковых реакций

266. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С ПРИСТУПАМИ ИНТЕНСИВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ РВОТОЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ 5 МЕСЯЦЕВ, С ОТЕКОМ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ГЛАЗНОГО ДНА, БЕЗ ПАТОЛОГИЙ ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ идиопатическая внутричерепная гипертензия
- 2) мигрень
- 3) головная боль напряжения
- 4) кластерная головная боль

267. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ пареза мимической мускулатуры
- 2) кондуктивной тугоухости
- 3) асимметрии при открывании рта
- 4) нарушение вкуса на передних 2/3 языка

268. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО 5-АЛК ПРИМЕНЯЕТСЯ В ИЗУЧЕНИИ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ

- 1)+ злокачественных глиом
- 2) менингиом
- 3) метастазов
- 4) медуллобластом

269. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ С «ШАГРЕНЕВОЙ КОЖЕЙ» РАЗМЕРОМ 10 X 15 CM НА ПОЯСНИЦЕ И ОПУХОЛЮ ПРАВОГО БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ МРТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гигантоклеточная астроцитома
- 2) эпендимомы
- 3) хориоидкарцинома
- 4) пилоидная астроцитома

270. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ синдрома Парино
- 2) хиазмального синдрома
- 3) эндокринных нарушений
- 4) прехиазмального синдрома

271. ОПУХОЛЬ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ бульбарным синдромом
- 2) парезом блокового нерва
- 3) синдромом Парино
- 4) эпилептическими припадками

272. У ПАЦИЕНТА С ПАРЕЗОМ ВЗОРА ВПРАВО, ЛЕВОСТОРОННИМ СПАСТИЧЕСКИМ ГЕМИПАРЕЗОМ ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правая половина моста
- 2) левая половина моста
- 3) покрывка среднего мозга справа
- 4) покрывка среднего мозга слева

273. АРАХНОИДАЛЬНАЯ КИСТА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ГАЛАССИ 1

- 1)+ обычно гиперинтенсивна в режиме МРТ T2
- 2) как правило, трудно различима на изображениях МРТ в режиме T2
- 3) обычно гиперинтенсивна в режиме МРТ T1
- 4) лучше всего видна на МРТ в режиме DWI

274. ДВУСТОРОННЯЯ ПАРАСАГИТТАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЗАДНЕЛОБНОЙ ОБЛАСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нижним центральным параспазмом
- 2) снижением критики
- 3) астазией-абазией
- 4) речевыми нарушениями

275. ПРИ ОПУЩЕНИИ ВЕКА РЕБЕНКА СПРАВА И РАСХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ ЗА СЧЕТ ПРАВОГО ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПОРАЖЕННОЙ СТРУКТУРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СПРАВА

- 1)+ 3 нерв
- 2) 4 нерв
- 3) 6 нерв
- 4) покрывка моста

276. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОБУЖДЕНИЕ ПОСЛЕ АНЕСТЕЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- 1)+ ксенона
- 2) пропофол
- 3) севофлурана
- 4) десфлурана

277. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА 12 ЛЕТ ПРИ МРТ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТО НУЖНО ОБЯЗАТЕЛЬНО ИССЛЕДОВАТЬ

- 1)+ альфа-фетопропротеин, хориональный гонадотропин в крови
- 2) ТТГ, ТЗ, Т4 в крови
- 3) уровень кортизола в крови
- 4) уровень тестостерона, пролактина в крови

278. К ОТДЕЛУ ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ, КОТОРЫЙ НЕ СОДЕРЖИТ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ, ОТНОСЯТ

- 1)+ водопровод
- 2) четвертый желудочек
- 3) боковые желудочки
- 4) третий желудочек

279. СИНДРОМ БРУНСА ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ острой окклюзией выхода из IV желудочка
- 2) вклиниванием гиппокампа в тенториальное отверстие
- 3) окклюзией отверстия Монро
- 4) частым возникновением при коллоидных кистах III желудочка

280. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ, У КОТОРОГО С 4 МЕСЯЦЕВ ПРИ ОСТАНОВКЕ ПРИБАВКИ ВЕСА, АППЕТИТ НЕ СНИЖЕН, РВОТЫ НЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глиома хиазмы
- 2) опухоль червя мозжечка
- 3) краниофарингиома
- 4) опухоль продолговатого мозга

281. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 5-АЛК
- 2) индоцианин
- 3) флуоресцеин
- 4) раствор бриллианта зеленого

282. ДЛЯ ОПУХОЛИ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретрохиазмальный синдром
- 2) прехиазмальный синдром
- 3) хиазмальный синдром
- 4) нарушение слуха

283. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ СО СНИЖЕНИЕМ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, ПРИЗНАКАМИ ПЕРВИЧНОЙ АТРОФИИ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ, ПЯТНАМИ НА КОЖЕ ЦВЕТА «КОФЕ С МОЛОКОМ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейрофиброматоз I
- 2) нейрофиброматоз II
- 3) туберозный склероз
- 4) болезнь Гиппель – Линдау

284. ОПУХОЛЬ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ эпилептическими припадками с вегетативной аурой
- 2) синдромом Брунса
- 3) битемпоральной гемианопсией
- 4) нарушением пространственной ориентировки

285. К ВНУТРИМОЗГОВЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ глиома
- 2) менингиома
- 3) аденома гипофиза
- 4) невринома

286. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОЧАГОМ ПОРАЖЕНИЯ У РЕБЕНКА, ЖАЛУЮЩЕГОСЯ НА ЭПИЗОДЫ МЕЛЬКАНИЯ ЗВЕЗДОЧЕК С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЭПИЗОДОВ 10 СЕКУНД И ЧАСТОТОЙ 4 РАЗА В СУТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ затылочная доля слева
- 2) зрительный тракт слева
- 3) зрительный нерв справа
- 4) зрительный нерв слева

287. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ, НЕ РАСТУЩЕГО С 4 ЛЕТ, ПРИ РОСТЕ 105 СМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоселлярная краниофарингиома
- 2) глиома хиазмы
- 3) стебельная краниофарингиома
- 4) интавентрикулярная краниофарингиома

288. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение функции глазодвигательных нервов
- 2) парез взора вверх
- 3) нарушение содружественных движений глазных яблок
- 4) нарушение функции зрительного нерва

289. СИНДРОМ ОБЪЕМНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРБИТЫ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ симпаталгию
- 2) нарушение функции глазодвигательного нерва
- 3) нарушение функции зрительного нерва
- 4) экзофтальм

290. ДЛЯ ОПУХОЛИ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение сочетанной деятельности полушарий
- 2) anosmia
- 3) амнестическая афазия
- 4) возникновение слуховых галлюцинаций

291. К ВНЕМОЗГОВЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ менингиома
- 2) медуллобластома
- 3) пинеоцитомы
- 4) эпендимома

292. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ АНЕСТЕЗИИ НЕ ПОДАВЛЯЮЩИМ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дексмететомидин
- 2) пропофол
- 3) севофлуран
- 4) ксенон

293. ЕСЛИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 МЕСЯЦЕВ ПРИ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫЯВЛЕНЫ АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА, РАСШИРЕНИЕ БОКОВЫХ И 3 ЖЕЛУДОЧКА, ПРИ ЭТОМ В КЛИНИКЕ – РАЗВИТИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ, ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ 45 СМ, УСИЛЕН РИСУНОК ПОДКОЖНОЙ ВЕНОЗНОЙ СЕТИ ГОЛОВЫ, ТО ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярное вмешательство
- 2) динамическое наблюдение
- 3) операция ВПШ
- 4) эндоскопическая тривентрикулостомия

294. ПРИЧИНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ, ПРИ РОСТЕ 105 СМ., С ВЫЯВЛЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРАНИОФАРИНГИОМЫ СТАЛ ДЕФИЦИТ ГОРМОНА

- 1)+ СТГ
- 2) ТТГ
- 3) АДГ
- 4) ФСГ

295. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ РЕБЕНКА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ ____ СМ

- 1)+ 46
- 2) 43
- 3) 44
- 4) 48

296. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ У МАЛЬЧИКА 9 ЛЕТ С АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТОЙ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ СЛЕВА, GALLASI III, ПРИ МЕДЛЕННОМ УВЕЛИЧЕНИИ РАЗМЕРОВ КИСТЫ В ДИНАМИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая фенестрация стенок кисты
- 2) динамическое наблюдение
- 3) кистоперитонеостомия
- 4) удаление кисты

297. ФАКТОРОМ, В НАИБОЛЬШЕЙ МЕРЕ ВЛИЯЮЩИМ НА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ количество выведенного ликвора
- 2) размер иглы
- 3) положение пациента во время процедуры
- 4) длительность пребывания в горизонтальном положении после процедуры

298. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА С УТРЕННИМИ РВОТАМИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 2 МЕСЯЦЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** дорзальная экзофитная глиома
- 2) опухоль 3 желудочка
- 3) опухоль бокового желудочка
- 4) опухоль червя мозжечка

299. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕТОДИКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ РЕЧЕВЫХ ЗОН МОЗГА СЧИТАЮТ

- 1)+** краниотомию в сознании
- 2) функциональную МРТ
- 3) мониторинг электрокортикографии
- 4) мониторинг вызванных потенциалов

Тема 2. Неврология и реабилитация.

1. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ВИСОЧНО-ТЕНТОРИАЛЬНОЕ ВКЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ височной доли**
- 2) мозжечка
- 3) ствола мозга
- 4) лобной доли

2. ДЛЯ ЯДЕРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА

- 1)+ атрофия мышц языка**
- 2) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- 3) нарушение вкуса на задней трети языка
- 4) дисфония

3. АКСИАЛЬНОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ ВКЛИНЕНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ мозжечка**
- 2) лобной доли
- 3) спинного мозга
- 4) затылочной доли

4. ПРИ ПОРАЖЕНИИ БАЗАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ астазия**
- 2) афазия
- 3) астереогноз
- 4) афония

5. АФФЕРЕНТНЫЙ ПУТЬ ЗРАЧКОВЫХ РЕАКЦИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЧЕРЕПНОЙ НЕРВ

- 1)+ II**
- 2) III
- 3) V
- 4) IV

6. СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕННЕДИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атрофией ДЗН на стороне опухоли и застоем на противоположной**
- 2) застоем ДЗН на стороне опухоли и атрофией на противоположной
- 3) двусторонним застоем ДЗН
- 4) двусторонней вторичной атрофией ДЗН

7. РЕТРОХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гомонимной гемианопсией**
- 2) скотомами, снижением остроты зрения
- 3) биназальной гемианопсией
- 4) битемпоральной гемианопсией

8. К ПРИЗНАКАМ ПОРАЖЕНИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ нарушение вкуса на задней трети языка**
- 2) атрофия языка
- 3) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- 4) дисфония

9. ПРИ КОНВЕКСИТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ В ПРЕМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ НЕ РЕДКО РАЗВИВАЮТСЯ

- 1)+ адверсивные эпилептические припадки
- 2) двигательные нарушения
- 3) расстройства статики
- 4) личностные нарушения

10. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ длительное асимптомное течение заболевания
- 2) быстрое развитие двигательных нарушений
- 3) развитие афферентного пареза
- 4) быстрое развитие дислокационных нарушений

11. РЕТРОХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА

- 1)+ зрительный тракт, лучистость, затылочную долю
- 2) дистальный отрезок зрительного нерва
- 3) перекрест зрительных нервов
- 4) проксимальный отрезок зрительного нерва

12. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ВИСОЧНО-ТЕНТОРИАЛЬНОЕ ВКЛИНЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нисходящей симптоматикой со стороны ножек мозга, моста и продолговатого мозга
- 2) восходящей симптоматикой от продолговатого мозга к ножкам мозга
- 3) нисходящей симптоматикой от диэнцефальной области к продолговатому мозгу
- 4) стволово-мозжечковой симптоматикой

13. СИНДРОМ ФОСТЕРА–КЕННЕДИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ

- 1)+ асимметрично расположенных опухолях передней черепной ямки
- 2) опухолях задней черепной ямки
- 3) парасагиттальных опухолях
- 4) крупных внутримозговых опухолях височной доли

14. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕРВИЧНЫХ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ СТРУКТУР ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипо- или аносмией
- 2) гиперосмией
- 3) обонятельными галлюцинациями
- 4) эпилептическими приступами с обонятельной аурой

15. НАРУШЕНИЕ ВКУСА НА ПЕРЕДНИХ 2/3 ЯЗЫКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

- 1)+ VII
- 2) V
- 3) IX
- 4) X

16. ПАРАСИМАТИЧЕСКИЙ ПУТЬ ИННЕРВАЦИИ СФИНКТЕРА ЗРАЧКА ВКЛЮЧАЕТ ГАНГЛИИ

- 1)+ ресничный
- 2) звездчатый
- 3) крылонебный
- 4) верхний шейный

17. ЛОКАЛЬНАЯ ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ОПУХОЛИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ раздражением оболочки головного мозга
- 2) отеком головного мозга
- 3) затруднением венозного оттока
- 4) окклюзионной гидроцефалией

18. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ВКЛИНЕНИЕ ПОД ФАЛЬКС МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ ИНФАРКТОМ В БАССЕЙНЕ АРТЕРИИ

- 1)+ передней мозговой
- 2) средней мозговой
- 3) внутренней слуховой
- 4) верхней мозжечковой

19. ПРЕХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА

- 1)+ дистальный отрезок зрительного нерва
- 2) перекрест зрительных нервов
- 3) зрительный тракт
- 4) зрительную лучистость

20. ЯДРО СПИННОМОЗГОВОГО ПУТИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОТВЕЧАЕТ ЗА _____ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

- 1)+ болевую
- 2) тактильную
- 3) проприоцептивную
- 4) вибрационную

21. ПРИ ОПУХОЛИ В ЗОНЕ БРОКА РАЗВИВАЕТСЯ _____ АФАЗИЯ

- 1)+ моторная
- 2) сенсорная
- 3) амнестическая
- 4) семантическая

22. ХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ битемпоральной гемианопсией
- 2) центральной скотомой
- 3) концентрическим сужением поля зрения
- 4) гомонимной гемианопсией

23. ТРИГЕМИНАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ приступами односторонних болей
- 2) постоянным ощущением жжения в лице
- 3) диффузной головной болью
- 4) отсутствием триггерных точек

24. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ нижнего центрального паравизуального
- 2) речевых нарушений
- 3) грубого тетрапареза
- 4) личностных нарушений

25. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

- 1)+ кнаружи
- 2) кнутри
- 3) вниз
- 4) вверх

26. СИМПАТИЧЕСКИЙ ПУТЬ РЕГУЛЯЦИИ ДИАМЕТРА ЗРАЧКА ВКЛЮЧАЕТ ШЕЙНЫЙ ГАНГЛИЙ

- 1)+ верхний
- 2) средний
- 3) промежуточный
- 4) нижний

27. ХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА

- 1)+ перекрест зрительных нервов
- 2) дистальный отрезок зрительного нерва
- 3) зрительный тракт
- 4) зрительную лучистость

28. ИРРИТАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ ОБОНЯТЕЛЬНЫХ СТРУКТУР МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

- 1)+ опухолях медиобазальных отделов СЧЯ
- 2) опухолях ольфакторной ямки
- 3) опухолях решетчатого лабиринта
- 4) опухолях ЗЧЯ

29. ДЛЯ ИРРИТАЦИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ боли или парестезии
- 2) гипестезии или анестезии
- 3) гипотрофии жевательной мускулатуры
- 4) трофических изменений роговицы

30. ГЕМИАНОПСИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ КОМПРЕССИИ ЗМА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ВКЛИНЕНИИ

- 1)+ латеральном височно-тенториальном
- 2) аксиальном верхнем тенториальном
- 3) аксиальном затылочном
- 4) латеральном под фалькс

31. ОДНОСТОРОННЕЕ СНИЖЕНИЕ СЛУХА, РАССТРОЙСТВА СТАТИКИ И КООРДИНАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ VIII черепного нерва
- 2) ствола головного мозга на уровне моста
- 3) базальных отделов лобной доли
- 4) извилин Гешля

32. АКСИАЛЬНОЕ НИЖНЕЕ ТЕНТОРИАЛЬНОЕ ВКЛИНЕНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ мозжечка
- 2) лобной доли
- 3) островковой доли
- 4) бокового желудочка

33. ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРЕЗЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральное нарушение функции верхних и нижних отделов лицевой мускулатуры
- 2) контрлатеральное нарушение функции верхних и нижних отделов лицевой мускулатуры
- 3) ипсилатеральное нарушение функции нижних отделов лицевой мускулатуры
- 4) контрлатеральное нарушение функции нижних отделов лицевой мускулатуры

34. К ПРИЗНАКАМ ПОРАЖЕНИЯ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) атрофия языка
- 3) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- 4) нарушение статики

35. ЛАТЕРАЛЬНОЕ ВКЛИНЕНИЕ ПОД ФАЛЬКС МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ лобной доли
- 2) височной доли
- 3) затылочной доли
- 4) ствола мозга

36. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ нейровасальным конфликтом на основании мозга
- 2) хроническими воспалительными процессами в околоносовых пазухах
- 3) одонтогенной патологией
- 4) дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава

37. ПРИ НЕВРАЛГИИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА БОЛЬ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ глотки, угла нижней челюсти
- 2) верхней челюсти, крыла носа
- 3) скулы, виска
- 4) затылка, наружного слухового прохода

38. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДОБАВОЧНОГО НЕРВА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ парез грудинно-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц
- 2) нарушение глотания и фонации
- 3) тортиколлис
- 4) болевой синдром в области шеи

39. ОБЩЕМОЗГОВЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ диффузной головной болью
- 2) нарушением функций черепных нервов
- 3) двигательными нарушениями
- 4) судорожными приступами

40. ДЛЯ СИНДРОМА ВКЛИНЕНИЯ КРЮЧКА ГИППОКАМПА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

- 1)+ III
- 2) II
- 3) VII
- 4) XII

41. ПОРАЖЕНИЕ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ гемибаллизма
- 2) гемипареза
- 3) гемиатаксии
- 4) гемианопсии

42. ПРЕХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скотомами, снижением остроты зрения
- 2) битемпоральной гемианопсией
- 3) биназальной гемианопсией
- 4) гомонимной гемианопсией

43. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРЕЗЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ контрлатеральное нарушение функции нижних отделов лицевой мускулатуры
- 2) ипсилатеральное нарушение функции нижних отделов лицевой мускулатуры
- 3) контрлатеральное нарушение функции верхних и нижних отделов лицевой мускулатуры
- 4) ипсилатеральное нарушение функции верхних и нижних отделов лицевой мускулатуры

44. ЗОНА БРОКА РАСПОЛОЖЕНА В _____ ПОЛЕ БРОДМАНА

- 1)+ 44, 45
- 2) 17, 18
- 3) 4, 5
- 4) 10, 11

45. РВОТА КАК ОЧАГОВЫЙ СИМПТОМ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ IV желудочка
- 2) III желудочка
- 3) боковых желудочков
- 4) водопровода

46. ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ гемиатрофия языка
- 2) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- 3) нарушение вкуса на задней трети языка
- 4) дисфония

47. ЭФФЕКТОРНЫЕ КЛЕТКИ В ПОЛЯХ 18 И 19 ФОРМИРУЮТ ЗАТЫЛОЧНЫЙ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЙ ПУЧОК, КОТОРЫЙ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ЗАДНЮЮ НОЖКУ ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЫ И ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В

- 1)+ верхних холмиках
- 2) коленчатом теле
- 3) мамиллярных телах
- 4) прецентральной извилине

48. ПРИ СЕМАНТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1)+ затруднения использования временных конструкций
- 2) нарушения экспрессивной речи
- 3) нарушения слухоречевой памяти
- 4) вербальные и литеральные парафазии

49. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМ ОПУХОЛИ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ ОТНОСЯТ

- 1)+ корковые нарушения зрения
- 2) дислокационные проявления
- 3) затруднение венозного оттока
- 4) общемозговую симптоматику

50. ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННАЯ АГНОЗИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ теменно-затылочных отделов субдоминантного полушария
- 2) теменно-затылочных отделов доминантного полушария
- 3) височно-затылочных отделов доминантного полушария
- 4) височно-затылочных отделов субдоминантного полушария

51. ДВУСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ МАМИЛЛЯРНЫХ ТЕЛ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фиксационной амнезией
- 2) расстройством вегето-висцеральных функций
- 3) нарушением слуха
- 4) аносмией

52. ПРИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ ИЗВИЛИНЫ ГЕШЛЯ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ эпилептических приступов со слуховой аурой
- 2) сенсорной афазией
- 3) глухоты на стороне опухоли
- 4) глухоты на противоположной стороне

53. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГЛУБИННЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ РАЗВИВАЕТСЯ ГЕМИАНОПСИЯ

- 1)+ верхнеквадрантная гомонимная
- 2) нижнеквадрантная гомонимная
- 3) битемпоральная
- 4) биназальная

54. ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ СЕТЧАТКИ (НИЖНИЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ) ПРОЕЦИРУЮТСЯ НА

- 1)+ верхнюю губу шпорной борозды
- 2) нижнюю губу шпорной борозды
- 3) полюс височной доли
- 4) затылочно-височную извилину

55. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРА ВЕРНИКЕ РАЗВИВАЕТСЯ _____ АФАЗИЯ

- 1)+ сенсорная
- 2) моторная
- 3) амнестическая
- 4) семантическая

56. ПРИ БАЗАЛЬНЫХ ВИСОЧНЫХ ОПУХОЛЯХ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ СИМПТОМЫ СО СТОРОНЫ _____ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

- 1)+ V
- 2) VII
- 3) VI
- 4) VIII

57. ПРИЗНАКОМ СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- 1)+ понимания устной речи
- 2) слухо-речевой памяти
- 3) формирования грамматических конструкций
- 4) номинативной функции

58. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА В ОБЛАСТИ ПЕРВИЧНОЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ КОРЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ простыми зрительными галлюцинациями
- 2) сложными зрительными галлюцинациями
- 3) моторными приступами
- 4) сенсорными приступами

59. ОПУХОЛЬ СРЕДНИХ ОТДЕЛОВ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ нарушением сочетанной деятельности полушарий
- 2) эпилептическими приступами
- 3) ранним развитием внутричерепной гипертензии
- 4) тазовыми нарушениями

60. КОРКОВАЯ ГЛУХОТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ полей 41 одновременно в обоих полушариях
- 2) поля 41 в субдоминантном полушарии
- 3) поля 22 в доминантном полушарии
- 4) поля 41 в доминантном полушарии

61. ПРИ ИРРИТАЦИИ МОСТОВОГО ЦЕНТРА ВЗОРА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ поворот глаз в сторону очага
- 2) сходящееся косоглазие
- 3) поворот глаз от очага
- 4) расходящееся косоглазие

62. ПРИ ОПУХОЛЯХ III ЖЕЛУДОЧКА НЕ РЕДКО РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ несахарный диабет
- 2) синдром Иценко-Кушинга
- 3) акромегалия
- 4) лакторея

63. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВТОРИЧНОЙ СЛУХОВОЙ ЗОНЫ СУБДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1)+ сенсорная амузия
- 2) моторная афазия
- 3) сенсорная афазия
- 4) семантическая афазия

64. ПРИ ОПУХОЛЯХ ХИАЗМАЛЬНО- СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1)+ зрительные и эндокринные нарушения
- 2) слуховые и обонятельные галлюцинации
- 3) пирамидные и экстрапирамидные симптомы
- 4) окклюзионные кризы и центральная рвота

65. ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ зрительного тракта
- 2) хиазмы
- 3) зрительного нерва
- 4) сетчатки

66. ПЕРВИЧНАЯ ВКУСОВАЯ КОРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В _____ ПОЛЕ БРОДМАНА

- 1)+ 43
- 2) 20
- 3) 21
- 4) 33

67. ПЕРВИЧНАЯ ЗРИТЕЛЬНАЯ КОРА РАСПОЛОЖЕНА В

- 1)+ области клина и в язычной извилине
- 2) поперечной затылочной борозде
- 3) теменно-затылочной борозде
- 4) затылочно-височной извилине

68. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА В ОБЛАСТИ ВТОРИЧНОЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ КОРЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сложными зрительными галлюцинациями
- 2) простыми зрительными галлюцинациями
- 3) сенсорными приступами
- 4) моторными приступами

69. ТТГ-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тиреотоксикозом
- 2) болезнью Иценко-Кушинга
- 3) лактореей, аменореей
- 4) акромегалией

70. НАРУШЕНИЕ РИТМА «СОН-БОДРСТВОВАНИЕ», КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ, ПРИСТУПЫ ПО ТИПУ КАТАПЛЕКТОИДНЫХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ III желудочка
- 2) IV желудочка
- 3) краниоспинальных
- 4) мозолистого тела

71. АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ

- 1)+ слухоречевой памяти
- 2) номинативной функции
- 3) грамматики высказывания
- 4) понимания глаголов

72. ПРИ ОПУХОЛЯХ III ЖЕЛУДОЧКА НЕ РЕДКО РАЗВИВАЮТСЯ

- 1)+ окклюзионные кризы
- 2) эпилептические приступы
- 3) дроп-атаки
- 4) тазовые нарушения

73. АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЛЯ БРОДМАНА

- 1)+ 21
- 2) 20
- 3) 41
- 4) 37

74. ПРИ СИНДРОМЕ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА ПОВРЕЖДАЕТСЯ _____ НЕРВ

- 1)+ срединный
- 2) локтевой
- 3) лучевой
- 4) мышечно-кожный

75. НИЖНИЕ ОТДЕЛЫ СЕТЧАТКИ (ВЕРХНИЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ) ПРОЕКЦИРУЮТСЯ НА

- 1)+ нижнюю губу шпорной борозды
- 2) верхнюю губу шпорной борозды
- 3) полюс височной доли
- 4) поперечную затылочную борозду

76. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ преоптической области гипоталамуса
- 2) субталамического ядра
- 3) эпителической спайки
- 4) подушки таламуса

77. ШЕЙНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ_____ КОРЕШКОВ

- 1)+ C2–C4
- 2) C1–C3
- 3) C2–C7
- 4) C1–C6

78. ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ОПУХОЛЯХ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ БЫСТРО РАЗВИВАЕТСЯ ДИСЛОКАЦИЯ МОЗГА, ПРИВОДЯЩАЯ К_____ ВКЛИНЕНИЮ

- 1)+ латеральному височно-тенториальному
- 2) латеральному под фалькс
- 3) аксиальному тенториальному
- 4) аксиальному затылочному

79. ПАРАЛИЧ КЛЮМПКЕ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ_____ КОРЕШКОВ

- 1)+ C8 и Th1
- 2) Th2 и Th3
- 3) C5 и C6
- 4) C3 и C4

80. СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ зоны Вернике доминантного полушария
- 2) зоны Вернике субдоминантного полушария
- 3) извилины Гешля доминантного полушария
- 4) извилины Гешля субдоминантного полушария

81. ПАРАЛИЧ ДЮШЕНА–ЭРБА ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ_____ КОРЕШКОВ

- 1)+ C5 и C6
- 2) C3 и C4
- 3) C1 и C2
- 4) C7 и C8

82. АТАКСИЯ, ЗНАЧИТЕЛЬНО УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ЗАКРЫТИИ ГЛАЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сенситивной
- 2) мозжечковой
- 3) вестибулярной
- 4) корковой

83. ПЕРВИЧНАЯ ОБОНЯТЕЛЬНАЯ КОРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В_____ ПОЛЕ БРОДМАНА

- 1)+ 34
- 2) 20
- 3) 21
- 4) 33

84. ДЛЯ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ затруднение называния предметов
- 2) нарушение понимания устной речи
- 3) замещение одних звуков другими
- 4) нарушение понимания грамматических конструкций

85. ВЕРХНЕКВАДРАНТНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ язычной извилины
- 2) клина
- 3) латеральной височной извилины
- 4) полюса височной доли

86. ДЛЯ ОПТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ

- 1)+ номинативной функции речи
- 2) слухоречевой памяти
- 3) понимания устной речи
- 4) произношения звуков

87. ПРИ ОПУХОЛИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ТЕМЕННОЙ ДОЛИ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ

- 1)+ амнестическую афазию
- 2) слуховые галлюцинации
- 3) верхнеквадрантную гемианопсию
- 4) пространственную дезориентировку

88. НАРУШЕНИЕ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ НА ПОЛОСАТОЕ ТЕЛО ПРИВОДИТ К

- 1)+ гипокинезии
- 2) атаксии
- 3) астазии
- 4) апраксии

89. БЛОКОВЫЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ _____ МЫШЦУ ГЛАЗА

- 1)+ верхнюю косую
- 2) латеральную прямую
- 3) нижнюю косую
- 4) верхнюю прямую

90. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ эпилептические приступы с обонятельной, слуховой аурой
- 2) эпилептические приступы с сенсорной аурой
- 3) адверсивные приступы
- 4) эпилептические приступы с аурой в виде фотом

91. ЦЕНТРАЛЬНАЯ СЛЕПОТА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДВУСТОРОНЕМ ПОРАЖЕНИИ _____ ДОЛИ

- 1)+ затылочной
- 2) островковой
- 3) теменной
- 4) височной

92. СТГ-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ акромегалией
- 2) лактореей, аменореей
- 3) болезнью Иценко-Кушинга
- 4) тиреотоксикозом

93. В ПОЛЕ 17 БРОДМАНА АНАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1)+ информация о наличии зрительного сигнала
- 2) форма предмета
- 3) размер предмета
- 4) цвет предмета

94. ПЕРВИЧНАЯ ЗРИТЕЛЬНАЯ КОРА РАСПОЛОЖЕНА В_____ ПОЛЕ БРОДМАНА

- 1)+ 17
- 2) 16
- 3) 18
- 4) 19

95. ПРОЛАКТИН-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактореей
- 2) акромегалией
- 3) болезнью Иценко-Кушинга
- 4) тиреотоксикозом

96. ПЕРВИЧНАЯ СЛУХОВАЯ КОРА ЛОКАЛИЗОВАНА В_____ ИЗВИЛИНЕ

- 1)+ Гешля
- 2) средней височной
- 3) надкраевой
- 4) ангулярной

97. ПРИ НЕВРИНОМЕ ГАССЕРОВА УЗЛА ЧАЩЕ ОТМЕЧАЮТ РАЗВИТИЕ

- 1)+ онемения лица на стороне опухоли
- 2) снижения слуха на стороне опухоли
- 3) отклонения тела в сторону поражения
- 4) простреливающих болей при глотании

98. К СНИЖЕНИЮ ГЛОТОЧНОГО РЕФЛЕКСА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПОРАЖЕНИЕ КОРЕШКА_____ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

- 1)+ языкоглоточного
- 2) подъязычного
- 3) тройничного
- 4) добавочного

99. ПРИ РОСТЕ ОПУХОЛИ В ПОДВИСОЧНУЮ ЯМКУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ кондуктивная тугоухость
- 2) нейросенсорная тугоухость
- 3) синдром Горнера
- 4) гемиатрофия языка

100. СИНДРОМ РАЙМОНА (ПОРАЖЕНИЕ КАУДАЛЬНОЙ ЧАСТИ ОСНОВАНИЯ МОСТА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным парезом VI ЧН, контрлатеральным гемипарезом
- 2) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральным гемипарезом, гемигипестезией
- 3) ипсилатеральным лицевым гемиспазмом, контрлатеральным гемипарезом
- 4) ипсилатеральным парезом VI, VII ЧН и мозжечковыми нарушениями, контрлатеральным гемипарезом и гемигипестезией

101. СИМПТОМ ГОРНЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МИОЗОМ, ПТОЗОМ И ЭНОФТАЛЬМОМ И РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИИ

- 1)+ нарушения симпатической иннервации
- 2) раздражения симпатического ствола
- 3) нарушения парасимпатической иннервации
- 4) поражения ядер глазодвигательного нерва

102. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ четверохолмного синдрома
- 2) зрительных нарушений
- 3) тетрапареза
- 4) симптоматической эпилепсии

103. СИНДРОМ ПАРИНО (КРЫША СРЕДНЕГО МОЗГА, ВЕРХНЕЕ ДВУХОЛМИЕ) ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ паралич взора вверх, вертикальный нистагм, нарушение зрачковых реакций
- 2) тремор, множественный нистагм, нарушение слуха
- 3) мидриаз и контрлатеральный гемипарез
- 4) двустороннюю офтальмоплегию

104. СИНДРОМ КЛОДА-ЛУАЕ (НИЖНИЙ СИНДРОМ КРАСНОГО ЯДРА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным ядерным парезом III н, контрлатеральными мозжечковыми симптомами
- 2) контрлатерально мозжечковыми расстройствами, таламической рукой
- 3) ипсилатеральным ядерным парезом III н, гемипарезом, гемианестезией, гемихореоатетозом
- 4) ипсилатеральным ядерным парезом III н, контрлатеральным гемипарезом и супрануклеарным поражением VII и XII н

105. СИНДРОМ БЕНЕДИКТА (ПОРАЖЕНИЕ ОСНОВАНИЯ, ЧАСТИ ПОКРЫШКИ СРЕДНЕГО МОЗГА И РУБРОСПИНАЛЬНОГО ТРАКТА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, контрлатеральным мозжечковым тремором конечностей, иногда легким гемипарезом
- 2) контрлатеральным гемипарезом и супрануклеарным поражением VII, XII ЧН
- 3) ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, гемипарезом, гемианестезией, гемихореоатетозом
- 4) контрлатеральными мозжечковыми расстройствами, «таламической рукой»

106. СИНДРОМ БРУНСА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ IV желудочка
- 2) ММУ
- 3) в области ската
- 4) височной доли

107. ДЛЯ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ бульбарный синдром
- 2) парез блокового нерва
- 3) гемипарез
- 4) синдром Парино

108. СИНДРОМ ВОЛЕШТЕЙНА (ПОРАЖЕНИЕ ОРАЛЬНОГО ОТДЕЛА NUCL. AMBIGUUS И СПИНОТАЛАМИЧЕСКОГО ПУТИ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным парезом голосовой связки, контрлатеральным нарушением поверхностной чувствительности
- 2) ипсилатеральным поражением V, IX-X ЧН, мозжечковой гемиатаксией, синдромом Горнера, контрлатеральной гемигипестезией
- 3) ипсилатеральными бульбарными нарушениями, контрлатеральным гемипарезом
- 4) ипсилатеральным парезом IX-X, XII ЧН, контрлатеральной гемиплегией

109. ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЛУШАРИЯ МОЗЖЕЧКА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральный интенционный тремор
- 2) контрлатеральный интенционный тремор
- 3) статическая атаксия
- 4) тремор покоя

110. СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ ВКЛЮЧАЕТ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЧН

- 1)+ III, IV, VI, V
- 2) II, III, IV, VI
- 3) III, IV, VI, VII
- 4) V, VII, VIII

111. СТРУКТУРОЙ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКЕ ВИСОЧНОГО РОГА, ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОТОРОЙ ВОЗНИКАЮТ ГРУБЫЕ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиппокамп
- 2) птичья шпора
- 3) миндалевидное ядро
- 4) хвост хвостатого ядра

112. МИДРИАЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАСШИРЕНИЕМ ЗРАЧКА ____ ММ

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

113. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ГЛАЗНИЦЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ проптоз
- 2) пульсирующий экзофтальм
- 3) синдром Парино
- 4) синдром Толоза-Ханта

114. СИНДРОМ ДЖЕКСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным парезом XII ЧН, контрлатеральным гемипарезом
- 2) ипсилатеральным парезом голосовой связки, контрлатеральным нарушением поверхностной чувствительности
- 3) ипсилатеральным поражением V, IX-X ЧН, мозжечковой гемиатаксией, синдромом Горнера, контрлатеральной гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным парезом IX-X, XII ЧН, контрлатеральной гемиплегией

115. ДУГА КОРНЕАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ_____ ЧЕРЕПНЫЕ НЕРВЫ

- 1)+ тройничный и лицевой
- 2) зрительный и глазодвигательный
- 3) преддверно-улитковый и языкоглоточный
- 4) языкоглоточный и блуждающий

116. ХИЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ _____ГЕМИАНОПСИЕЙ

- 1)+ битемпоральной
- 2) биназальной
- 3) гомонимной
- 4) верхнеквадрантной

117. ПРИ ОПУХОЛЯХ ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ статическая атаксия
- 2) интенционный тремор
- 3) динамическая атаксия
- 4) дизартрия

118. СИНДРОМ МОНАКОВА (ПОРАЖЕНИЕ ОСНОВАНИЯ И ПОКРЫШКИ СРЕДНЕГО МОЗГА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, гемипарезом, гемианестезией, гемихореоатетозом
- 2) контрлатеральными мозжечковыми расстройствами, «таламической рукой»
- 3) ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, контрлатеральными мозжечковыми симптомами
- 4) контрлатеральным гемипарезом и супрануклеарным поражением VII, XII ЧН

119. СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ ДНА IV ЖЕЛУДОЧКА МОГУТ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1)+ изолированной рвотой, икотой
- 2) дизартрией
- 3) лицевым гемиспазмом
- 4) эпилептическими приступами

120. СИНДРОМ ГАСПЕРИНИ (ПОРАЖЕНИЕ ПОКРЫШКИ МОСТА, БАСЕЙНА ПНМА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным нарушением чувствительности в оральной зоне Зельдера, поражением VI и VII ЧН, мозжечковыми нарушениями, контрлатеральной гемигипестезией
- 2) ипсилатеральным парезом VI, VII ЧН и мозжечковыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом и гемигипестезией
- 3) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом, гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным лицевым гемиспазмом, контрлатеральным гемипарезом

121. КРУПНЫЕ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ПЧЯ МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

- 1)+ эмоционально-личностными нарушениями
- 2) снижением слуха
- 3) нарушением глотания
- 4) нарушением вкуса на передней трети языка

122. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ

- 1)+ глазодвигательные
- 2) зрительные
- 3) пирамидные
- 4) обоняния

123. ПРИ ХИАЗМАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ отёк зрительного нерва
- 2) побледнение зрительного нерва
- 3) битемпоральная гемианопсия
- 4) снижение остроты зрения

124. «СВИСАЮЩАЯ КИСТЬ» ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НЕРВА

- 1)+ лучевого
- 2) локтевого
- 3) мышечно-кожного
- 4) срединного

125. ПРИ ОПУХОЛЯХ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КРЫЛЬЕВ ОСНОВНОЙ КОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- 1)+ зрения
- 2) слуха
- 3) обоняния
- 4) глотания

126. СИНДРОМ РАЙМОНА-СЕСТАНА (ПОРАЖЕНИЕ ПОКРЫШКИ И ОСНОВАНИЯ ПОЛОВИНЫ МОСТА, НИЖНЕЙ НОЖКИ МОЗЖЕЧКА, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И ПИРАМИДНЫХ ПУТЕЙ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральными парезами VI, VII ЧН, мозжечковыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом и гемигипестезией
- 2) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом, гемигипестезией
- 3) ипсилатеральным лицевым гемиспазмом, контрлатеральным гемипарезом
- 4) ипсилатеральным парезом VI, VII ЧН, контрлатеральным гемипарезом

127. СИМПТОМЫ МЕНИНГИОМ ОСНОВАНИЯ ПЧЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЕНЫ НАРУШЕНИЯМИ

- 1)+ функции первичных обонятельных структур
- 2) функции вторичных обонятельных структур
- 3) глазодвигательными
- 4) зрительными

128. СИНДРОМ БАБИНСКОГО-НАЖЖОТА (ПОРАЖЕНИЕ ВЕНТРОЛАТЕРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОКРЫШКИ НА ГРАНИЦЕ МОСТА И ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом, гемигипестезией
- 2) ипсилатеральными парезами VI, VII ЧН и мозжечковыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом и гемигипестезией
- 3) ипсилатеральным нарушением чувствительности в оральной зоне Зельдера, поражением VI и VII ЧН, мозжечковыми нарушениями, контрлатеральной гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным лицевым гемиспазмом, контрлатеральным гемипарезом

129. СИНДРОМ МИЙЯРА-ГУБЛЕРА (ПОРАЖЕНИЕ ОСНОВАНИЯ КАУДАЛЬНОЙ ЧАСТИ МОСТА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным парезом VII ЧН, контрлатеральным гемипарезом
- 2) ипсилатеральным парезом VI, VII ЧН, контрлатеральным гемипарезом
- 3) ипсилатеральным нарушением чувствительности в оральной зоне Зельдера, поражением VI и VII ЧН, мозжечковыми нарушениями, контрлатеральной гемигипестезией
- 4) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом, гемигипестезией

130. ТРИАДА КУШИНГА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ брадикардию, брадипноэ, артериальную гипертонию
- 2) тахикардию, тахипноэ, артериальную гипотонию
- 3) анизокорию, гемипарез, прозопарез
- 4) брадикардию, мидриаз, анизорефлексию

131. ОПУХОЛИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДЕТСТВЕ МОГУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ кривошеей, вынужденным положением головы
- 2) опережающим норму увеличением размера головы
- 3) внутричерепной гипертензией
- 4) утратой приобретенных навыков

132. СИНДРОМ ФОВИЛЛЯ (ПОРАЖЕНИЕ ОСНОВАНИЯ КАУДАЛЬНОЙ ЧАСТИ МОСТА С РОСТРОКАУДАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным парезом VI, VII ЧН, контрлатеральным гемипарезом
- 2) ипсилатеральным нарушением чувствительности в оральной зоне Зельдера, поражением VI и VII ЧН, мозжечковыми нарушениями, контрлатеральной гемигипестезией
- 3) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом, гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным лицевым гемиспазмом, контрлатеральным гемипарезом

133. СИНДРОМ ВЕБЕРА (ПОРАЖЕНИЕ НОЖКИ МОЗГА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, контрлатеральным гемипарезом и супрануклеарным поражением VII и XII н.
- 2) ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, контрлатеральными мозжечковыми симптомами
- 3) контрлатеральными мозжечковыми расстройствами, «таламической рукой»
- 4) ипсилатеральным ядерным парезом III ЧН, гемипарезом, гемианестезией, гемихореоатетозом

134. СИНДРОМ ДЖЕФФЕРСОНА (ПОРАЖЕНИЕ РВАНОВОГО ОТВЕРСТИЯ) ЧАЩЕ ВКЛЮЧАЕТ НАРУШЕНИЕ_____ ФУНКЦИИ ЧН

- 1)+ III, IV, VI, V
- 2) V, VII
- 3) VII, VIII
- 4) IX-X

135. АКТИВНО-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ болезнью Иценко-Кушинга
- 2) лактореей
- 3) акромегалией
- 4) тиреотоксикозом

136. СИНДРОМ АВЕЛЛИСА (ПОРАЖЕНИЕ ПОКРЫШКИ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральными бульбарными нарушениями, контрлатеральным гемипарезом
- 2) ипсилатеральным парезом голосовой связки, контрлатеральным нарушением поверхностной чувствительности
- 3) ипсилатеральным поражением V, IX-X ЧН, мозжечковой гемиатаксией, синдромом Горнера, контрлатеральной гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным парезом XII ЧН, контрлатеральным гемипарезом

137. СИНДРОМ ВЕРНЕ (ПОРАЖЕНИЕ ЯРЕМНОГО ОТВЕРСТИЯ) ВКЛЮЧАЕТ НАРУШЕНИЕ___ ФУНКЦИИ ЧН

- 1)+ IX-X, XI
- 2) III, IV, VI
- 3) VII, VIII
- 4) XII

138. СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО (ПОРАЖЕНИЕ ДОРЗО-ЛАТЕРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОКРЫШКИ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА, БАСЕЙНА ЗНМА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным поражением V, IX-X ЧН, мозжечковой гемиатаксией, синдромом Горнера, контрлатеральной гемигипестезией
- 2) ипсилатеральным парезом XII ЧН, контрлатеральным гемипарезом
- 3) ипсилатеральными бульбарными нарушениями, контрлатеральным гемипарезом
- 4) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральными гемипарезом, гемигипестезией

139. ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА ЧЕРЕЗ БОКОВОЙ ВЫВОРОТ В БОКОВУЮ ЦИСТЕРНУ МОСТА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ симптомов поражения образований ММУ
- 2) синдрома Брунса
- 3) бульбарных нарушений
- 4) мозжечковых симптомов

140. ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМАХ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ VII ЧН ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ периферическим прозопарезом
- 2) центральным прозопарезом
- 3) нарушением вкуса
- 4) лицевым гемиспазмом

141. КРЫЛОВИДНАЯ ЛОПАТКА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НЕРВА

- 1)+ длинного грудного
- 2) подмышечного
- 3) надлопаточного
- 4) мышечно-кожного

142. СИНДРОМ БРУНСА (ОСТРО ВОЗНИКШАЯ ОККЛЮЗИЯ ВЫХОДА ИЗ IV ЖЕЛУДОЧКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкой цефалгией, кожными вегетососудистыми реакциями, нарушениями дыхания и сердечного ритма, вынужденным положением головы
- 2) резким головокружением при повороте головы
- 3) шумом в ухе, рвотой, головной болью, головокружением
- 4) бледностью, тошнотой, потерей сознания, тоническими судорогами

143. СИНДРОМ ШМИДТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным парезом IX-X, XII ЧН, контрлатеральной гемиплегией
- 2) ипсилатеральным парезом голосовой связки, контрлатеральным нарушением поверхностной чувствительности
- 3) ипсилатеральным поражением V, IX-X ЧН, мозжечковой гемиатаксией, синдромом Горнера, контрлатеральной гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным парезом XII ЧН, контрлатеральным гемипарезом

144. СИДРОМ БРИССО-СЕКАРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ипсилатеральным лицевым гемиспазмом, контрлатеральным гемипарезом
- 2) ипсилатеральными мозжечковыми симптомами, синдромом Горнера, вегетативно-сосудистыми нарушениями, контрлатеральным гемипарезом, гемигепестезией
- 3) ипсилатеральным парезом VI, VII ЧН и мозжечковыми нарушениями, контрлатеральным гемипарезом и гемигипестезией
- 4) ипсилатеральным нарушением чувствительности в оральной зоне Зельдера, поражением VI и VII ЧН, мозжечковыми нарушениями, контрлатеральной гемигипестезией

145. СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ МОСТОМОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ВКЛЮЧАЕТ НАРУШЕНИЕ___ ФУНКЦИИ ЧН

- 1)+ V, VII, VIII
- 2) IX-X, XI
- 3) III, IV, VI, V
- 4) IX-X

146. СИНДРОМ ГРАДЕНИГО (ВЕРХУШКИ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ) ВКЛЮЧАЕТ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЧН

- 1)+ V, VI
- 2) VII, VIII
- 3) II, III
- 4) IX-X

147. ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ГЛУХОТЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ улитка
- 2) наружное ухо
- 3) среднее ухо
- 4) верхний холмик

148. У ПАЦИЕНТА С ДИПЛОПИЕЙ, ОГРАНИЧЕНИЕМ ДВИЖЕНИЯ ПРАВОГО ГЛАЗА КНУТРИ И ВЫЯВЛЕННЫМ НА МРТ ОЧАГОМ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ В МОСТЕ ЕГО ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БУДЕТ

- 1)+ медиальный продольный пучок справа
- 2) ядро отводящего нерва слева
- 3) ядро блокового нерва слева
- 4) парамедианная ретикулярная формация справа

149. ПРИ ПОСТУКИВАНИИ МОЛОТОЧКОМ ПО НАДБРОВНОЙ ДУГЕ И РАЗДРАЖЕНИИ НАДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА В НОРМЕ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ

- 1)+ сокращение круговой мышцы глаза
- 2) сужение зрачка
- 3) горизонтальный нистагм
- 4) приоткрывание рта

150. У ПАЦИЕНТА С ДИСДИАДОХОКИНЕЗОМ И ДРОЖАНИЕМ В ЛЕВОЙ РУКЕ, УСИЛИВАЮЩИМСЯ ПРИ ПРИБЛИЖЕНИИ К ЦЕЛИ, ОТКЛОНЕНИЕМ ВЛЕВО ПРИ ХОДЬБЕ ИМЕЕТ МЕСТО _____ ТРЕМОР

- 1)+ интенционный
- 2) статический
- 3) постуральный
- 4) физиологический

151. НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ СООТВЕТСТВУЮТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

- 1)+ дисфагии
- 2) дисметрии
- 3) дизартрии
- 4) дисдиадохокинеза

152. ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛОТОЧНОГО РЕФЛЕКСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

- 1)+ дисфагии
- 2) дисгеизии
- 3) вкусовой агнозии
- 4) диспноэ

153. У ПАЦИЕНТА С ОТКЛОНЕНИЕМ ЛЕВОГО ГЛАЗА ВНИЗ И ЛАТЕРАЛЬНО РАСШИРЕНИЕ ЛЕВОГО ЗРАЧКА ОБЪЯСНЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕМ ИННЕРВАЦИИ

- 1)+ симпатической слева
- 2) парасимпатической справа
- 3) симпатической справа
- 4) парасимпатической слева

154. У ХУДОГО ИСТОЩЕННОГО АСОЦИАЛЬНОГО МУЖЧИНЫ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ, НЕАДЕКВАТНО СЕБЯ ВЕДУЩЕГО И БЕССМЫСЛЕННО ОТВЕЧАЮЩЕГО НА ВОПРОСЫ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО РАЗВИЛСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Корсакова
- 2) Клювера-Бюси
- 3) Мюнхгаузена
- 4) Пика

155. У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА ДИПЛОПИЮ, ПОПЕРХИВАНИЕ ПРИ ПИТЬЕ, СЛАБОСТЬ В ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ И ВЫЯВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ОДНОГО ИЗ НЕЙРОМЕДИАТОРОВ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1)+ миастения
- 2) рассеянный склероз
- 3) болезнь Гентингтона
- 4) боковой амиотрофический склероз

156. ПАРЕЗ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОГО ЯДРА _____ НЕРВА

- 1)+ тройничного
- 2) лицевого
- 3) подъязычного
- 4) языкоглоточного

157. СРЕДИ ПОГРАНИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ СИНДРОМ

- 1)+ астенический
- 2) обсессивно-фобический
- 3) паранояльный
- 4) ипохондрический

158. МОДИФИКАЦИОННЫЙ ИНДЕКС МОБИЛЬНОСТИ РИВЕРМИД ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- 1)+ выбора реабилитационной стратегии ведения больных ОРИТ с высоким уровнем согласованности у членов МДБ
- 2) маршрутизации пациента в профильную организацию на следующий этап лечения
- 3) определения степени нетрудоспособности нейрохирургического больного и комиссии ВТЭК
- 4) установления степени двигательного дефицита и риска падения при ходьбе

159. ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПОСЛЕ СШИВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРОВОДЯТ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ приближения концов нервов
- 2) максимального сгибания суставов
- 3) минимального натяжения сухожилий
- 4) отдаления концов нервов

160. НА СОХРАНЕНИЕ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СПИННОГО МОЗГА УКАЗЫВАЕТ ОПОРОЖНЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- 1)+ с сохранением позывов
- 2) без позывов
- 3) рефлексорное
- 4) неполное

161. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПАССИВНЫХ УПРАЖНЕНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ ПАРЕЗЕ КОНЕЧНОСТЕЙ, ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ сгибание кисти и пальцев
- 2) разгибание кисти и пальцев
- 3) разгибание и супинацию предплечья
- 4) сгибание и наружную ротацию плеча

162. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ОРИТ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СОГЛАСНО

- 1)+ индексу мобильности Ривермид по степени мобильности и уровню сознания
- 2) заключению нейрохирурга и реаниматолога
- 3) биометрическим данным пациента
- 4) показаниям сердечного и дыхательного мониторинга, в ОРИТ

163. ОСНОВНЫМИ ПОЗИЦИЯМИ В ТЕХНИКЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОРИТ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ на спине, на высоком изголовье, на боках, на животе, полусидя со спущенными ногами, в кресле
- 2) на стороне гемипареза, на спине с возвышенными ногами, на животе, на валиках, на стуле
- 3) на не поражённом боку, на спине с валиками под коленями, в кресле, на животе, полусидя
- 4) на спине, с опущенным головным концом и приподнятым ножным, на обоих боках, на стуле

164. СОХРАНЕНИЕ СГИБАНИЯ И РАЗГИБАНИЯ РУК В ЛОКТЕВЫХ СУСТАВАХ, РАЗГИБАНИЯ В ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ СУСТАВАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОРАЖЕНИЕ НА УРОВНЕ _____ ПОЗВОНКОВ

- 1)+ C5-C7
- 2) C1-C4
- 3) C8-T4
- 4) T2-T8

165. ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ГЕМОМРАГИЕЙ В МОЗГ НЕОБХОДИМО

- 1)+ избегать изменений положения головы
- 2) убрать из под головы подушку
- 3) приподнять ноги
- 4) часто менять положение головы и туловища

166. ЧЛЕНОМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ ФОРМИРУЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНУЮ РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПРОГРАММУ НА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ врач физической и реабилитационной медицины
- 2) врач-невролог
- 3) врач-реаниматолог
- 4) врач-нейрохирург

167. ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ _____ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА ВЛЕКУТ ЗА СОБОЙ НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1)+ T3-T5
- 2) C5-T1
- 3) C5-C7
- 4) T6-T12

168. ЗАДАЧИ РАННЕГО ПЕРИОДА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ восстановление силы мышц
- 2) профилактику трофических расстройств
- 3) профилактику мышечных контрактур и тугоподвижности в суставах
- 4) улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем

169. КИНЕЗИОТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ направлением ЛФК
- 2) направлением остеопатии
- 3) разновидностью мягкой мануальной практики
- 4) видом лечебного позиционирования

170. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ В ОРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ противоположное действие
- 2) быстрое заживление переломов костей черепа
- 3) улучшение реологических свойств крови
- 4) сокращение сроков Вининга

171. МЕТОДАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, АРТРОПАТИЙ, КОНТРАКТУР И СПАСТИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ раннее позиционирование в ОРИТ
- 2) вертикализация на поворотном столе
- 3) массаж верхних и нижних конечностей
- 4) дыхательная гимнастика

172. В ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1)+ упражнения, ведущие к сближению точек прикрепления спастических мышц или сопровождающиеся силовым напряжением
- 2) приёмы массажа, снижающие тонус мускулатуры
- 3) рефлекторная гимнастика и упражнения в воспитании опорной функции нижних конечностей
- 4) занятия по методике процептивного нейромоторного облегчения

173. КОНЦЕПЦИЯ МЕТОДА БОБАТ НЕЙРОАДАПТИРОВАННОЙ ГИМНАСТИКИ ОСНОВАНА НА

- 1)+ снижении спастичности через ингибирующие паттерны и позы
- 2) развитию трудоспособности и самостоятельности
- 3) ортопедической направленности реабилитации с использованием специального инвентаря
- 4) технике активных упражнений

174. ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ активные упражнения для крупных мышечных групп туловища
- 2) пассивные упражнения для конечностей
- 3) вибрационный массаж мышц конечностей
- 4) дыхательные упражнения

175. РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОРИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень максимально возможного от преморбидного статуса восстановления функций и жизнедеятельности пациента на момент перевода из ОРИТ
- 2) уменьшение степени выраженности и частоты встречаемости когнитивных и эмоциональных нарушений
- 3) вероятность возвращения пациента к прежней профессиональной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию, досугу
- 4) максимально возможное снижение рисков формирования ПИТ-синдрома и соматических осложнений

176. К ПРИЕМАМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИМЕНЯЕМЫМ В ОРИТ ОТНОСЯТ

- 1)+ пассивную дыхательную гимнастику, перкуссионный ручной массаж
- 2) аппаратную высокочастотную осцилляцию грудной клетки
- 3) гимнастику голосовых связок
- 4) переключение на спонтанное аппаратное дыхание

177. ПОВРЕЖДЕНИЯ НА УРОВНЕ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ СЧИТАЮТСЯ НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПРИ НАЛИЧИИ СМЕЩЕНИЯ ЗАМКАТЕЛЬНЫХ ПЛАСТИН СМЕЖНЫХ ПОЗВОНКОВ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА _____ ММ

- 1)+ 5
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 8

178. В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА ПРЕВАЛИРУЕТ СИНДРОМ

- 1)+ вялого паралича
- 2) дистонии
- 3) мультисистемной атрофии
- 4) острой дистонии

179. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОНТУЗИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И РАССТРОЙСТВОМ РЕЧИ ИСКЛЮЧАЮТ УПРАЖНЕНИЯ

- 1)+ в метании
- 2) дыхательные
- 3) корректирующие
- 4) для языка, мимической мускулатуры лица

180. ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ

- 1)+ эпилептический припадок
- 2) ухудшение соматического статуса
- 3) прогрессирование неврологического дефицита
- 4) возобновление кровоизлияния

181. ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ПРОВОДИТСЯ С ОСТОРОЖНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+** судорожной активностью
- 2) бульбарными расстройствами
- 3) парезами и параличами дыхательной мускулатуры
- 4) тяжёлой степенью нарушения сознания

Тема 3. Нейроонкология.

1. ПЛЮРИГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ гиперпродукцией более двух гипофизарных гормонов
- 2) гиперпродукцией одного гипофизарного гормона
- 3) выраженной клинической картиной
- 4) отсутствием клинической симптоматики

2. К АГОНИСТАМ ДОФАМИНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ бромокриптин
- 2) октреотид
- 3) пегвисомант
- 4) кетоконазол

3. ПИТУИЦИТОМА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК ОПУХОЛЬ GRADE

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

4. ПИК ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕРМИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ОТ ____ ЛЕТ

- 1)+ 12-20
- 2) 72-80
- 3) 42-50
- 4) 37-45

5. РАСПРОСТРАНЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В ОСНОВНУЮ ПАЗУХУ ЯВЛЯЕТСЯ _____ РОСТОМ

- 1)+ инфраселлярным
- 2) латероселлярным
- 3) антеселлярным
- 4) супраселлярным

6. БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

- 1)+ адрено-кортикотропного гормона
- 2) соматотропного гормона
- 3) пролактина
- 4) тиреотропина

7. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖИДКОСТИ, ИСТЕКАЮЩЕЙ ИЗ НОСА, ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ НАЛИЧИЕ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ БИОХИМИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1)+ глюкоза
- 2) хлор
- 3) натрий
- 4) кальций

8. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПО ДАННЫМ МРТ ОПУХОЛИ, НЕ НАКАПЛИВАЮЩЕЙ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО, КОТОРАЯ ПРОИСХОДИТ ИЗ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО НЕМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глиома хиазмы
- 2) аденома гипофиза
- 3) герминома
- 4) питуцитомы

9. РАЗВИТИЕ ПЕРИФОКАЛЬНОГО ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ВОКРУГ ОПУХОЛИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОЗНАЧАЕТ

- 1)+** субдуральное распространение опухоли и инфильтрацию опухолью мозга
- 2) некроз и распад опухоли, токсическое воздействие на мозг
- 3) присоединение инфекционного поражения мозга
- 4) сдавление опухолью артерий и вен основания мозга

10. С РАЗВИТИЕМ ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ СВЯЗАН

- 1)+** вирус папилломы человека
- 2) вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
- 3) вирус герпеса
- 4) цитомегаловирус

11. СТРИИ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМОМ

- 1)+** болезни Иценко-Кушинга
- 2) акромегалии
- 3) гиперпролактинемии
- 4) тиреотоксикоза

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ГЕРМИНОМ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** несахарный диабет
- 2) шаткость походки
- 3) тошнота
- 4) головокружение

13. ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА НА ФОНЕ ДВУХСТОРОННЕЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** синдромом Нельсона
- 2) болезнью Иценко-Кушинга
- 3) акромегалией
- 4) синдром Туретта

14. АДЕНОМА ГИПОФИЗА, РАЗМЕРОМ 10 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** микроаденомой
- 2) небольшой
- 3) средней
- 4) большой

15. СОУСТЬЕ ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ НАХОДИТСЯ НА ____ СМ ВЫШЕ ХОАНЫ

- 1)+** 1,5
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 10

16. ПО КЛАССИФИКАЦИИ КАДАШЕВА АДЕНОМА ГИПОФИЗА, РАЗМЕРОМ 40 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** большой
- 2) небольшой
- 3) средней
- 4) гигантской

17. ХОРИСТОМА, ПИТУИЦИТОМА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- 1)+ задней доли гипофиза
- 2) передней доли гипофиза
- 3) ножки гипофиза
- 4) глиальных клеток больших полушарий

18. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВЫМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЭСТЕЗИОНЕВРОБЛАСТОМЕ?

- 1)+ anosmia
- 2) ophthalmoplegia
- 3) exophthalmos
- 4) затруднение носового дыхания

19. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПО ДАННЫМ МРТ КИСТОЗНОЙ ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ, КОТОРАЯ ОТДАВЛИВАЕТ ГИПОФИЗ КЗАДИ И СТЕНКИ КОТОРОЙ КОПАТ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ craniopharyngioma
- 2) germinoma
- 3) adenoma of the pituitary
- 4) meningioma

20. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ СИНДРОМА НЕЛЬСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ hyperpigmentation of the skin and mucous membranes
- 2) enlargement of the extremities
- 3) «drumstick»
- 4) change in the color of the iris of the eye

21. ИНФРАСЕЛЛЯРНЫЙ РОСТ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РОСТОМ В

- 1)+ sphenoid sinus, in the nasal and oral cavity
- 2) cavernous sinus
- 3) anterior cranial fossa
- 4) posterior cranial fossa

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮЩИМ В ОБЛАСТЬ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ РАК

- 1)+ mammary gland
- 2) lungs
- 3) gastrointestinal tract
- 4) skin

23. К АГОНИСТАМ ДОФАМИНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ dostinex
- 2) octreotide
- 3) pegvisomant
- 4) ketoconazole

24. СИНОНИМОМ ТЕРМИНА «КРАНИОФАРИНГИОМА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ tumor of the pituitary stalk
- 2) adenoma of the pituitary
- 3) xanthoma
- 4) germinoma

25. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОДОЛЖЕННЫЙ РОСТ/РЕЦИДИВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ПЭТ/КТ
- 2) КТ перфузия
- 3) МРТ диффузия
- 4) УЗИ

26. ДВУКОНТУРНОСТЬ ДНА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА НА КРАНИОГРАММЕ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ

- 1)+ аденоме гипофиза
- 2) краниофарингиоме
- 3) менингиоме бугорка турецкого седла
- 4) глиоме хиазмы

27. ПО ДАННЫМ МРТ И КТ ОБ ИНТРАДУРАЛЬНОМ ПРОНИКНОВЕНИИ МЕТАСТАЗА ИЛИ ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА СИГНАЛИЗИРУЕТ

- 1)+ перифокальный отек мозга
- 2) наличие признаков кровоизлияния
- 3) дислокация срединных структур мозга
- 4) гидроцефалия

28. ВЫРАЖЕННАЯ ЖАЖДА, СОЧЕТАЮЩАЯСЯ С ВЫДЕЛЕНИЕМ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА НЕКОНЦЕНТРИРОВАННОЙ МОЧИ, ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАТИКОЙ

- 1)+ несахарного диабета
- 2) гипокортицизма
- 3) гипотиреоза
- 4) СТГ-дефицита

29. АДЕНОМА ГИПОФИЗА, РАЗМЕРОМ 20 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ небольшой
- 2) микроаденомой
- 3) средней
- 4) большой

30. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА, СЕКРЕЦИИ ИЛИ ТРАНСПОРТИРОВКИ _____ ГОРМОНА

- 1)+ антидиуретического
- 2) фолликулостимулирующего
- 3) соматотропного
- 4) тиреотропного

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гематогенный
- 2) лимфогенный
- 3) контактный
- 4) интраканаликулярный

32. РАСПРОСТРАНЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС ЯВЛЯЕТСЯ _____ РОСТОМ

- 1)+ латероселлярным
- 2) антеселлярным
- 3) инфраселлярным
- 4) супраселлярным

33. РАСПРОСТРАНЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В ЗАДНЮЮ ЧЕРЕПНУЮ ЯМКУ ЯВЛЯЕТСЯ_____ РОСТОМ

- 1)+ ретроселлярным
- 2) латероселлярным
- 3) инфраселлярным
- 4) антеселлярным

34. ОПУХОЛЮ, СПОСОБНОЙ К МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) хористомы
- 3) питуицитомы
- 4) онкоцитомы

35. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ КРАНИОФАРИНГИОМ ПОМИМО МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ
- 2) ПЭТ-КТ
- 3) краниография
- 4) доплер сосудов головы

36. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГЕРМИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пинеальная область
- 2) хиазмально-селлярная область
- 3) боковые желудочки
- 4) мозжечок

37. ПО КЛАССИФИКАЦИИ КАДАШЕВА АДЕНОМА ГИПОФИЗА, РАЗМЕРОМ 30 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ средней
- 2) небольшой
- 3) большой
- 4) гигантской

38. АКРОМЕГАЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ГИПЕРСЕКРЕЦИИ

- 1)+ соматотропного гормона
- 2) пролактина
- 3) тиреотропина
- 4) адено-кортикотропного гормона

39. ПО КЛАССИФИКАЦИИ КАДАШЕВА АДЕНОМА ГИПОФИЗА, РАЗМЕРОМ 50 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ большой
- 2) небольшой
- 3) средней
- 4) гигантской

40. ПЛАЗМОЦИТОМЫ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ПРОИСХОДЯТ ИЗ

- 1)+ костных структур
- 2) оболочек головного мозга
- 3) гипофиза
- 4) стебля гипофиза

41. РАСПРОСТРАНЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В ХИАЗМАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ_____ РОСТОМ

- 1)+ супраселлярным
- 2) латероселлярным
- 3) инфраселлярным
- 4) антеселлярным

42. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮЩИМ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ ЯВЛЯЕТСЯ РАК

- 1)+ легких
- 2) желудочно-кишечного тракта
- 3) простаты
- 4) околоносовых пазух

43. КЛЮЧЕВЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ КИСТУ КАРМАНА РАТКЕ ОТ КРАНИОФАРИНГЕАЛЬНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выстилка однослойным кубическим эпителием
- 2) наличие так называемых, гигантских клеток в стенке краниофарингеальной кисты
- 3) выстилка многослойным эпителием
- 4) выстилка переходным эпителием

44. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМАМ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ ЭНДОСУПРАСЕЛЛЯРНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ зрительные нарушения
- 2) лакторею
- 3) увеличение веса
- 4) нарушение сна

45. ПО КТ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ ОЦЕНИВАЮТ

- 1)+ петрификат
- 2) инвазию в окружающие структуры
- 3) поражение зрительных нервов
- 4) размеры

46. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ОТНОСЯТ

- 1)+ артериальную гипертензию
- 2) стрии
- 3) нефролитиаз
- 4) вторичный иммунодефицит

47. ПРИ ПИТУИЦИТОМАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ _____ НЕРВЫ

- 1)+ зрительные
- 2) отводящие
- 3) языкоглоточные
- 4) подъязычные

48. НАИБОЛЕЕ РАДИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ВИДОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ меланوما
- 2) семинома
- 3) хориондкарцинома
- 4) мелкоклеточный рак легкого

49. ПО КЛАССИФИКАЦИИ КАДАШЕВА АДЕНОМА ГИПОФИЗА, РАЗМЕРОМ 60 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гигантской
- 2) большой
- 3) средней
- 4) небольшой

50. ПРИ ОНКОЦИТОМАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ НЕРВЫ

- 1)+ зрительные
- 2) отводящие
- 3) языкоглоточные
- 4) подъязычные

51. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТА ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЬШЕ 4 ЛИТРОВ В СУТКИ, ЧТО, СКОРЕЕ ВСЕГО, СВЯЗАНО С ДЕФИЦИТОМ

- 1)+ вазопрессина
- 2) пролактина
- 3) адренокортикотропного гормона
- 4) кортизола

52. ДЛЯ МЕНИНГИОМ БУТОРКА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ хиазмального синдрома
- 2) симптоматической эпилепсии
- 3) глазодвигательных нарушений
- 4) внутричерепной гипертензии

53. МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ВЕТВИ ДЛЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОБОЛОЧЕК ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТХОДЯТ ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ сифона внутренней сонной
- 2) затылочной
- 3) средней мозговой
- 4) задней мозговой

54. ВЫДЕЛЯЮТ _____ МЕНИНГИОМЫ КРЫЛА ОСНОВНОЙ КОСТИ

- 1)+ медиальные
- 2) передние
- 3) задние
- 4) нижние

55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОРДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ литический характер с частыми кальцификатами
- 2) гиперостоз
- 3) накопление контраста при КТ исследовании
- 4) негативный контраст при КТ

56. ВЫДЕЛЯЮТ _____ МЕНИНГИОМЫ КРЫЛА ОСНОВНОЙ КОСТИ

- 1)+ латеральные
- 2) передние
- 3) задние
- 4) нижние

57. ЭКСТРАДУРАЛЬНЫЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНЫ ПРИ РОСТЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В ОБЛАСТЬ

- 1)+ кавернозного синуса, подвисочной ямки
- 2) кавернозного синуса, задней черепной ямки
- 3) передней черепной ямки
- 4) средней черепной ямки

58. К МЕНИНГИОМАМ ОТНОСИТСЯ _____ МЕНИНГИОМА

- 1)+ светлоклеточная
- 2) адамантиноподобная
- 3) темноклеточная
- 4) псевдофиброзная

59. ПОПЕРЕЧНЫЙ СИНУС РАСПОЛОЖЕН

- 1)+ между затылочной долей и мозжечком
- 2) под затылочной долей
- 3) под мозжечком
- 4) под мозжечковым наметом

60. ПРИ ЛИКВОРЕЕ ЛЮМБАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- 1)+ низкое
- 2) высокое
- 3) нормальное
- 4) зашкаливающее

61. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМ БУГОРКА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ односторонний субфронтальный справа
- 2) односторонний субфронтальный слева
- 3) бифронтальный
- 4) доступ через лобную пазуху

62. К МЕНИНГИОМАМ ОТНОСИТСЯ _____ МЕНИНГИОМА

- 1)+ переходная
- 2) адамантиноподобная
- 3) темноклеточная
- 4) псевдофиброзная

63. МОЗГОВЫЕ ОБОЛОЧКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ

- 1)+ эктодермы
- 2) мезодермы
- 3) дорзальной хорды
- 4) центрального канала

64. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕТРОКЛИВАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ гипертензионно-гидроцефальный синдром
- 2) глазодвигательные нарушения
- 3) вторичную мозжечковую симптоматику
- 4) межъядерную офтальмоплегию

65. ПРИ МЕНИНГИОМАХ ОЛЬФАКТОРНОЙ ЯМКИ ПЕРВИЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- 1)+ обоняния
- 2) отведения глаза кнаружи
- 3) открывания глаза
- 4) приведения глаза к кончику носа

66. ДЛЯ МЕНИНГИОМ НА КТ И МРТ В МЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ кистозного компонента
- 2) перифокального отека
- 3) масс-эффекта
- 4) гиперостоза прилежащей кости

67. ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ____ НАПРАВЛЕНИИ РОСТА АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА

- 1)+ латероселлярном
- 2) антеселлярном
- 3) инфраселлярном
- 4) ретроселлярном

68. ПОВЕРХНОСТНАЯ ВИСОЧНАЯ ВЕНА АНАСТОМОЗИРУЕТ ЧЕРЕЗ ВЕНУ ЛАББЕ С

- 1)+ поперечным синусом
- 2) сигмовидным синусом
- 3) верхним каменистым синусом
- 4) нижним каменистым синусом

69. СРЕДНЯЯ МЕНИНГЕАЛЬНАЯ АРТЕРИЯ БЕРЕТ НАЧАЛО ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ верхнечелюстной
- 2) внутренней сонной
- 3) передней решетчатой
- 4) восходящей глоточной

70. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕНИНГИОМ ПЛОЩАДКИ ОСНОВНОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ зрительных нарушений
- 2) глазодвигательных нарушений
- 3) симптоматической эпилепсии
- 4) внутричерепной гипертензии

71. ДЛЯ ХИАЗМАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ первичной атрофии зрительных нервов
- 2) вторичной атрофии зрительных нервов
- 3) первичной атрофии зрительных нервов на стороне, с которой опухоль больше
- 4) вторичной атрофии зрительных нервов на стороне, с которой опухоль меньше

72. КОНВЕКСИТАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОЛУЧАЕТ КРОВЬ ИЗ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ средней мозговой
- 2) передней мозговой
- 3) перикаллезной
- 4) затылочной

73. К ЧАСТЯМ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ, СОДЕРЖАЩИМ БОГАТУЮ СОСУДИСТУЮ СЕТЬ, ОТНОСЯТ

- 1)+ внутренний листок твердой мозговой оболочки
- 2) наружный листок твердой мозговой оболочки
- 3) паутинную оболочку
- 4) подпаутинное пространство

74. ЯДРА КАУДАЛЬНОЙ ГРУППЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1)+ в продолговатом мозге
- 2) под дном ромбовидной ямки
- 3) в середине моста
- 4) в ножках мозга

75. ПРИ ГИГАНТСКИХ И БОЛЬШИХ ЭНДОСУПРАСЕЛЛЯРНЫХ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ "ПЕРЕДНЕМ" ВАРИАНТЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ХИАЗМЫ ИЗ-ЗА ТОГО, ЧТО ОПУХОЛЬ

- 1)+ распространяется через межтрактусное пространство и не сдавливает зрительные пути
- 2) распространяется через межневральное пространство и не сдавливает зрительные пути
- 3) мягкой консистенции и не сдавливает зрительные пути
- 4) плотной консистенции и не сдавливает зрительные пути

76. МЕНИНГИОМЫ ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ нейрофиброматозе
- 2) синдроме Ли-Фраумени
- 3) болезни Лермитта-Дюкло
- 4) синдроме Марфана

77. ПРИ МИКРОАДЕНОМАХ ГИПОФИЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) КТ
- 3) краниограмма
- 4) ангиография

78. НАИБОЛЕЕ ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКОЙ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ
- 2) МРТ
- 3) УЗИ
- 4) сцинтиграфия

79. ОСТЕОПОРОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ

- 1)+ болезни Иценко-Кушинга
- 2) пролактиноме
- 3) гормонально-неактивной аденоме гипофиза
- 4) тиреотропиноме

80. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МИКРОАДЕНОМ ГИПОФИЗА НА МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смещение стебля гипофиза
- 2) распластание гипофиза
- 3) пустое турецкое седло
- 4) кистообразование

81. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ МЕНИНГИОМАМ ОТНОСЯТСЯ АНАПЛАСТИЧЕСКИЕ, ПАПИЛЛЯРНЫЕ

- 1)+ рабдоидные
- 2) менинготелиматозные, переходные
- 3) псаммоматозные
- 4) атипические, псаммоматозные

82. ИННЕРВАЦИЯ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ

- 1)+ тройничного, блуждающего и подъязычного нервов
- 2) тройничного и лицевого и нервов
- 3) лицевого, добавочного и блуждающего нервов
- 4) языкоглоточного нерва

83. МЕНИНГИОМЫ ПРОИСХОДЯТ ИЗ

- 1)+ арахноидальной оболочки
- 2) твердой мозговой оболочки
- 3) мягкой мозговой оболочки
- 4) глии мозга

84. МЕМБРАНА ЛИЛИЕКВИСТА ОГРАНИЧИВАЕТ

- 1)+ межжировую цистерну
- 2) цистерну перекреста
- 3) охватывающую цистерну
- 4) цистерну мозолистого тела

85. К МЕНИНГИОМАМ ОТНОСИТСЯ _____ МЕНИНГИОМА

- 1)+ фиброзная
- 2) адамантиноподобная
- 3) темноклеточная
- 4) псевдофиброзная

86. АНОСМИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ МЕНИНГИОМЕ

- 1)+ ольфакторной ямки
- 2) треугольника бокового желудочка
- 3) задней черепной ямки
- 4) pineальной области

87. ХИАЗМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ снижением остроты зрения, битемпоральной гемианопсией, первичной атрофией дисков зрительных нервов
- 2) снижением остроты зрения, битемпоральной гемианопсией, вторичной атрофией дисков зрительных нервов
- 3) битемпоральной гемианопсией, первичной атрофией дисков зрительных нервов
- 4) битемпоральной гемианопсией

88. ПЕРЕДНЯЯ ВОРСИНЧАТАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней сонной
- 2) задней соединительной
- 3) задней мозговой
- 4) передней мозговой

89. СОМАТОМЕДИН-С ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1)+ печени
- 2) легких
- 3) гипофизе
- 4) почках

90. ПРИ "ЗАДНЕМ" РАСПОЛОЖЕНИИ ХИАЗМЫ

- 1)+ зрительные нервы длинные
- 2) зрительные нервы короткие
- 3) «нормальное» - промежуточное расположение зрительных нервов
- 4) зрительные нервы находятся кзади от передней мозговой артерии

91. ДЛЯ ХИАЗМАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА

- 1)+ битемпоральная гемианопсия
- 2) биназальная гемианопсия
- 3) гомонимная гемианопсия
- 4) двусторонняя скотома

92. В ПРОСВЕТЕ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ПРОХОДИТ _____

- 1)+ отводящий нерв
- 2) глазодвигательный нерв
- 3) блоковый нерв
- 4) верхнечелюстная ветвь тройничного нерва

93. К НЕРВАМ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ОТНОСЯТ НЕРВ

- 1)+ VII
- 2) III
- 3) II
- 4) I

94. ВЫДЕЛЯЮТ _____ МЕНИНГИОМЫ КРЫЛА ОСНОВНОЙ КОСТИ

- 1)+ срединные
- 2) передние
- 3) задние
- 4) нижние

95. СТЕПЕНЬ УДАЛЕНИЯ ПО СИМПСОНУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ менингиом
- 2) неврином
- 3) аденом
- 4) глиом

96. ВЕНА ДЕНДИ ВПАДАЕТ В

- 1)+ верхний каменистый синус
- 2) нижний каменистый синус
- 3) поперечный синус
- 4) кавернозный синус

97. КЛАССИФИКАЦИЯ TNM ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ _____ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ злокачественных
- 2) доброкачественных
- 3) метастатических
- 4) синхронных

98. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА УВЕЛИЧЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА С ПОВЫШЕНИЕМ В КРОВИ УРОВНЯ СТГ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ соматотропинома
- 2) гигантизм
- 3) тиреопинома
- 4) кортикотропинома

99. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ МЕНИНГИОМЫ ОНКОПОИСК

- 1)+ не следует проводить, вероятность метастазов крайне низкая
- 2) следует проводить однократно
- 3) следует проводить 1 раз в 6 месяцев
- 4) следует проводить 1 раз в год в течение 5 лет

100. ЭФФЕКТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головы с контрастным усилением
- 2) МРТ головы без контрастного усиления
- 3) СКТ головы с контрастным усилением
- 4) СКТ головы без контрастного усиления

101. ЧАЩЕ ВСЕГО ВЕГЕТАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ

- 1)+ дыхательной системы
- 2) сердечно-сосудистой системы
- 3) мочевыделительной системы
- 4) пищеварительной системы

102. НЕВРИНОМА VIII НЕРВА ПРИ КАУДАЛЬНОМ РОСТЕ ОБУСЛАВЛИВАЕТ

- 1)+ ротаторный нистагм и дисфония
- 2) боли в лице
- 3) снижение глоточного рефлекса
- 4) парез лицевой мускулатуры

103. МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ невозможностью произношения слов
- 2) отсутствием понимания речи
- 3) скандированной речью
- 4) персеверациями

104. ЭКСТРАПИРАМИДНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛОБНОЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мелкоразмахистый тремор в конечностях
- 2) крупноразмахистый тремор в конечностях
- 3) повышение тонуса в конечностях по спастическому типу
- 4) снижение силы в конечностях

105. К ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ В СТОЛЕ МОЗГА ПРИ ТРОМБОЗАХ ВЕТВЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ размягчение ствола мозга
- 2) ишемические нарушения
- 3) мелкоточечные кровоизлияния
- 4) атрофию одной половины ствола мозга

106. В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ МЕНИНГИОМАХ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ нерезкая белково-клеточная диссоциация
- 2) выраженная белково-клеточная диссоциация
- 3) плеоцитоз нейтрофильный
- 4) плеоцитоз лимфоцитарный

107. ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ОБЩЕМОЗГОВЫЕ СИМПТОМЫ

- 1)+ являются поздним признаком
- 2) являются ранним признаком
- 3) наблюдаются всегда
- 4) являются неблагоприятным прогностическим фактором

108. ОСНОВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, С КОТОРОЙ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТВЕРСТИЯ МОНРО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коллоидная киста 3 желудочка
- 2) опухоль четверохолмной пластинки
- 3) опухоль бокового желудочка
- 4) хориоидпапиллома бокового желудочка

109. ПРИ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНЕГО ЧЕРВЯ У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ парез взора вверх и вниз
- 2) нарушение глотания
- 3) ротаторный нистагм
- 4) атрофия мышц предплечий

110. ПРИ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА ВТОРИЧНО ЗРИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1)+ концентричным сужением полей зрения
- 2) амаврозом
- 3) биназальной гемианопсией
- 4) битемпоральной гемианопсией

111. ПРИ ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ МОЗЖЕЧКА У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ дискоординация в левой конечности
- 2) туловищная атаксия
- 3) расстройство статики
- 4) парез в ипсилатеральной конечности

112. ПРИ ОПУХОЛЯХ IV ЖЕЛУДОЧКА ОБЩЕМОЗГОВЫЕ СИМПТОМЫ

- 1)+ имеют ундулирующий характер
- 2) выражены в каждом случае
- 3) не характерны
- 4) четко выражены

113. ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ первично вегетативными расстройствами
- 2) синдромом Парино
- 3) симптомом Гертвиг-Мажанди
- 4) симптомом Велленберга-Захарченко

114. ПРИ ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА МОЗЖЕЧКОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ частым симптомом
- 2) атипичными
- 3) редким симптомом
- 4) исключаяющим критерием

115. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОПУХОЛЯМ СТВОЛА МОЗГА ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ доброкачественные опухоли в молодом возрасте
- 2) доброкачественные опухоли в зрелом возрасте
- 3) злокачественные опухоли в молодом возрасте
- 4) злокачественные опухоли в зрелом возрасте

116. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 4 – 5% населения старше 60 лет
- 2) 10%
- 3) 11%
- 4) 14% пациентов старше 65 лет

117. В ПОНЯТИЕ БОЛЬШАЯ ЦИСТЕРНА ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ВХОДИТ

- 1)+ затылочная цистерна
- 2) хиазмальная цистерна
- 3) цистерна моста
- 4) охватывающая цистерна

118. ПРИ ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА ДИЭНЦЕФАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нечастыми
- 2) частыми
- 3) типичными
- 4) атипичными

119. НЕВРИНОМА VIII НЕРВА ПРИ МЕДИАЛЬНОМ РОСТЕ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушением вкуса на передней 2/3 языка
- 2) спонтанным горизонтальным нистагмом
- 3) патологическими стопными знаками
- 4) гемианестезией

120. ПРИ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА ДИСЛОКАЦИОННЫЕ СИМПТОМЫ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ воздействия опухоли на каудальные отделы ствола головного мозга
- 2) расстройств микроциркуляции
- 3) воздействия опухоли на оральные отделы ствола головного мозга
- 4) нарастающей окклюзионной гидроцефалии

121. ПРИ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА МОЗЖЕЧКОВЫЕ РАССТРОЙСТВА НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО ВЫРАЖЕНЫ ПРИ

- 1)+ эпендимоммах
- 2) хориоидпапилломах
- 3) медуллобластомах
- 4) пилоидных астроцитомах

122. ПРЕМОТОРНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ аспонтанностью
- 2) наличием параличей конечностей
- 3) нарушением тазовых функций
- 4) эпилептическими припадками

123. ГИДРОЦЕФАЛИЯ ЭТО

- 1)+ увеличение объема желудочков мозга в результате нарушения ликвороциркуляции
- 2) вентрикуломегалия
- 3) увеличение объема желудочков мозга, а также увеличение внутричерепного давления без увеличения размеров желудочковой системы
- 4) расширение боковых желудочков мозга с симптомами повышения внутричерепного давления

124. МЕНИНГИОМЫ МОЗЖЕЧКОВОГО НАМЕТА ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОМ РОСТЕ ОБУСЛАВЛИВАЮТ

- 1)+ симптом Бурденко-Крамера и фотопсии
- 2) спонтанный горизонтальный нистагм
- 3) боли в шейной области
- 4) парез лицевой мускулатуры

125. ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ головными болями, сопровождающимися рвотой
- 2) головными болями, не сопровождающимися рвотой
- 3) тригеминальным болевым синдромом
- 4) эйфорией

126. ПРИ ОПУХОЛЯХ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ЧАСТО СТРАДАЮТ _____ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ

- 1)+ III и VI
- 2) IV и V
- 3) IV и II
- 4) I и II

127. НЕВРИНОМА VIII НЕРВА ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОМ РОСТЕ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ четкое расширение внутреннего слухового прохода
- 2) расстройства вкуса на передних 2/3 языка
- 3) пирамидные симптомы
- 4) невралгию тройничного нерва на стороне поражения

128. К НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМ ВЫПУСКНИКАМ, СВЯЗУЮЩИМИ ВЕНЫ МЯГКИХ ПОКРОВОВ ГОЛОВЫ С СИНУСАМИ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ теменной и сосцевидный
- 2) лобный
- 3) затылочный
- 4) выпускник канала подъязычного нерва

129. ПРИ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА ГИПЕРТЕНЗИОННЫЕ КРИЗЫ

- 1)+ часто носят черты синдрома Брунса
- 2) не характерны
- 3) постоянны
- 4) купируются приемом диуретиков

130. ПРИ ПОРАЖЕНИИ XII НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА НЕ БЫВАЕТ

- 1)+ гиперсаливации
- 2) поперхивания при еде
- 3) атрофии 1/2 языка
- 4) снижения глоточного рефлекса

131. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сгибанием вперед и наклоном в сторону опухоли
- 2) запрокидыванием назад
- 3) наклоном в противоположную от опухоли сторону
- 4) невозможностью повернуть голову в сторону

132. ГИДРОЦЕФАЛИЯ ПО МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ БЫВАЕТ

- 1)+ сообщающаяся и несообщающаяся
- 2) врожденная и приобретенная
- 3) гипорезорбтивная и окклюзионная
- 4) идиопатическая и окклюзионная

133. К ОПУХОЛЯМ МЕНИНГОСОСУДИСТОГО РЯДА ОТНОСЯТ

- 1)+ менингиому
- 2) нейрофибромму
- 3) астроцитому
- 4) глиому

134. БОЛЕЗНЬ РЕКЛИНГАУЗЕНА ОТНОСИТСЯ К ОПУХОЛЯМ

- 1)+ системным
- 2) метастатическим
- 3) нейроэктодермальным
- 4) гипофизарным

135. ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ расширения полости III желудочка
- 2) расширения боковых желудочков
- 3) расширения IV желудочка
- 4) давления опухоли на ствол мозга

136. ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА РАЗВИВАЮТСЯ, ЧАЩЕ

- 1)+ в зрелом возрасте
- 2) в детском возрасте
- 3) внезапно
- 4) у азиатского населения

137. ПОРАЖЕНИЕ VII НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ периферическим парезом мимической мускулатуры
- 2) центральным парезом мимической мускулатуры
- 3) гипостезией 1/2 лица
- 4) снижением вкуса на задней 1/3 языка

138. ТРАНСТЕНТОРИАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ ВЫЗЫВАЮТ

- 1)+ симптом Бурденко-Крамера
- 2) симптом Градениго
- 3) легкий застой диска зрительного нерва
- 4) развитие гидроцефалии

139. СИНДРОМ АСПОНТАННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ отсутствие побуждений и безразличие к окружающему
- 2) слабоумие
- 3) депрессию
- 4) нарушения сна и бодрствования

140. ОСНОВНЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВИСОЧНО-ТЕНТОРИАЛЬНОГО ВКЛИНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоизлияние в ствол мозга
- 2) истончение мозжечкового намета
- 3) сглаженность поверхности ствола мозга
- 4) расширение желудочковой системы

141. ПОРАЖЕНИЕ ПОЛУШАРИЙ МОЗЖЕЧКА ОПУХОЛЬЮ ДО МОМЕНТА ТИПИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ атактическими расстройствами
- 2) выраженной внутричерепной гипертензией
- 3) болями в области шеи
- 4) нарушением функции тазовых органов

142. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ТОШНОТЫ/РВОТЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ понижение внутричерепного давления
- 2) раздражение дна ромбовидной ямки
- 3) венозный застой
- 4) повышение артериального давления

143. ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА СТВОЛОВОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поздним, но ведущим симптомом в клинической картине
- 2) ранним
- 3) преимущественно носит среднемозговую локализацию
- 4) редким

144. ИЗМЕНЕНИЕМ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение отверстия внутреннего слухового прохода
- 2) сужение отверстия внутреннего слухового прохода
- 3) ампутация верхушки пирамиды
- 4) деструкция височной кости

145. ИЗОЛИРОВАННЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ области Брока
- 2) лобно-парасагиттальной области
- 3) префронтальной коры
- 4) лобно-полюсных отделов

146. СИНДРОМ ЭЙФОРИЧЕСКОГО СЛАБОУМИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ неустойчивость внимания
- 2) анозогнозию
- 3) нарушения сна и бодрствования
- 4) депрессию

147. ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА МОЗЖЕЧКОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

- 1)+ выражены на стороне опухоли
- 2) выражены с двух сторон
- 3) являются ранним симптомом
- 4) выражены только у детей

148. НЕВРИНОМА VIII НЕРВА ПРИ ОРАЛЬНОМ РОСТЕ НЕ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ пареза мимической мускулатуры
- 2) спонтанного вертикального нистагма
- 3) ограничения зрения вверх
- 4) болей в лице на половине поражения

149. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ давления опухоли на ядра X нерва
- 2) внутричерепной гипертензии
- 3) острого окклюзионного синдрома
- 4) прорастания опухоли ствола мозга

150. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ/АТРЕЗИИ ОТВЕРСТИЯ МОНРО ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ септостомию
- 2) пластику и стентирование отверстия Монро
- 3) вентрикулоперитонеальный шунт
- 4) вентрикулоатриальный шунт

151. ПРИ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вентрикулоперитонеальное шунтирование
- 2) эндоскопическая тривентрикулостомия
- 3) люмбоперитонеальное шунтирование
- 4) вентрикулоцистернальное шунтирование

152. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ НЕ ВЕРНО?

- 1)+ возникает через 15 лет после внутричерепного кровоизлияния
- 2) могут отмечаться признаки внутричерепной гипертензии на глазном дне
- 3) могут быть нарушения походки и памяти
- 4) бывает сообщающаяся и не сообщающаяся

153. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИСКОННЕКЦИИ ШУНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенография
- 2) КТ головного мозга
- 3) МРТ
- 4) пальпация шунта

154. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ DESH ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ТАР-ТЕСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вентрикулоперитонеальное шунтирование
- 2) люмбоперитонеальное шунтирование
- 3) эндоскопическая тривентрикулостомия
- 4) вентрикулоцистернальное шунтирование

155. К ТРИАДЕ ХАКИМА-АДАМСА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ головные боли
- 2) недержание мочи
- 3) снижение памяти на текущие события
- 4) магнетическую походку

156. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МРТ БЕЗ КОНТРАСТНОГО УСИЛЕНИЯ, ПОЛУЧАЕМЫЙ ОТ МЕНИНГИОМЫ СИГНАЛ

- 1)+ изоинтенсивный в режиме T1
- 2) гиперинтенсивный в режиме T1
- 3) гиперинтенсивный в режиме T2
- 4) гипоинтенсивный в режиме T1

157. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА НЕДОСТАТОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ возврат симптомов, имевшихся перед шунтированием
- 2) распирающие головные боли
- 3) тошноту, рвоту
- 4) покраснение по ходу шунта

158. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ ОТВЕРСТИЯ МОНРО МОГУТ ПРИМЕНИТЬ

- 1)+ эндоскопическую септостомию и вентрикулоперитонеальное шунтирование
- 2) люмбоперитонеальное шунтирование
- 3) tap-тест
- 4) только эндоскопическую септостомию

159. ТОЧКА КЕНА ИМЕЕТ ОРИЕНТИРЫ: ВВЕРХ ОТ

- 1)+ пинны 3 см и назад от пинны 3 см
- 2) пинны 5 см и назад от пинны 6 см
- 3) пинны 6 см и назад от пинны 2 см
- 4) иниона 6 см и в сторону от средней линии 4 см

160. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТВЕРСТИЯ МОНРО С ДВУХ СТОРОН ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ эндоскопическую септостомию, фораминопластику
- 2) люмбоперитонеальное шунтирование
- 3) вентрикулоцистернальное шунтирование справа
- 4) эндоскопическую септостомию

161. МРТ-ХАРАКТЕРИСТИКОЙ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие симптома «дурального хвоста»
- 2) слабое накопление контрастного вещества
- 3) гиперинтенсивный сигнал в режиме T1
- 4) гипоинтенсивный сигнал в режиме T2

162. К ОПЕРАЦИИ ВЫБОРА У ПАЦИЕНТА С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ НА ВЫХОДЕ ИЗ 4 ЖЕЛУДОЧКА ОТНОСЯТ

- 1)+ эндоскопическую тривентрикулоостомию
- 2) декомпрессию краниовертебрального перехода и рассечение окклюдизирующих мембран
- 3) люмбоперитонеальное шунтирование
- 4) эндоскопическую пластику отверстия мажанди и люшка

163. У ПАЦИЕНТА С ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ И НАЛИЧИЕМ ПЕРИТОНИТА И СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В АНАМНЕЗЕ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вентрикулоатриальное шунтирование
- 2) эндоскопическая тривентрикулоостомия
- 3) вентрикулоперитонеальное шунтирование
- 4) наружное вентрикулярное дренирование

164. ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ВОДОПРОВОДА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артефакт от пульсации ликвора по водопроводу мозга в T2 3DCUBE
- 2) нерасширенный водопровод мозга в T1 и FLAIR
- 3) расширенный 3 желудочек и узкий 4 желудочек
- 4) расширенный водопровод мозга

165. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕНИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом «дурального хвоста»
- 2) накопление контраста
- 3) наличие кист
- 4) гиперинтенсивный сигнал в режиме T2

166. МРТ-ПРИЗНАКАМИ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ НА УРОВНЕ ВОДОПРОВОДА МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ расширенные боковые желудочки, расширенный 3 желудочек, преамиллярная мембрана с вентральной дислокацией, водопровод мозга не проходит, 4 желудочек нормальный
- 2) расширенные боковые желудочки, 3 и 4 желудочки, преамиллярная мембрана с вентральной дислокацией, водопровод мозга проходит
- 3) расширенный один боковой желудочек, сдавлены конвекситальные ликворные щели
- 4) расширенные боковые желудочки, 3 и 4 желудочки, преамиллярная мембрана с вентральной дислокацией, водопровод мозга проходит, увеличена большая затылочная цистерна

167. ПОЛНАЯ ТРИАДА ХАКИМА-АДАМСА ВСТРЕЧАЕТСЯ В _____%

- 1)+ 48-50
- 2) 100
- 3) 95
- 4) 90-95

168. ПРИ СООБЩАЮЩЕЙСЯ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ НАИЛУЧШИМ ВЫБОРОМ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ программируемый вентрикулоперитонеальный шунт
- 2) вентрикулоперитонеальный шунт низкого давления
- 3) вентрикулоперитонеальный шунт среднего давления
- 4) люмбоперитонеальный шунт

169. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА МЕНИНГИОМА (КРОМЕ МРТ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ СКТ-перфузия головного мозга
- 2) МРТ в режиме FIESTA
- 3) КТ головного мозга
- 4) МР-ангиография

170. ТОЧКА ДЕНДИ ИМЕЕТ ОРИЕНТИРЫ

- 1)+ вверх от inion 4 см и в сторону от средней линии 2 см
- 2) вверх от inion 1 см и в сторону от средней линии 3 см
- 3) вверх от inion 7 см и в сторону от средней линии 6 см
- 4) кпереди от коронарного шва 2 см и в сторону от средней линии 1 см

171. ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ DESH ОБСТРУКЦИЯ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ в конвекситальных субарахноидальных пространствах
- 2) в водопроводе мозга
- 3) в цистернах основания черепа
- 4) на выходе из 4 желудочка

172. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ТАР-ТЕСТ ПОКАЗАН ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ

- 1)+ с положительным симптомом desh
- 2) при обструкции водопровода мозга
- 3) при обструкции на выходе из 4 желудочка
- 4) вызванной опухолью 3 желудочка

173. ГИДРОЦЕФАЛИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОБСТРУКЦИИ ВОДОПРОВОДА МОЗГА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием симптома DESH
- 2) расширением боковых и 3 желудочка
- 3) компрессией конвекситальных субарахноидальных пространств и вентральной дислокацией преамиллярной мембраны
- 4) передним выбуханием терминальной пластинки

174. ГИПЕРТЕНЗИОННАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ (ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ КРИЗ) ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ головные боли с тошнотой и рвотой на высоте головной боли
- 2) атаксию, головные боли, деменцию
- 3) недержание мочи и шаткость походки
- 4) головокружения, снижение памяти на текущие события, слепоту

175. ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ЭТО ОПЕРАЦИЯ ПО СОЗДАНИЮ

- 1)+ анастомоза между желудочками мозга и неликворосодержащими полостями организма посредством шунта
- 2) сообщения между третьим желудочком и полостью плевры
- 3) анастомоза между желудочками мозга и артериальным руслом
- 4) анастомоза между желудочковой системой мозга и внешним резервуаром

176. ОДНОЙ ИЗ ХАРАКТЕРИСТИК МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие фестончатых краев на поверхности
- 2) невыраженное накопление контрастного вещества
- 3) наличие кист
- 4) гиперинтенсивный сигнал в режиме T2

177. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА НА МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ конусовидная
- 2) эллипсоидная
- 3) округлая
- 4) неправильная

178. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ГИПЕРДРЕНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ортостатические сжимающие головные боли у основания черепа с тошнотой, слабостью, шаткостью походки
- 2) головные боли в лежачем положении, распирающие
- 3) шаткость походки, обмороки
- 4) головные боли с тошнотой, рвотой и утратой сознания

179. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ШУНТИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проба с выведением ликвора
- 2) наружное люмбальное дренирование на 2-3 дня
- 3) вентрикулярный дренаж на 3 дня
- 4) мониторинг внутричерепного давления

180. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА ОТ МЕНИНГИОМ ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие кистозного компонента
- 2) накопление контрастного вещества
- 3) дислокация ствола мозга
- 4) гипоинтенсивный сигнал в режиме T1

181. ТОЧКА ФРЕЙЗЕРА ИМЕЕТ ОРИЕНТИРЫ

- 1)+ вверх от инниона 6 см и в сторону от средней линии 4 см
- 2) вверх от инниона 4 см и в сторону от средней линии 2 см
- 3) кпереди от коронарного шва 2 см и в сторону от средней линии 2 см
- 4) вверх от инниона 6 см и в сторону от средней линии 1 см

182. НЕЙРОРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ГИПЕРДРЕНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ щелевидные желудочки и расширенные конвекситальные ликворные пространства
- 2) щелевидные желудочки
- 3) субдуральные гигромы
- 4) расширенные конвекситальные ликворные пространства и расширенные желудочки

183. К ВАРИАНТАМ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТВЕРСТИЯ МОНРО ОТНОСЯТ

- 1)+ стеноз и мембранозную обструкцию
- 2) коллоидную кисту 3 желудочка
- 3) расширение бокового желудочка спустя 5 лет после удаления коллоидной кисты
- 4) менингит в анамнезе

184. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ взаимосвязь со внутренним слуховым проходом
- 2) наличие гидроцефалии
- 3) выраженная компрессия ствола
- 4) однородная плотность в режиме МРТ T1+C

185. ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ головной болью с тошнотой, синкопальными состояниями
- 2) деменцией
- 3) недержанием мочи и рвотой
- 4) снижением памяти и недержанием мочи

186. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА ОТ МЕНИНГИОМ ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гетерогенность сигнала
- 2) накопление контрастного вещества
- 3) дислокация ствола мозга
- 4) гипоинтенсивный сигнал в режиме T1

187. МЕСТАМИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОККЛЮЗИИ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ отверстия Монро, водопровод мозга, отверстия Мажанди и Люшка
- 2) спинальные субарахноидальные пространства, передние отделы 3 желудочка, отверстия Мажанди и Люшка
- 3) отверстия Монро, треугольник бокового желудочка
- 4) передние рога боковых желудочков, водопровод мозга, цистерны задней черепной ямки

188. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УСТАНОВКЕ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА У ПАЦИЕНТА С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие опухоли 4 желудочка
- 2) менингит
- 3) перитонит в анамнезе
- 4) внутрижелудочковое кровоизлияние с наличием нелизированной крови

189. ПОКАЗАНИЕМ К ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипорезорбтивная гидроцефалия
- 2) доброкачественная внутричерепная гипертензия
- 3) киста сильвиевой щели Galassi 3
- 4) гигантская супраселлярная киста без гидроцефалии

190. К КРИТЕРИЯМ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ расширенные желудочки мозга и отсутствие указаний на этиологию гидроцефалии
- 2) наличие симптомов триады Хаким-Адамса
- 3) положительный симптом DESH
- 4) расширенные желудочки и триаду Хакима-Адамса

191. СИМПТОМАМИ ТРИАДЫ ХАКИМА-АДАМСА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ «магнетическая» шаркающая походка, недержание мочи, снижение памяти на текущие события
- 2) головные боли, шаркающая походка, снижение памяти на текущие события
- 3) шаркающая походка, недержание мочи, головные боли
- 4) шаркающая походка, головокружения, недержание мочи

192. ПРОХОДИМОСТЬ ВОДОПРОВОДА МОЗГА НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ В _____ РЕЖИМАХ И ПРОЕКЦИЯХ МР-ИЗОБРАЖЕНИЙ

- 1)+ сагиттальные срезы в T2 3DCUBE, FIESTA, ФК МРТ (ликвородинамика)
- 2) сагиттальные срезы в T1 и FLAIR
- 3) фронтальные срезы в T2 и FIESTA
- 4) сагиттальные срезы в T1, T2, FIESTA и FLAIR

193. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИСФУНКЦИЮ ШУНТА У ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- 1)+ КТ или МРТ головного мозга, рентгенографию шунта
- 2) пальпацию шунта и КТ головного мозга
- 3) МРТ шунта
- 4) КТ шунта

194. НАИБОЛЕЕ ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРИВЕНТРИКУЛОСТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несахарный диабет
- 2) парез взора вверх
- 3) амавроз
- 4) постоперационная обструкция отверстия Монро

195. ВЕРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ СИГНАЛА МРТ ОТ ХОЛЕСТЕАТОМЫ (ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперинтенсивная ликвору в режиме T2
- 2) изоинтенсивная ликвору в режиме T1
- 3) гиперинтенсивная ликвору в режиме T1
- 4) гипоинтенсивная ликвору в режиме T2

196. ОДНОЙ ИЗ ХАРАКТЕРИСТИК МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ интенсивное накопление контрастного вещества в строме опухоли
- 2) невыраженное накопление контрастного вещества
- 3) наличие кист
- 4) гиперинтенсивный сигнал в режиме T2

197. ПОСЛЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ гипертоническая гидроцефалия
- 2) окклюзионная гидроцефалия
- 3) идиопатическая гидроцефалия
- 4) доброкачественная внутричерепная гипертензия

198. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) Краниография
- 3) СКТ
- 4) ПЭТ с метионином

199. ВЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИГНАЛА МРТ ОТ ХОЛЕСТЕАТОМЫ (ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ изоинтенсивная ликвору в режиме T1
- 2) изоинтенсивная ликвору в режиме T2
- 3) гиперинтенсивная ликвору в режиме T1
- 4) гипоинтенсивная ликвору в режиме T2

200. ПРОБА С ВЫВЕДЕНИЕМ ЛИКВОРА СЧИТАЕТСЯ ДОСТОВЕРНО ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ В СЛУЧАЕ УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОХОДКИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ДРУГИХ ЗАДАНИЙ НА _____%

- 1)+ 20 и более
- 2) 5
- 3) 10 и более
- 4) 15

201. ДЛЯ МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двоение предметов при взоре прямо
- 2) нарушение сознания
- 3) онемение в конечностях по типу «перчаток и носков»
- 4) снижение силы в конечностях по пирамидному типу

202. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТА ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ МР-ангиографии (3D-TOF)
- 2) МРТ головного мозга в режиме DWI
- 3) КТ головного мозга
- 4) рентгенографии черепа

203. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1)+ гемианоптические дефекты полей зрения
- 2) снижение остроты зрения
- 3) диплопию
- 4) обнubilации

204. НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ тошнотой, рвотой
- 2) гемианопсией
- 3) эпизодами тахикардии
- 4) нарушениями сознания

205. ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ нарушения статики и походки
- 2) утренние рвоты
- 3) эпизоды тахикардии
- 4) нарушения сознания

206. СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ глазодвигательных нервов
- 2) хиазмы
- 3) зрительного нерва
- 4) 3 ветви тройничного нерва

207. ДВУСТОРОННИЕ БОЛИ ПО ТИПУ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ

- 1)+ рассеянном склерозе
- 2) болях 1 типа
- 3) болях 2 типа
- 4) нейропатии тройничного нерва

208. ВАЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НАЛИЧИЯ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «Симптом Бабинского-2»
- 2) двустороннее вовлечение мимической мускулатуры
- 3) парез мимической мускулатуры
- 4) одностороннее опущение верхнего века

209. ДЛЯ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опущение намета мозжечка
- 2) наличие гидроцефалии
- 3) наличие супратенториального объёмного образования
- 4) наличие субтенториального объёмного образования

210. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ нейропатию тройничного нерва
- 2) артериальную гипертензию
- 3) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника
- 4) гемифациальный спазм

211. СТАНДАРТОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головного мозга в режиме FIESTA (CISS или DRIVE)
- 2) МРТ головного мозга с контрастным усилением
- 3) СКТ-ангиография
- 4) МР-ангиография

212. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ синусит
- 2) артериальную гипертензию
- 3) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника
- 4) гемифациальный спазм

213. У ПАЦИЕНТА С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В КАЧЕСТВЕ ДООБСЛЕДОВАНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ МР-ангиографию (3D-TOF)
- 2) МРТ головного мозга в режиме DWI
- 3) КТ головного мозга
- 4) рентгенографию черепа

214. ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ утренними головными болями, рвотой на высоте боли
- 2) изолированными рвотами
- 3) головными болями в конце дня
- 4) головной болью

215. К ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1)+ назначение препаратов карбамазепинового ряда
- 2) глицероловые блокады
- 3) РЧД тройничного нерва
- 4) баллон-компрессию тройничного нерва

216. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТА С КЛИНИКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ МРТ головного мозга с контрастным усилением для исключения опухоли задней черепной ямки
- 2) СКТ-ангиографии
- 3) рентгенографии черепа
- 4) МР-ангиографии

217. ДЛЯ МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ горизонтальный нистагм
- 2) нарушение сознания
- 3) онемение в конечностях по типу «перчаток и носков»
- 4) снижение силы в конечностях по пирамидному типу

218. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, ИСКЛЮЧАЮЩИМ КЛАССИЧЕСКУЮ НЕВРАЛГИЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие опухоли мосто-мозжечкового угла
- 2) отсутствие признаков нейро-васкулярного конфликта по данным МРТ
- 3) наличие нейро-васкулярного конфликта по данным МРТ
- 4) наличие платибазии данным МРТ

219. ДЛЯ МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ тошноту, рвоту
- 2) нарушения сознания
- 3) снижение чувствительности в конечностях по типу «перчаток и носков»
- 4) снижение силы в конечностях по пирамидному типу

220. ДЛЯ МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ болей в лице на стороне поражения
- 2) нарушений сознания
- 3) онемения в конечностях по типу «перчаток и носков»
- 4) снижения силы в конечностях по пирамидному типу

221. СТАНДАРТОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НЕЙРО-ВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головного мозга в режиме FIESTA (CISS или DRIVE)
- 2) МРТ головного мозга с контрастным усилением
- 3) СКТ-ангиография
- 4) МР-ангиография

222. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ опухоль мосто-мозжечкового угла
- 2) артериальную гипертензию
- 3) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника
- 4) гемифациальный спазм

223. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ ятрогенную деафферентацию
- 2) артериальную гипертензию
- 3) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника
- 4) гемифациальный спазм

224. НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ горизонтальным нистагмом
- 2) утренними рвотами
- 3) эпизодами тахикардии
- 4) нарушениями сознания

225. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА У ПАЦИЕНТА С КЛИНИКОЙ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ МРТ головного мозга с контрастным усилением для исключения опухоли задней черепной ямки
- 2) СКТ-ангиографии
- 3) рентгенографии черепа
- 4) МР-ангиографии

226. ВОЗНИКНОВЕНИЕ СКОТОМ СВЯЗАНО, КАК ПРАВИЛО, С ПОРАЖЕНИЕМ

- 1)+ зрительного нерва
- 2) хиазмы
- 3) латеральных коленчатых тел
- 4) зрительного бугра

227. БОЛИ 1 ТИПА ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1)+ имеют пароксизмальный характер боли с эпизодами ремиссии
- 2) имеют постоянный характер боли с эпизодами ремиссии
- 3) не имеют четкой характеристики
- 4) не имеют триггеров

228. ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ одностороннего снижения слуха
- 2) утренней рвоты
- 3) эпизодов тахикардии
- 4) нарушения сознания

229. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ, ИСКЛЮЧАЮЩИМ КЛАССИЧЕСКУЮ НЕВРАЛГИЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие очагов демиелинизации в стволе головного мозга
- 2) наличие нейро-васкулярного конфликта по данным МРТ
- 3) наличие платибазии данным МРТ
- 4) отсутствие признаков нейро-васкулярного конфликта по данным МРТ

230. ДИГАНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МЕНИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие петрификатов
- 2) наличие отложений гемосидерина
- 3) наличие полостей
- 4) неравномерное накопление контрастного вещества в строме

231. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ 2 ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ нарушениями дыхания в ночное время
- 2) двоением предметов при взоре прямо
- 3) снижением силы в конечностях по пирамидному типу
- 4) гиперестезией в лице

232. ДЛЯ ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ (ХОЛЕСТЕАТОМ) ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ распространение по цистернам
- 2) инкапсулирование
- 3) отсутствие четких границ
- 4) наличие зоны перифокального накопления контрастного вещества

233. БОЛИ 2 ТИПА ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1)+ имеют постоянный характер боли с эпизодами ремиссии
- 2) имеют пароксизмальный характер боли с эпизодами ремиссии
- 3) не имеют четкой характеристики
- 4) не имеют триггеров

234. ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ высокочастотного шума на стороне поражения
- 2) утренней рвоты
- 3) эпизодов тахикардии
- 4) нарушения сознания

235. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ постгерпетическую невралгию
- 2) артериальную гипертензию
- 3) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника
- 4) гемифациальный спазм

236. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава
- 2) артериальную гипертензию
- 3) дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника
- 4) гемифациальный спазм

237. ПОРАЖЕНИЕ ЛУКОВИЦЫ ОБОНЯТЕЛЬНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ переломов передней черепной ямки
- 2) рассеянного склероза
- 3) переломов крыши орбиты
- 4) базальных опухолей

238. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ГЕМИФАЦИАЛЬНОМ СПАЗМЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ блефароспазмом
- 2) синдромом шиловидного отростка
- 3) невралгией тройничного нерва
- 4) параличом Белла

239. ГЕМИАНОПСИЯ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА УРОВНЕ

- 1)+ хиазмы
- 2) ганглиозного слоя сетчатки
- 3) зрительных нервов
- 4) коры затылочной доли

240. ПРИ ГЕМИФАЦИАЛЬНОМ СПАЗМЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ одностороннее вовлечение мимической мускулатуры
- 2) двустороннее вовлечение мимической мускулатуры
- 3) парез мимической мускулатуры
- 4) одностороннее опущение верхнего века

241. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ НАЛИЧИЯ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вовлечение m. Platysma
- 2) двустороннее вовлечение мимической мускулатуры
- 3) парез мимической мускулатуры
- 4) одностороннее опущение верхнего века

242. В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ ПАЦИЕНТУ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ИМЕЕТ

- 1)+ КТ-цистернография
- 2) рентгенография черепа
- 3) прямая церебральная ангиография
- 4) СКТ-ангиография

243. УСТАНОВКА ДИАГНОЗА МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ

- 1)+ неправомерна у детей в период 5-15 лет
- 2) основывается на данных КТ головного мозга
- 3) не зависит от наличия гидроцефалии
- 4) не требует проведения МРТ поясничного отдела позвоночника

244. ДЛЯ МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ нарушения чувствительности в лице на стороне поражения
- 2) нарушений сознания
- 3) онемения в конечностях по типу «перчаток и носок»
- 4) снижения силы в конечностях по пирамидному типу

245. АЛЕКСИЯ И АКАЛЬКУЛИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ верхней теменной доли
- 2) передней центральной извилины
- 3) задней центральной извилины
- 4) префронтальной коры

246. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ

- 1)+ гомонимную гемианопсию
- 2) битемпоральную гемианопсию
- 3) биназальную гемианопсию
- 4) контралатеральную амблиопию

247. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ синдромом шиловидного отростка
- 2) мастоидитом
- 3) гемифациальным спазмом
- 4) артериальной гипертензией

248. ДЛЯ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ 2 ТИПА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сочетание с синдромом фиксированного спинного мозга
- 2) двоение предметов при взоре прямо
- 3) снижение силы в конечностях по пирамидному типу
- 4) гиперестезия в лице

249. РЕЖИМ МРТ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЭПИДЕРМОИДНУЮ КИСТУ (ХОЛЕСТЕАТОМУ) ОТ АРАХНОИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

- 1)+ DWI
- 2) FSPGR
- 3) FIESTA \ DRIVE \ CISS
- 4) T2

250. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ГЕМИФАЦИАЛЬНОМ СПАЗМЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ тиком
- 2) синдромом шиловидного отростка
- 3) невралгией тройничного нерва
- 4) параличом Белла

251. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРИОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ В ОБЛАСТЬ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ, ТРАНСНАЗАЛЬНЫЙ ДОСТУП ОПТИМАЛЬНО КОМБИНИРОВАТЬ С

- 1)+ ретросигмовидным
- 2) транскаллезным
- 3) трансоральным
- 4) птериональным

252. СОГЛАСНО WHO ПЕРЕХОДНАЯ (СМЕШАННАЯ) МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

253. К ЭМБРИОНАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РЯДА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ретинобластома
- 2) инфильтративная астроцитома
- 3) олигоастроцитома
- 4) папиллома сосудистого сплетения

254. ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСОРАЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НУЖНО

- 1)+ вправить вывих после окончания операции
- 2) вправить вывих интраоперационно
- 3) вправить вывих через 8-9 суток после операции
- 4) проконсультироваться с врачом-травматологом

255. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ ипсилатеральным гемипарезом
- 2) глазодвигательными нарушениями
- 3) таламическими болями
- 4) псевдобульбарным параличом

256. К ГЕМАТОПОЭТИЧЕСКИМ ОПУХОЛЯМ ЦНС ОТНОСИТСЯ

- 1)+ плазмоцитома
- 2) герминома
- 3) гемангиобластома
- 4) пинеоцитома

257. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ СОЧЕТАЕТСЯ ОБЫЧНО С

- 1)+ лагофthalmом
- 2) появлением хоботкового рефлекса
- 3) выпадением корнеального рефлекса
- 4) дисфагией

258. СОМАТОТРОПИНОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПУХОЛИ СЕКРЕТИРУЮЩИЕ

- 1)+ СТГ
- 2) пролактин
- 3) АКТГ
- 4) ТТГ

259. К ОПУХОЛЯМ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ краниофарингиома
- 2) плазмоцитома
- 3) хориокарцинома
- 4) нейрофиброма

260. К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ нистагм
- 2) расходящееся косоглазие
- 3) сходящееся косоглазие
- 4) диплопия

261. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТАВНОЙ ЧАСТЬЮ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА

- 1)+ Мийяра-Гублера
- 2) Вебера
- 3) Валленберга-Захарченко
- 4) Бенедикта

262. У ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СУБТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ОТНОСЯТ

- 1)+ обструктивную гидроцефалию
- 2) масс-эффект опухоли
- 3) кровоизлияния в ЗЧЯ
- 4) тромбоз сигмовидных синусов

263. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ НЕВРИНОМЫ ОБЛАСТИ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) СКТ
- 3) ПЭТ-КТ
- 4) краниограмма

264. К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1)+ сходящееся косоглазие
- 2) расходящееся косоглазие
- 3) диплопию
- 4) мидриаз

265. ОПУХОЛЮ, РАСТУЩЕЙ ИЗ КЛЕТОК ОЛЬФАКТОРНОГО НЕЙРОЭПИТЕЛИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эстезионейробластома
- 2) краниофарингиома
- 3) хемодектома
- 4) гамартома

266. НАЛИЧИЕ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА, КОМПРИМИРУЮЩЕЙ СТЕВЛ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КООС

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) I
- 4) II

267. НАЛИЧИЕ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА, ЗАПОЛНЯЮЩЕЙ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВУЮ ЦИСТЕРНУ, СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КООС

- 1)+ III
- 2) I
- 3) IV
- 4) II

268. ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА ВОЗНИКАЕТ БЛЕФАРОПТОЗ

- 1)+ глазодвигательного
- 2) тройничного
- 3) подъязычного
- 4) обонятельного

269. ПОРАЖЕНИЕ ЛОКТЕВОГО НЕРВА НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ гипотрофией мышц тенара
- 2) гипотрофией межкостных мышц
- 3) гипотрофией червеобразных мышц кисти
- 4) гипестезией кожи V и частично IV пальцев

270. ЧАЩЕ ВСЕГО ПОСЛЕ ТРАНСНАЗАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ИСТОЧНИКОМ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ_____ АРТЕРИЯ

- 1)+ клиновидно-небная
- 2) передняя носовая
- 3) задняя носовая
- 4) перегородочная

271. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПИЛОИДНОЙ АСТРОЦИТОМЫ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ У БОЛЬНОГО

- 1)+ нейрофраматоз 1 типа
- 2) нейрофиброматоз 2 типа
- 3) болезнь Гиппеля-Линдао
- 4) аденокарциному желудка

272. ГОРМОН ВАЗОПРЕССИН

- 1)+ задерживает воду в организме
- 2) выводит воду из организма
- 3) регулирует липидный обмен
- 4) регулирует белковый обмен

273. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА HANNOVER ПРЕДЛОЖЕННАЯ M. SAMII НАСЧИТЫВАЕТ КОЛИЧЕСТВО СТЕПЕНЕЙ

- 1)+ 6
- 2) 4
- 3) 7
- 4) 5

274. НАЛИЧИЕ ИНТРАКАНАЛЬНОЙ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА СООТВЕТСТВУЕТ_____ СТЕПЕНИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ KOOS

- 1)+ I
- 2) III
- 3) IV
- 4) II

275. ХОЛЕСТЕАТОМА ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТОЙ

- 1)+ эпидермоидной
- 2) нейроглиальной
- 3) энтерогенной
- 4) коллоидной

276. ПРИ СОМАТОТРОПИНОМАХ ИЗБЫТОЧНО СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1)+ СТГ
- 2) пролактин
- 3) тиреотропин
- 4) АКТГ

277. ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА ВОЗНИКАЕТ РАСХОДЯЩЕЕСЯ КОСОГЛАЗИЕ

- 1)+ глазодвигательного
- 2) тройничного
- 3) подъязычного
- 4) обонятельного

278. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА

- 1)+ Меньера
- 2) Гертвига-Мажанди
- 3) Валленберга-Захарченко
- 4) Парино

279. МЕНИНГИОМЫ ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- 1)+ парасагиттальной области
- 2) области крыльев основной кости
- 3) конвекситальной области
- 4) боковом желудочке

280. ХАРАКТЕРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЦНС ПРИ СИНДРОМЕ ГИППЕЛЯ-ЛИНДАУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиобластома
- 2) менингиома
- 3) эпендимомы
- 4) нейрофиброма

281. НЕСТАБИЛЬНОСТЬ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕСТРУКЦИИ

- 1)+ комплекса – переднего полукольца С1 позвонка и зубовидного отростка С2 позвонка
- 2) средних отделов ската
- 3) нижних отделов тела С2 позвонка
- 4) верхних отделов ската

282. НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ триггерными зонами
- 2) деафферентационной болью
- 3) выпадением чувствительности на лице
- 4) выпадением функции жевательной мускулатуры

283. МЕДУЛЛОБЛАСТОМА МОЖЕТ МЕТАСТАЗИРОВАТЬ

- 1)+ в головной и спинной мозг, а также, в редких случаях, за пределами ЦНС
- 2) в головной и спинной мозг
- 3) только в головной мозг
- 4) только в спинной мозг

284. НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОБЛАДАЕТ МЕНИНГИОМА

- 1)+ анапластическая
- 2) фиброзная
- 3) псаммоматозная
- 4) переходная

285. КОРЕШКОВЫЕ ВЫПАДЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ЛИЦЕ ОБЫЧНО СОЧЕТАЮТСЯ С

- 1)+ нарушением жевания
- 2) болями
- 3) гипестезией роговицы
- 4) диссоциацией поверхностных и глубоких видов чувствительности

286. ТИРЕОТРОПИНОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ОПУХОЛИ СЕКРЕТИРУЮЩИЕ

- 1)+ ТТГ
- 2) АКТГ
- 3) СТГ
- 4) пролактин

287. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ фиброзная гистиоцитома
- 2) хондросаркома
- 3) рабдомиосаркома
- 4) менингеальный саркоматоз

288. ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА ВОЗНИКАЕТ ГИПЕСТЕЗИЯ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА

- 1)+ тройничного
- 2) глазодвигательного
- 3) подъязычного
- 4) обонятельного

289. ОСМОТР ВРАЧОМ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОМ ПЕРЕД ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ И ТРАНСОРАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЯХ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1)+ исключения воспалительных изменений
- 2) оценки проходимости дыхательных путей для планирования операции
- 3) оценки различных рисков интубационного наркоза
- 4) оценки адекватно проведённой санации полости рта

290. ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА ВОЗНИКАЕТ СХОДЯЩЕЕСЯ КОСОГЛАЗИЕ

- 1)+ отводящего
- 2) тройничного
- 3) подъязычного
- 4) обонятельного

291. АКРОМЕГАЛИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ соматотропином
- 2) пролактином
- 3) тиреотропином
- 4) адренкортикотропином

292. ОДНИМ ИЗ ОПАСНЫХ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ НЕВРИНОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повреждение ВСА
- 2) дефект перегородки носа при доступе
- 3) повреждение слизистой средней раковины
- 4) повреждение ножки мукопериостального лоскута

293. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ОБЫЧНО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ лабиринта
- 2) височной коры
- 3) ствола мозга
- 4) четверохолмной пластинки

294. К ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЯЧЕЕК СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ назальную ликворею
- 2) отоликворею
- 3) раневую ликворею
- 4) менингеальные знаки

295. «ЛОЖНООЧАГОВЫМ» СИМПТОМОМ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ОПУХОЛИ МОЖЕТ БЫТЬ ПАРЕЗ _____ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

- 1)+ VI
- 2) III
- 3) IV
- 4) VII

296. К ОПУХОЛЯМ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пинеобластома
- 2) гемангиоперицитомы
- 3) астробластома
- 4) нейрофиброма

297. ПРИ КОРТИКОТРОПИНОМАХ ИЗБЫТОЧНО СЕКРЕТИРУЕТСЯ

- 1)+ АКТГ
- 2) пролактин
- 3) тиреотропин
- 4) ИФР - I

298. СУСТАВОМ КРЮВЕЛЬЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сустав между передней дугой С1 и зубом С2
- 2) боковой атлanto-аксиальный сустав
- 3) атлanto-затылочный сустав
- 4) дугоотростчатый сустав

299. ПРИ РОСТЕ НЕВРИНОМЫ В ОБЛАСТЬ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ глазодвигательная группа нервов
- 2) каудальная группа нервов
- 3) языкоглоточный нерв
- 4) зрительный нерв

300. СНИЖЕНИЕ СЛУХА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗВУКОВОСПРИНИМАЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сочетанием с другой неврологической симптоматикой
- 2) гипоакузией на низкие тона
- 3) гипоакузией на высокие тона
- 4) сохранностью костной проводимости

301. АМЕНОРЕЯ И ГАЛАКТОРЕЯ У ЖЕНЩИН, ИМПОТЕНЦИЯ У МУЖЧИН И БЕСПЛОДИЕ ПРИ АДЕНОМЕ ГИПОФИЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ГИПЕРСЕКРЕЦИИ

- 1)+ пролактина
- 2) кортикотропина
- 3) гормона роста
- 4) тиреотропина

302. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ПРИЛЕЖАЩЕЙ КОСТИ В ВИДЕ

- 1)+ гиперостоза
- 2) остеомалации
- 3) остеопороза
- 4) дизостоза

303. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ ГЛИОМЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение остроты зрения
- 2) экзофтальм
- 3) отек век
- 4) офтальмоплегия

304. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиобластома
- 2) медуллобластома
- 3) пилоидная астроцитомы
- 4) эпендимомы

305. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕНИНГИОМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТНОМ ПРОМЕЖУТКЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 40–60
- 2) 20–40
- 3) до 20
- 4) после 60

306. МЕНИНГИОМЫ ПРОИСХОДЯТ ИЗ КЛЕТОК _____ ОБОЛОЧКИ

- 1)+ арахноидальной
- 2) твердой
- 3) субарахноидальной
- 4) подпаутинной

307. ПРИ ПИЛОИДНЫХ АСТРОЦИТОМАХ ГИПОТАЛАМУСА У ДЕТЕЙ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ дизэнцефальный
- 2) полюса лобной доли
- 3) нижней теменной доли
- 4) межполушарного разобщения

308. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ медуллобластомы
- 2) глиобластомы
- 3) менингиомы
- 4) олигодендроглиомы

309. ДОСТУПОМ К НЕВРИНОМЕ СЛУХОВОГО НЕРВА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ СОХРАНИТЬ СЛУХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмоидный
- 2) транслабиринтный
- 3) птериональный
- 4) трансфеноидальный

310. МЕДИАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ КРЫЛА ОСНОВНОЙ КОСТИ ЧАСТО ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ _____ АРТЕРИЮ

- 1)+ внутреннюю сонную
- 2) верхнюю мозжечковую
- 3) заднюю соединительную
- 4) основную

311. МЕНИНГИОМЫ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ, ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ желудочках мозга
- 2) подвисочной ямке
- 3) зрительном канале
- 4) яремном отверстии

312. ДЛЯ СИНДРОМА ГИППЕЛЯ-ЛИНДАУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиобластома
- 2) менингиома
- 3) астроцитомы
- 4) невринома

313. ПИЛОИДНАЯ АСТРОЦИТОМА МОЗЖЕЧКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ до 20
- 2) 20–40
- 3) 40–60
- 4) после 60

314. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЛИОМЫ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РЕЗКО ПОВЫШАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ нейрофиброматозом
- 2) системной склеродермией
- 3) нейроборрелиозом
- 4) факоматозом

315. ДЛЯ КРУПНЫХ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ТРЕТИ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА И ФАЛЬКСА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ интеллектуальные нарушения
- 2) джексоновские приступы
- 3) нарушения зрения
- 4) окклюзионные приступы

316. РАЗВИТИЕ ГИПЕРОСТОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ менингиом
- 2) астроцитом
- 3) неврином
- 4) аденом гипофиза

317. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОЛЛОИДНОЙ КИСТЫ III ЖЕЛУДОЧКА ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ _____ ДОСТУПЕ

- 1)+ транскортикальном
- 2) транскаллезном
- 3) стереотаксическом
- 4) субфронтальном

318. ГЛИОМА В ВИДЕ БАБОЧКИ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ДИССЕМИНАЦИИ ПРОЦЕССА ЧЕРЕЗ

- 1)+ мозолистое тело
- 2) ножки мозга
- 3) внутреннюю капсулу
- 4) межталамическое сращение

319. ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В_____ ДОЛЕ

- 1)+ лобной
- 2) теменной
- 3) затылочной
- 4) височной

320. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ЭПЕНДИМОМЫ IV ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ головная боль
- 2) центральный прозопарез
- 3) парез горизонтального взора
- 4) прозопалгия

321. К ВЕДУЩИМ СИМПТОМАМ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ эпилепсию
- 2) головную боль
- 3) психические нарушения
- 4) головокружение

322. ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГЛИОБЛАСТОМЕ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ паллиативные вмешательства
- 2) тотальное удаление опухоли
- 3) субтотальную резекцию
- 4) частичное удаление опухоли

323. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ПРИ АДЕНОМЕ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каберголин
- 2) октреотид
- 3) ципрогептадин
- 4) кетоконазол

324. КОЛЛОИДНЫЕ КИСТЫ КЛАССИЧЕСКИ РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- 1)+ III желудочке
- 2) водопроводе
- 3) боковом желудочке
- 4) отверстия Мажанди

325. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ МЕТАСТАЗОВ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ легкое
- 2) почка
- 3) толстый кишечник
- 4) молочная железа

326. ДЛЯ МЕНИНГИОМ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ джексоновские приступы
- 2) интеллектуальные нарушения
- 3) нарушения зрения
- 4) окклюзионные приступы

327. К ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КРАНИАЛЬНЫХ ХОРДОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ скат
- 2) пирамиду височной кости
- 3) внутренний слуховой проход
- 4) крылья основной кости

328. КОМПРЕССИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДИТ В

- 1)+ зрительном канале
- 2) мышечной воронке
- 3) хиазмально-селлярной области
- 4) верхней глазничной щели

329. ПОВЫШЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНЫХ ЛИМФОМ ЦНС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ ревматоидном артрите
- 2) подагре
- 3) анкилозирующем спондилите
- 4) псориатическом артрите

330. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЭПЕНДИМОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дно IV желудочка
- 2) крыша III желудочка
- 3) водопровод
- 4) нижний рог

331. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛИМФОМЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ биопсии
- 2) тотальном удалении
- 3) субтотальном удалении
- 4) частичной резекции

332. ПО МЕРЕ РОСТА НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАТИКА СО СТОРОНЫ_____ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ

- 1)+ V и VII
- 2) III и VI
- 3) IV и IX
- 4) X и XI

333. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПЕРВИЧНЫМИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ астроцитомы
- 2) олигодендроглиомы
- 3) эпендимомы
- 4) олигоастроцитомы

334. А. ОРНТНАЛМІСА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ_____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней сонной
- 2) передней мозговой
- 3) наружной сонной
- 4) верхнечелюстной

335. ГЛИОМАТОЗ МОЗГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ_____ЛЕТ

- 1)+ до 20
- 2) 20–40
- 3) 40–60
- 4) после 60

336. МЕНИНГИОМА БЕРЕТ НАЧАЛО ИЗ _____ ОБОЛОЧКИ

- 1)+ арахноидальной
- 2) пиальной
- 3) внутреннего листка твердой мозговой
- 4) наружного листка твердой мозговой

337. РЕЗКО ВОЗНИКАЮЩИЕ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ОФТАЛЬМОПЛЕГИЯ, ЗРИТЕЛЬНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АДЕНОМЕ ГИПОФИЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О/ОБ

- 1)+ апоплексии гипофиза
- 2) окклюзионном приступе
- 3) катехоламинергическом кризе
- 4) инсульте в бассейне ЗМА

338. ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭПИДЕРМОИДОВ ПРИ ИХ РАЗРЫВЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ асептического менингита
- 2) окклюзионной гидроцефалии
- 3) внутричерепного кровоизлияния
- 4) отоликвореи

339. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ РАКА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плоскоклеточный рак
- 2) меланома
- 3) аденокарцинома
- 4) эстезионейробластома

340. У ПАЦИЕНТОВ СО ЗРИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОСЛЕ

- 1)+ предварительной хирургической декомпрессии
- 2) физиотерапии
- 3) медикаментозного лечения
- 4) химиотерапии

341. ВОЗРАСТНЫМ ОГРАНИЧЕНИЕМ В ПРОВЕДЕНИИ ЛОКАЛЬНОЙ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И РАДИОХИРУРГИИ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ

- 1)+ до года
- 2) до 2-х лет
- 3) 6 месяцев
- 4) до 3 лет

342. ПО СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕЛЯТ НА

- 1)+ 4 степени
- 2) 3 степени
- 3) 5 степеней
- 4) 6 степеней

343. ПРИ 4 СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫЖИВАЕМОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 0,5-1,5
- 2) 1.5-3
- 3) 3-5
- 4) 5-7

344. РЕЖИМОМ СТАНДАРТНОГО ФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 1,8 Гр за фракцию до СОД 54 Гр
- 2) 7 Гр за фракцию до СОД 21 Гр
- 3) 5,5 Гр за фракцию до СОД 27,5 Гр
- 4) 16 Гр за фракцию

345. НАИМЕНЕЕ АКТУАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радикальное удаление опухоли
- 2) устранение быстро нарастающего неврологического ухудшения
- 3) морфологическая верификация первичной опухоли
- 4) устранение внутричерепной гипертензии

346. ПРИ 2 СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫЖИВАЕМОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 3-5
- 2) 5-7
- 3) 1-2
- 4) 0,5-1

347. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ГИГАНТСКОМ РАЗМЕРЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) лучевое лечение
- 3) медикаментозное лечение
- 4) химиотерапия

348. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ СОСУДОВ ОПУХОЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ перфузионные методики
- 2) трактографию
- 3) спектроскопию
- 4) морфометрию

349. ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В ПОЛЯХ ЗРЕНИЯ ПРИ ХИАЗМАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ битемпоральная гемианопсия
- 2) центральная скотома
- 3) концентрическое сужение поля зрения
- 4) скотома Бьеррума

350. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ СРЕДИ ПОЗДНИХ РЕАКЦИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипопитуитаризм
- 2) ухудшение зрения
- 3) недостаточность функций глазодвигательных нервов
- 4) алопеция

351. ПРИ 1 СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЫЖИВАЕМОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 5 и более
- 2) 3-5
- 3) 1-3
- 4) 0,5-1

352. МИШЕНЬЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первичная опухоль с распространенным ростом и пути регионарного лимфотока
- 2) первичная опухоль с распространенным ростом
- 3) остаточная опухоль с распространенным ростом, с исключением зоны удаленного очага
- 4) весь головной мозг

353. К НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ОТНОСЯТ

- 1)+ хирургическое удаление и химиолучевую терапию
- 2) хирургическое удаление
- 3) стереотаксическую лучевую терапию в режиме гипофракционирования
- 4) лучевую терапию с последующим хирургическим удалением

354. ОБЪЁМ ОБЛУЧЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ солидный компонент, кистозный компонент, петрификат
- 2) солидный компонент опухоли
- 3) краниоспинальное облучение
- 4) весь объём головного мозга

355. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С 3-4 СТЕПЕНЬЮ АНАПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ снижения значений ИКД на диффузионно-взвешенных МР-изображениях
- 2) гипометаболизма 18-фтордезоксиглюкозы на ПЭТ-изображениях
- 3) однородного контрастирования
- 4) расширения субарахноидального пространства вокруг опухоли

356. РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ первичными глиобластомами
- 2) гамартомами
- 3) пилоидными астроцитомами
- 4) краниофарингиомами

357. КРАНИОФАРИНГИОМУ ОТНОСЯТ К ОПУХОЛЯМ

- 1)+ хиазмально-селлярной области
- 2) краниовертебральной области
- 3) пинеальной области
- 4) задней черепной ямки

358. ВОЗРАСТНЫМ ОГРАНИЧЕНИЕМ В ПРОВЕДЕНИИ КРАНИОСПИНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ (КСО) ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ С

- 1)+ 3-х лет
- 2) 2-х лет
- 3) 1-го года
- 4) 5 лет

359. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ОПУХОЛИ И ЛУЧЕВОГО НЕКРОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ перфузионные методики
- 2) трактографию
- 3) морфометрию
- 4) магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением

360. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ВАРИАНТОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ПЭТ с метионином головного мозга
- 2) ПЭТ с ФДГ всего тела
- 3) биопсия/морфологическое исследование
- 4) МРТ с контрастным усилением головы и мягких тканей шеи

361. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И РАДИОХИРУРГИЯ ПРИ ПРОЛАКТИНОМАХ ЧАЩЕ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ЛИНИЕЙ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ третьей
- 2) первой
- 3) второй
- 4) четвёртой

362. ПАЦИЕНТАМ С ПИЛОИДНЫМИ АСТРОЦИТОМАМИ ЛОКАЛЬНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

- 1)+ после нерадикального удаления и при возникновении рецидива опухоли
- 2) только после нерадикальной операции
- 3) при снижении индекса Карновского
- 4) при выявлении метастатического распространения опухоли

363. РИСК РАЗВИТИЯ ЛУЧЕВОГО НЕКРОЗА ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ %

- 1)+ 0-2
- 2) 15-30
- 3) 30-40
- 4) 50

364. РИСК РАЗВИТИЯ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ %

- 1)+ 1-3
- 2) 15-30
- 3) 30-40
- 4) 50

365. У ПАЦИЕНТОВ С КОРТИКОТРОПИНОМой (БИК) ПОКАЗАТЕЛЬ 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ С СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ ____ %

- 1)+ 50
- 2) 90
- 3) 70
- 4) 20

366. НАЛИЧИЕ ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ менингиом
- 2) пилоцитарных астроцитом
- 3) пролактином
- 4) невриноом

367. У ПАЦИЕНТОВ С ГЕРМИНОМАМИ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ после подтверждения диагноза и проведения ПХТ
- 2) сразу после операции
- 3) перед проведением ПХТ спустя месяц после операции
- 4) перед операцией

368. ЦЕЛЬ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА СОСТОИТ В

- 1)+ контроле роста опухоли и нормализации повышенного уровня гормонов
- 2) уменьшении объёма опухоли
- 3) нормализации повышенного уровня гормонов
- 4) профилактике рецидива

369. ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИГАНТСКОМ РАЗМЕРЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ отсутствии абсолютных противопоказаний к лечению
- 2) проведенном ранее хирургическом вмешательстве
- 3) отсутствии гидроцефалии
- 4) отсутствии мнестических нарушений у пациента

370. ОТМЕНА АГОНИСТОВ ДОФАМИНА ДО ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОЛАКТИНОМАХ НЕОБХОДИМА

- 1)+ за 1-4 месяца
- 2) за 6 месяцев
- 3) за 1 неделю
- 4) за 2 недели

371. У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ЧИСТЫМИ ГЕРМИНОМАМИ БЕЗ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОБЛУЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ независимо от наличия остаточной опухоли и метастазирования
- 2) только при наличии остаточной опухоли
- 3) при метастатическом распространении опухоли в любом направлении
- 4) только при метастазировании по желудочковой системе

372. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАДИОХИРУРГИИ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА ЛОКАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ЧАЩЕ ДОСТИГАЕТ ____ %

- 1)+ 92-100
- 2) 80-85
- 3) 75-80
- 4) 60

373. НАЛИЧИЕ ОБЫЗВЕЩВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ олигодендроглиом
- 2) пилоцитарных астроцитом
- 3) пролактином
- 4) неврином

374. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ОПУХОЛЯХ В

- 1)+ слухоречевых зонах
- 2) задней черепной ямке
- 3) пинеальной области
- 4) хиазмальной области

375. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У

- 1)+ женщин
- 2) мужчин
- 3) детей
- 4) подростков

376. К ГЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ олигодендроглиому
- 2) невриному
- 3) фиброму
- 4) пролактиному

377. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЖИМОМ ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ОЧАГОВОЙ ДОЗЫ ЗА ____ ФРАКЦИЙ

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 30
- 4) 35

378. ОБЪЁМ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ЧИСТЫМИ ГЕРМИНОМАМИ И ПОЛНЫМ ОТВЕТОМ ОПУХОЛИ НА ПХТ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ облучение желудочковой системы
- 2) облучение ложа опухоли после операции
- 3) краниоспинальное облучение
- 4) локальное облучение при отсутствии операций

379. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ОПУХОЛЯХ В

- 1)+ сенсомоторной зоне
- 2) задней черепной ямке
- 3) пинеальной области
- 4) хиазмальной области

380. РАДИОРЕЗИСТЕНТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эстезионейробластома
- 2) синоназальная карцинома
- 3) аденокистозный рак
- 4) плоскоклеточный рак

381. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И РАДИОХИРУРГИЯ ПРИ СОМАТОТРОПИНОМАХ ЧАЩЕ ЯВЛЯЮТСЯ _____ ЛИНИЕЙ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ второй
- 2) первой
- 3) третьей
- 4) четвёртой

382. ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИХОДИТСЯ НА (В ГОДАХ)

- 1)+ 60-70
- 2) 5-10
- 3) 15-25
- 4) 30-40

383. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С 3-4 СТЕПЕНЬЮ АНАПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ повышения значений CBV и CBF на КТ-перфузии
- 2) гипометаболизма 18-фтордезоксиглюкозы на ПЭТ-изображениях
- 3) однородного контрастирования
- 4) расширения субарахноидального пространства вокруг опухоли

384. ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ продолженном росте опухоли
- 2) полном удалении опухоли – с профилактической целью
- 3) повышении уровня гормонов
- 4) снижении уровня гормонов

385. К ГЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ глиобластому
- 2) невриному
- 3) фиброму
- 4) пролактиному

386. ПРОЛАКТИНОМУ ОТНОСЯТ К ОПУХОЛЯМ

- 1)+ турецкого седла
- 2) задней черепной ямке
- 3) пинеальной области
- 4) хиазмальной области

387. ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ОТДАЛЕННЫХ МТС ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ стереотаксическая лучевая терапия в стандартном режиме
- 2) радиохирургия
- 3) стереотаксическая лучевая терапия в режиме гипофракционирования
- 4) облучение всего головного мозга

388. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ВТОРИЧНАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОРФОЛОГИЧЕСКИ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ

- 1)+ рак легкого
- 2) рак почки
- 3) меланома
- 4) коло-ректальный рак

389. ПРИ ТРАНЗИТОРНОМ УВЕЛИЧЕНИИ ОБЪЕМА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ ПОСЛЕ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩЕГОСЯ НАРАСТАНИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА, ТРЕБУЕТСЯ

- 1)+ назначение стероидной терапии
- 2) срочное хирургическое удаление облученной опухоли
- 3) шунтирующая операция на ликворных путях
- 4) назначение нейромидина

390. К ПРОЯВЛЕНИЯМ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ изменения молекул, вызванные продуктами радиолиза воды
- 2) передачу кинетической энергии излучения на биомолекулы
- 3) миграцию, поглощенной биомолекулами энергии, по химическим связям
- 4) изменения молекул, возникающие в результате поглощения энергии излучения самими молекулами

391. ПРИ ОБЛУЧЕНИИ КАРОТИДНОЙ ПАРААНГЛИОМЫ РАЗМЕРАМИ 2Х5 СМ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ режим гипофракционирования
- 2) стандартный режим лучевой терапии
- 3) стереотаксическая радиохирургия
- 4) режим гиперфракционирования

392. К МЕТОДУ ВИЗУАЛИЗАЦИИ, КОТОРЫЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА АППАРАТЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ УЗИ
- 2) МРТ
- 3) КТ в конусном пучке
- 4) рентгеновские снимки

393. ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ПАРААНГЛИОМ В РЕЖИМЕ ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ЗА 3 ФРАКЦИИ СРЕДНЯЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ____ ГР

- 1)+ 22,5
- 2) 24
- 3) 30
- 4) 60

394. РАННИЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В СРЕДНЕМ РАЗВИВАЮТСЯ ПОСЛЕ КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ трех месяцев
- 2) трех недель
- 3) одного месяца
- 4) двух месяцев

395. ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ ПЕРЕД ЛУЧЕВЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СЛУЧАЕ

- 1)+ преимущественно кистозной структуры
- 2) интраканаликулярной шванномы (Т1 по Samii)
- 3) опухоли, вызывающей компрессию ствола (Т4а по Samii)
- 4) с сохранным слухом на стороне опухоли (I класс по шкале Гарднера-Робертсона)

396. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ БЕРГОНЬЕ–ТРИБОНДО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛЕТОК К ОБЛУЧЕНИЮ ВОЗРАСТАЕТ, ЕСЛИ КЛЕТКИ

- 1)+ более интенсивно делятся и менее дифференцированы
- 2) менее интенсивно делятся и более дифференцированы
- 3) более интенсивно делятся и более дифференцированы
- 4) менее интенсивно делятся и менее дифференцированы

397. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ИЛИ НАРАСТАНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПЕРИФОКАЛЬНОГО ОТЕКА ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ ТРЕБУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ стероидной терапии
- 2) антибиотикотерапии
- 3) ноотропных препаратов
- 4) препаратов, снижающих артериальное давление

398. ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ В РЕЖИМЕ ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ЗА 3 ФРАКЦИИ СРЕДНЯЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ____ ГР

- 1)+ 19,5
- 2) 24
- 3) 30
- 4) 60

399. К ФЕНОМЕНУ «ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕКРОЗА» НА КОНТРОЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ МРТ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ изменение контрастирования солидной части опухоли на кольцевидный с возможным увеличением объема облученной опухоли
- 2) увеличение объема опухоли без изменения ее контрастирования
- 3) появление патологического контрастирования в прилегающей к шванноме мозговой ткани
- 4) появление и увеличение прилегающей к опухоли арахноидальной кисты

400. НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вестибулярная шваннома
- 2) менингиома
- 3) гемангиобластома
- 4) хордома

401. В СЛУЧАЕ БОЛЬШОЙ КОНВЕКСИТАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ С ОТЕКОМ И ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ

- 1)+ удаление опухоли
- 2) радиохимию
- 3) радиотерапию
- 4) химиотерапию

402. ПРИ НЕПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА "МЕНИНГИОМА" ГИСТОЛОГИЧЕСКИ РАДИОХИРУРГИЯ

- 1)+ возможна при типичных клиничко-рентгенологических данных
- 2) невозможна в любом случае
- 3) не применяется, применяется только стандартная лучевая терапия
- 4) не применяется, лечение только хирургическое удаление

403. СИСТЕМНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ грей
- 2) рентген
- 3) бэр
- 4) беккерель

404. ИНТЕРФАЗНАЯ ГИБЕЛЬ КЛЕТОК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ быстро делящихся клеток
- 2) неделящихся или медленно делящихся клеток
- 3) гипоксичных клеток
- 4) иммунных клеток

405. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮЩИМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ РАКА ЛЕГКОГО В ГОЛОВНОЙ МОЗГ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мелкоклеточный рак
- 2) плоскоклеточный рак
- 3) аденокарцинома
- 4) железисто-плоскоклеточный рак

406. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ТОРМОЗНОГО ФОТОННОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С ЭЛЕКТРОННЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ большая глубина проникновения фотонного излучения
- 2) существенно более высокая относительная биологическая эффективность фотонного излучения
- 3) доступность получения тормозного фотонного излучения в клинике
- 4) отсутствие у фотонов пика Брегга

407. РЕПРОДУКТИВНАЯ ГИБЕЛЬ КЛЕТОК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ неделящихся или медленно делящихся клеток
- 2) быстро делящихся клеток
- 3) гипоксичных клеток
- 4) иммунных клеток

408. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОТСУТСТВИИ ДРУГИХ МЕТАСТАЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стереотаксическая лучевая терапия в режиме гипофракционирования
- 2) радиохирurgia
- 3) облучение всего головного мозга
- 4) облучение всего головного мозга и радиохирurgia на ложе опухоли

409. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ (ОБЭ) ИЗЛУЧЕНИЯ ЭТАЛОННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгеновское или гамма-излучение (Co60)
- 2) нейтронное излучение
- 3) электронное излучение
- 4) протонное излучение

410. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПЕРИФОКАЛЬНОГО ОТЕКА СУЩЕСТВУЕТ ПРИ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГИОМЫ

- 1)+ парасагиттальной локализации
- 2) крыла основной кости
- 3) ската
- 4) кавернозного синуса

411. ПРИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ НА АППАРАТЕ «КИБЕР-НОЖ» СРЕДНЯЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ____ ГР

- 1)+ 13,5
- 2) 24
- 3) 30
- 4) 60

412. НАВИГАЦИОННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИЕ СНИМКИ ПРИ УКЛАДКЕ ПАЦИЕНТА

- 1)+ позволяют уменьшить дозовую нагрузку на пациента по сравнению с КТ в коническом пучке
- 2) менее информативны, чем снимки в мегавольтном пучке
- 3) не позволяют корректно позиционировать пациента с патологией ЦНС
- 4) более информативны, чем КТ в коническом пучке

413. ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ТИМПАНИЧЕСКОЙ ПАРААНГЛИОМЫ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ стереотаксическая радиохирurgia
- 2) стандартный режим лучевой терапии
- 3) режим гипофракционирования
- 4) режим гиперфракционирования

414. ПРИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ НА АППАРАТЕ «ГАММА-НОЖ» КРАЕВАЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ____ ГР

- 1)+ 12
- 2) 24
- 3) 14
- 4) 60

415. ПРИ ОБЛУЧЕНИИ НЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ ТРЕБУЮТСЯ_ДОЗЫ

- 1)+ такие же, что и для вестибулярных
- 2) меньшие, чем для вестибулярных
- 3) большие, чем для вестибулярных
- 4) кардинально разные, что и для вестибулярных

416. ФЕНОМЕН «ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕКРОЗА» НА КОНТРОЛЬНЫХ МРТ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6-18
- 2) 1
- 3) 2-3
- 4) 3-6

417. ФЕНОМЕН «ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕКРОЗА» НА КОНТРОЛЬНЫХ МРТ В СРОКИ 6-18 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ вестибулярной шванномы
- 2) менингиомы
- 3) гемангиобластомы
- 4) хордомы

418. У ПАЦИЕНТА С I КЛАССОМ СЛУХА ПО ШКАЛЕ ГАРДНЕРА-РОБЕРТСОНА НА СТОРОНЕ ОПУХОЛИ ШАНС СОХРАНИТЬ СЛУХ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ____ СО II КЛАССОМ

- 1)+ выше, чем у пациентов
- 2) ниже, чем у пациентов
- 3) такой же, что и у пациентов
- 4) вне зависимости с пациентами

419. ОПУХОЛЬЮ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, ТРЕБУЮЩЕЙ НАИБОЛЬШЕЙ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ (35 ФРАКЦИЙ ПО 2 ГР ДО СОД=70 ГР) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хордома
- 2) менингиома
- 3) шваннома
- 4) гормонально активная аденома гипофиза

420. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стереотаксическая лучевая терапия в режиме гипофракционирования
- 2) радиохирургия
- 3) облучение всего головного мозга
- 4) химиотерапия

421. ВТОРИЧНАЯ ОПУХОЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЮ "КРУПНЫЙ МЕТАСТАЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА" ПРИ РАЗМЕРЕ БОЛЕЕ ____ СМ В ДИАМЕТРЕ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 10

422. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое удаление с последующей лучевой терапией
- 2) хирургическое удаление
- 3) стереотаксическая лучевая терапия в режиме гипофракционирования
- 4) облучение всего головного мозга

423. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПАРААНГЛИОМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ В

- 1)+ мозговом слое надпочечников
- 2) брюшной полости
- 3) области бифуркации общей сонной артерии на шее
- 4) области яремного отверстия

424. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОХИРУРГИИ ДО УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СОСТАВЛЯЮТ

- 1)+ 24-48 часов
- 2) 2-3 недели
- 3) 1 неделю
- 4) 1 месяц

425. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие у пациента окклюзионной гидроцефалии с признаками внутричерепной гипертензии на глазном дне
- 2) глухота на данное ухо
- 3) нормальный слух на стороне опухоли
- 4) нейрофиброматоз II типа

426. ПРОВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОПТИМАЛЬНО ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 недель
- 2) 2-3 недели
- 3) 2-3 месяца
- 4) 6 месяцев

427. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЦНС ВИДОМ НЕИСПОЛЪЗУЕМОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электронное
- 2) тормозное фотонное
- 3) гамма
- 4) протонное

428. СИМПТОМ ЛИРЫ НА АНГИОГРАММАХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ каротидных параанглиом
- 2) югулярных параанглиом
- 3) югулотимпанических параанглиом
- 4) феохромоцитом

429. ПАТОЛОГИЕЙ, КОТОРУЮ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ ПО ДАННЫМ МРТ НА ПОЯВЛЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО РЕЦИДИВА ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лучевой некроз
- 2) вторично-индуцированная опухоль
- 3) геморрагический инсульт
- 4) ишемический инсульт

430. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫБОРА РАДИОХИРУРГИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ размер метастаза менее 2 см в диаметре
- 2) наличие множественных метастаз в головной мозг
- 3) отсутствие перифокального отека
- 4) отсутствие неврологической симптоматики

431. ПРИ ШВАННОМЕ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИМЕНЯЮТСЯ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ ____ ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ

- 1)+ такие же, как
- 2) ниже, чем
- 3) выше, чем
- 4) кардинально разные, что и

432. ПРОВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕРАДИКАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОПТИМАЛЬНО ЧЕРЕЗ

- 1)+ 2-3 недели
- 2) 3-6 недель
- 3) 2-3 месяца
- 4) 6 месяцев

433. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутричерепная гипертензия
- 2) выраженный перифокальный отек
- 3) интратуморальное кровоизлияние
- 4) нахождение метастаза в функционально значимых зонах головного мозга

434. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВАХ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое удаление
- 2) стереотаксическая лучевая терапия в режиме гипофракционирования
- 3) облучение всего головного мозга
- 4) наблюдение, удаление в случае появления неврологической симптоматики

435. РАЗМЕР (ДЛЯ МИШЕНИ) ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- 1)+ участку накопления КВ по данным МРТ в режиме T1
- 2) данным МРТ в режиме T1
- 3) данным изменения МР-сигнала в режиме T2
- 4) данным изменения МР-сигнала в режиме FLAIR

436. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ, ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ ПО ДАННЫМ МРТ НА ПОЯВЛЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО РЕЦИДИВА ВТОРИЧНОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ ПЭТ с метионином или ФЭТ
- 2) ПЭТ с ФДГ
- 3) биопсию
- 4) дополнительные режимы МРТ

437. ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ШВАННОМЫ В РЕЖИМЕ ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ЗА 5 ФРАКЦИЙ СРЕДНЯЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ____ ГР

- 1)+ 25
- 2) 30
- 3) 35
- 4) 60

438. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ КРАНИАЛЬНЫХ ХОРДОМ

- 1)+ встречается примерно в 10% случаев
- 2) невозможно
- 3) встречается примерно в 50% случаев
- 4) случается только в случае ятрогенной диссеминации

439. ПО ДАННЫМ КРУПНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПЯТИЛЕТНЯЯ БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ АДЕКВАТНОМ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГИОМ WHO GRADE I СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО ____ %

- 1)+ 90
- 2) 100
- 3) 70
- 4) 50

440. КОНТРОЛЬ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГИОМ

- 1)+ одинаковый при радиотерапии и радиохирургии
- 2) значительно выше при радиохирургии
- 3) значительно выше при радиотерапии
- 4) точно не известен в связи с методологическими сложностями организации длительного наблюдения больших групп пациентов

441. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИГАНТОЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ НА КТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эффект «мыльного пузыря»
- 2) эффект «матового стекла»
- 3) симптом «треснувшего горшка»
- 4) симптом «матового стекла»

442. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ОБЛАСТИ ОСНОВНОЙ КОСТИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ КРАНИОБАЗАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) химиотерапевтический
- 3) лучевой
- 4) комбинированный

443. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ДИАГНОЗ МЕНИНГИОМА НЕ УДАЕТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ДРУГОЙ ОПУХОЛЬЮ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

- 1)+ лучевое лечение невозможно без биопсии
- 2) возможно проведение лучевого лечения с применением большей дозы, чтобы с запасом перекрыть другие возможные варианты
- 3) проводится только радиохирургия
- 4) возможно применение только радиотерапии

444. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ ее гормональной активности (для ТТГ и СТГ-секретирующих)
- 2) ее гормональной активности (для пролактином)
- 3) гормонально неактивной опухоли
- 4) инвазии в кавернозный синус

445. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМИ МЕНИНГИОМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локальное радиотерапевтическое и радиохирургическое облучение очагов
- 2) хирургический
- 3) облучение всего головного мозга
- 4) химиотерапия

446. ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГИОМЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО, ЕСЛИ ОПУХОЛЬ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ внутричерепную гипертензию
- 2) зрительные нарушения
- 3) эписиндром
- 4) глазодвигательные нарушения

447. РАДИОИНДУЦИРОВАННЫЕ МЕНИНГИОМЫ

- 1)+ можно лечить при помощи лучевых методов
- 2) нечувствительны к лучевому лечению
- 3) можно облучать только радиохирургически
- 4) требуют только хирургического лечения

448. ПРИ РАЗРУШЕНИИ БОЛЕЕ ЧЕМ 90% ИЛИ БОЛЕЕ НЕЙРОНОВ СУПРАОПТИЧЕСКОГО И ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДЕР РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ несахарный диабет
- 2) гипопитуитаризм
- 3) третичный гипогонадизм
- 4) гиперпролактинемия

449. МЕНИНГИОМЫ ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ II ТИПА

- 1)+ можно лечить при помощи лучевых методов
- 2) нечувствительны к лучевому лечению
- 3) можно облучать только радиохирургически
- 4) требуют только хирургического лечения

450. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ

- 1)+ гипоосмолярной полиурией
- 2) гиперосмолярной полиурией
- 3) анурией
- 4) гиперпролактинемией

451. МЕНИНГИОМУ ДО 3 СМ ОХВАТЫВАЮЩУЮ ВНУТРИГЛАЗНИЧНУЮ ЧАСТЬ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ УМЕРЕННОМ СНИЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- 1)+ при помощи облучения в режиме стандартного фракционирования
- 2) радиохирургически
- 3) хирургически
- 4) гормонотерапией

452. АНТИДИУРЕТИЧЕСКИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1)+ супраоптическом ядре
- 2) серобугорном ядре гипоталамуса
- 3) ядре сосцевидного тела
- 4) ядре воронки

453. МЕНИНГИОМЫ С ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ

- 1)+ можно лечить при помощи лучевых методов
- 2) обязательно требуют гистологической верификации
- 3) можно облучать только радиохирургически
- 4) требуют только хирургического лечения

454. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ ОПУХОЛЬЮ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1)+ Knosp E.
- 2) Б.А. Кадашева
- 3) К. Kovacs и E. Hovarth
- 4) Frank G., Pasquini E.

455. ОБЛУЧЕНИЕ ЛОЖА ТОТАЛЬНО УДАЛЕННОЙ МЕНИНГИОМЫ НЕОБХОДИМО В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МЕНИНГИОМЫ WHO GRADE

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

456. ПРИ МРТ-ИССЛЕДОВАНИИ В T1-РЕЖИМЕ ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ

- 1)+ чаще всего гипоинтенсивны по отношению к ликвору
- 2) чаще всего гиперинтенсивны по отношению к ликвору
- 3) не имеют отличий от аденом гипофиза
- 4) изоинтенсивны по отношению к ликвору

457. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К ХОРДОМАМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМ ОСНОВНУЮ ПАЗУХУ, СКАТ И КОМПРЕМИРУЮЩИМ СТВОЛОВЫЕ СТРУКТУРЫ, НЕ РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ НА КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопический трансназальный трансфеноидальный задний расширенный
- 2) эндоскопический трансназальный трансфеноидальный передний расширенный
- 3) птериональный
- 4) транскаллезный

458. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХОРДОМ ОБЛАСТИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА (ОТ ОБЩЕЙ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВСЕХ ХОРДОМ) В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 25-35
- 2) более 50
- 3) менее 3
- 4) 0,30

459. ОТ ЧИСЛА ВСЕХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ХОРДОМЫ СОСТАВЛЯЮТ __%

- 1)+ 0,1-0,2
- 2) 10-15
- 3) 20-30
- 4) более 50

460. ФАКТОРОМ, СНИЖАЮЩИМ ВЕРОЯТНОСТЬ РЕМИССИИ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфильтрация капсулы опухоли
- 2) высокий уровень пролактина крови
- 3) базальный уровень СТГ менее 10 мЕд/л
- 4) размер опухоли менее 1 см

461. СОГЛАСНО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ЦНС (2016), ХОРДОМА ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

- 1)+ «Мезенхимальные, неменинготелиальные опухоли»
- 2) «Эмбриональные опухоли»
- 3) «Метастатические опухоли»
- 4) «Опухоли области турецкого седла»

462. ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЕ ОСМОРЕЦЕПТОРЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В

- 1)+ супраоптическом и паравентрикулярном ядрах
- 2) преоптическом ядре
- 3) ядре воронки
- 4) дорсомедиальном ядре

463. ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ заболеванием костей, при котором фиброзно-костная ткань замещает губчатое вещество костей
- 2) дизонтогенетической опухолью, которая развивается из остатков ното хорды
- 3) злокачественным образованием костной ткани, как правило, радиоиндуцированным
- 4) злокачественным новообразованием костной ткани, при котором в процесс вовлечены только структуры костей основания черепа

464. НЕ СУЩЕСТВУЕТ _____ РАСШИРЕННОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНИОДАЛЬНОГО ДОСТУПА

- 1)+ верхнего
- 2) бокового
- 3) переднего
- 4) заднего

465. ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕНИНГИОМ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕНИНГИОМ ТЕМ, ЧТО

- 1)+ требуется большая доза и захват окружающих тканей на объем облучения
- 2) применяется только радиохирургия
- 3) наибольший эффект даёт брахитерапия
- 4) чаще проводится химиолучевое лечение

466. ХОРДОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ редкие опухоли, развивающиеся из эмбриональных остатков спинной струны
- 2) доброкачественные новообразования, развивающиеся из мозговых оболочек
- 3) злокачественные новообразования, развивающиеся из оболочек черепных нервов
- 4) доброкачественные новообразования костной ткани

467. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ШИРОКО ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ПО РАЗМЕРАМ

- 1)+ Б.А. Кадашева
- 2) К. Kovacs и Е. Hovarth
- 3) Frank G., Pasquini E.
- 4) Knosp E.

468. НЕБОЛЬШУЮ СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ МЕНИНГИОМУ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА СЛЕДУЕТ

- 1)+ лечить при помощи лучевых методов
- 2) наблюдать
- 3) удалять
- 4) облучать только после предшествующей гистологической верификации

469. ПОД ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМой ПОНИМАЮТ

- 1)+ гигантоклеточную опухоль
- 2) хордому
- 3) остеому
- 4) фиброзную дисплазию

470. ПРИ ПРОЧИХ РАВНЫХ УСЛОВИЯХ НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ СУЩЕСТВУЕТ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ МЕНИНГИОМ

- 1)+ окруженных перифокальным отеком
- 2) у пожилых пациентов
- 3) у пациентов с сахарным диабетом
- 4) содержащих кальцинаты

471. ЕСЛИ МЕНИНГИОМА СКАТА ВЫЗЫВАЕТ ОККЛЮЗИОННУЮ ГИДРОЦЕФАЛИЮ

- 1)+ лучевое лечение возможно после ликворошунтирующей операции
- 2) обязательно удаление опухоли
- 3) оправдано применение радиохирургии
- 4) лучевое лечение проводится на фоне мочегонных препаратов

472. ПРИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧАСТОТА ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО _____ %

- 1)+ 27
- 2) 3
- 3) 0,50
- 4) 50

473. ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ замещением нормальной кости фиброзной костной тканью
- 2) замещением нормальной кости видоизмененной хрящевой тканью
- 3) разрастанием звена остеобластов в костной ткани
- 4) разрушением костной ткани увеличившимся звеном остеокластов

474. ВЕРНЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ, ТО ЧТО ХОРДОМА

- 1)+ обладает высокой резистентностью к методам лучевой и химиотерапии
- 2) высокочувствительна к методам лучевой терапии
- 3) встречается преимущественно у пациентов детского возраста
- 4) требует преимущественно динамического наблюдения без предшествующего хирургического вмешательства

475. В ОБРАЗЦАХ _____ МЕТОДОМ ИММУНОГИСТОХИМИИ ОБНАРУЖИВАЮТ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ДЛЯ НЕЕ БЕЛОК «BRACHYURY»

- 1)+ хордомы
- 2) краниофарингиомы
- 3) герминомы
- 4) пролактиномы

476. В СЛУЧАЕ ВЫРАЖЕННОГО ПЕРИФОКАЛЬНОГО ОТЕКА ВОКРУГ МЕНИНГИОМЫ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) лучевое лечение на фоне гормональных противоотечных препаратов
- 3) наблюдение
- 4) проведение химиотерапии

477. К ЭТАПАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОГО ДОСТУПА ОТНОСЯТ

- 1)+ сфеноидальный
- 2) цистернальный
- 3) преселлярный
- 4) базальный

478. КОНЦЕПЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОРДОМ, КОТОРОЙ ПРИДЕРЖИВАЮТСЯ БОЛЬШИНСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ первоначально максимально возможной резекции опухоли
- 2) химиотерапевтическом воздействии на опухоль
- 3) первоначальном лучевом лечении опухоли
- 4) комбинированном – химио-лучевом воздействии на опухоль

479. АКТГ-СЕКРЕТИРУЮЩАЯ АДЕНОМА ГИПОФИЗА ВЫЗЫВАЕТ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА

- 1)+ Кушинга
- 2) акромегалии
- 3) Шварца-Барттера
- 4) Мак-Кьюна-Олбрайта

480. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АСИМПТОМНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ ДОСТИГАЕТ _____ %

- 1)+ 25
- 2) 50
- 3) 10
- 4) 1

481. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО _____ % ВСЕХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ 7,5
- 2) 20
- 3) 50
- 4) 80

482. ДЛЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НА КТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эффект «матового стекла»
- 2) симптом «дурального хвоста»
- 3) эффект «пчелиных сот»
- 4) симптом «треснувшего горшка»

483. ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ редким врожденным заболеванием, которое составляет 2,5% всех заболеваний костной ткани
- 2) одним из самых распространенных заболеваний, частота встречаемости которого составляет до 40% от всех заболеваний костной ткани
- 3) злокачественной опухолью костной ткани, частота встречаемости которой неизвестна
- 4) идентичной хордوماм основания черепа и часто не требует хирургического лечения

484. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ХОРДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ крестцово-копчиковая область
- 2) основание черепа
- 3) поясничный отдел позвоночника
- 4) краниовертебральный переход

485. СИНДРОМОМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПРИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Мак-Кьюна-Олбрайта
- 2) акромегалии
- 3) гипертензионный
- 4) Клайнфельтера

486. САМЫМИ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пролактиномы
- 2) соматотропиномы
- 3) кортикотропиномы
- 4) гормонально неактивные аденомы

487. ПРИ ПРОЛАКТИНОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ непереносимости препаратов или фармакорезистентность опухоли
- 2) размерах опухоли более 25 мм
- 3) латероселлярном распространении опухоли
- 4) инфраселлярном распространении опухоли

488. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМНЫХ ОНКОЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) химиолучевой
- 3) лучевой
- 4) консервативный

489. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПИТУИЦИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ зрительными и гормональными нарушениями
- 2) окклюзионной гидроцефалией
- 3) болями в конечностях
- 4) недержанием мочи

490. ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ФОРМАЛИЗАЦИИ СТЕПЕНИ РАДИКАЛЬНОСТИ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ ШКАЛА СИМПСОНА (SIMPSON) ВКЛЮЧАЕТ КОЛИЧЕСТВО ГРАДАЦИЙ (СТЕПЕНЕЙ РАДИКАЛЬНОСТИ)

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 7

491. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОЕКЦИИ ЕСТЕСТВЕННОГО СОУСТЬЯ ПАЗУХИ ОСНОВНОЙ КОСТИ (В СЛУЧАЕ ЕГО ОТСУТСТВИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ точка, располагающаяся на 2,5 см выше верхнего края хоаны
- 2) нижний край верхней носовой раковины
- 3) тело средней носовой раковины
- 4) средний носовой ход

492. ПИТУИЦИТОМА РАНЕЕ НАЗЫВАЛАСЬ

- 1)+ инфундибулома
- 2) глиома гипофиза
- 3) псевдоаденома гипофиза
- 4) краниофарингиома

493. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРМИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ химиолучевой
- 2) лучевой
- 3) хирургический
- 4) консервативный

494. ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГЕМОСТАЗА И КОАГУЛЯЦИИ КРОВОТОЧАЩИХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ биполярную коагуляцию
- 2) монополярный коагулятор
- 3) окисленную целлюлозу
- 4) тампонаду

495. ПИСТОЛЕТНЫЕ КУСАЧКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ТРЕПАНАЦИОННОГО ОКНА НАЗЫВАЮТСЯ КУСАЧКАМИ

- 1)+ Керрисона
- 2) Люэра
- 3) Дальгрена
- 4) Блексли

496. ВЕРЕТЕНОКЛЕТОЧНАЯ ОНКОЦИТОМА КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК ОПУХОЛЬ GRADE

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

497. ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ХИРУРГИЧЕСКИМ

- 1)+ обеспечивает сходные показатели контроля роста опухоли
- 2) менее эффективно и применяется только при злокачественных менингиомах
- 3) менее эффективно и применяется только при неоперабельных менингиомах
- 4) неэффективно и в клинике не применяется

498. В ХОДЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ПОКАЗАНИЯМИ К ЛЕЧЕНИЮ (ХИРУРГИЧЕСКОМУ ИЛИ ЛУЧЕВОМУ) ПРИ СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫХ СОЛИТАРНЫХ ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕНИНГИОМАХ МОЖЕТ СТАТЬ

- 1)+ увеличение размеров опухоли
- 2) пожилой возраст пациента, когда нарастание соматической отягощенности со временем может усложнить проведение операции
- 3) появление новых мелких опухолевых узлов
- 4) риск развития гидроцефалии

499. КРАНИОФАРИНГИОМА ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА БЫВАЕТ

- 1)+ адамантиноподобной
- 2) переходной
- 3) светлоклеточной
- 4) рабдоидной

500. ПО ДАННЫМ CBTRUS, 2018, ПРИМЕРНО 98% МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ доброкачественными
- 2) злокачественными
- 3) опухолями неопределенной степени злокачественности
- 4) опухолями средней степени злокачественности

501. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ зрительными нарушениями
- 2) окклюзионной гидроцефалией
- 3) нарушением слуха
- 4) недержанием мочи

502. КРАНИОФАРИНГИОМА ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА БЫВАЕТ

- 1)+ папиллярной
- 2) переходной
- 3) светлоклеточной
- 4) рабдоидной

503. ПРИ НАЛИЧИИ ГИПЕРОСТОЗА ПРИ МЕНИНГИОМАХ, ЕГО ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ

- 1)+ производят при условии отсутствия риска повреждения функционально значимых и критических структур
- 2) производят во всех случаях, даже при наличии риска повреждения функционально значимых структур
- 3) производят только при конвексимальных и парасагитальных менингиомах
- 4) не производят, поскольку такой гиперостоз не содержит опухолевых клеток

504. ГЛИОМЫ ХИАЗМЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ детском
- 2) пожилом
- 3) старческом
- 4) зрелом

505. ЦИТОСТАТИЧЕСКУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ПРИ МЕНИНГИОМАХ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ крайне редко, при исчерпании других возможностей лечения
- 2) во всех случаях злокачественных менингиом
- 3) во всех случаях радикально неоперабельных менингиом
- 4) одновременно с лучевой терапией (темозоломид 75 мг/м²)

506. ТЕОРИЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ КРАНИОФАРИНГИМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эмбриогенетическая
- 2) эволюционная
- 3) псевдотуморозная
- 4) метагенетическая

507. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМНЫХ ПИТУИЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) химиолучевой
- 3) лучевой
- 4) консервативный

508. ПРИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ К МРТ И К ВВЕДЕНИЮ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИОМ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ КТ без контрастирования
- 2) КТ с контрастированием
- 3) МРТ с контрастированием
- 4) МРТ без контрастирования

509. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОНКОЦИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ зрительными и гормональными нарушениями
- 2) окклюзионной гидроцефалией
- 3) болями в конечностях
- 4) недержанием мочи

510. ПРЕПАРАТОМ, СНИЖАЮЩИМ ЭКСПРЕССИЮ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дексаметазон
- 2) маннит
- 3) фуросемид
- 4) ацетазоламид

511. ПИТУИЦИТОМА РАНЕЕ НАЗЫВАЛАСЬ

- 1)+ астроцитомой задней доли гипофиза
- 2) глиомой гипофиза
- 3) псевдоаденомой гипофиза
- 4) краниофарингиомой

512. ОТ ВСЕХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОПУХОЛЕЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1)+ 10%
- 2) 1%
- 3) 50%
- 4) 25%

513. ДЛЯ ФОРМАЛИЗАЦИИ СТЕПЕНИ РАДИКАЛЬНОСТИ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ШКАЛУ

- 1)+ Симпсона (Simpson)
- 2) Ханта-Хесса (Hunt-Hess)
- 3) Хауса-Бракмана (House-Brackman)
- 4) Каплана-Майера (Caplan-Meyer)

514. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ, 2016, СРЕДИ МЕНИНГИОМ ВЫДЕЛЯЮТ ОПУХОЛИ _____ СТЕПЕНЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

- 1)+ I, II и III
- 2) I, II, III и IV
- 3) II, III и IV
- 4) I, II и IV

515. ОСТАВЛЕНИЕ КАПСУЛЫ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ

- 1)+ может привести к рецидиву заболевания
- 2) никак не влияет на исходы
- 3) является источником инфекции
- 4) приводит к гипопитуитаризму

516. СТАНДАРТОМ ОБЪЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИОМ, КАК И ДРУГИХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с контрастированием
- 2) КТ с контрастированием
- 3) КТ без контрастирования
- 4) МРТ без контрастирования

517. ПОД МЕНИНГИОМОЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ немозговую опухоль, возникающую из клеток арахноидальных отщеплений в толще ТМО или сосудистых сплетений
- 2) немозговую опухоль, возникающую из надкостницы, поражающую череп и вторично распространяющуюся интракраниально
- 3) внутримозговую опухоль, возникающую из менингоцитов белого вещества
- 4) внутримозговую опухоль, возникающую из олигодендроцитов

518. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПРОИСХОДЯТ ИЗ

- 1)+ передней (железистой) части
- 2) промежуточной доли
- 3) задней доли гипофиза
- 4) стебля гипофиза

519. ПРИ ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ КЛИНИЧЕСКИ, РАДИКАЛЬНО НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЕ 3 СМ В МАКСИМАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1)+ радиохирургическое лечение
- 2) хирургическое вмешательство с последующей химиотерапией
- 3) хирургическое вмешательство с последующей лучевой терапией
- 4) выжидательная тактика

520. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПО ДАННЫМ МРТ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЛИЧИЯ ОПУХОЛИ В ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ И ПИНЕАЛЬНОСТИ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТА МУЖСКОГО ПОЛА 20 ЛЕТ С ПОЛИУРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ герминома
- 2) аденома гипофиза
- 3) питуицитомы
- 4) хондросаркома

521. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ, СТАНДАРТНЫМ МЕТОДОМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ с контрастированием
- 2) краниография
- 3) эхо-энцефалоскопия
- 4) пневмоэнцефалография

522. ПРИ ПЕРИТУМОРОЗНОМ ОТЕКЕ МОЗГА ПРИ МЕНИНГИОМАХ ДЕКСАМЕТАЗОН НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ в минимальной дозировке, курсом
- 2) в максимальной дозировке, длительно
- 3) при неэффективности приема фуросемида с препаратами калия
- 4) только на фоне внутривенной инфузии маннита

523. СТАНДАРТНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕНИНГИОМ МЕНЕЕ 3 СМ В МАКСИМАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРИТУМОРОЗНОГО ОТЕКА МОЗГА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение – контрольная МРТ с контрастированием через 3 месяца
- 2) хирургическое вмешательство – одномоментное или поэтапное удаление опухолей
- 3) лучевая терапия – облучение всего головного мозга
- 4) радиохирургическое лечение

524. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛИОМЫ ХИАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение зрения
- 2) головные боли
- 3) окклюзионная гидроцефалия
- 4) атаксия

525. СУПРАСЕЛЛЯРНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ СТАНДАРТНОМ ТРАНССЕЛЛЯРНОМ ДОСТУПЕ ОПТИМАЛЬНО НАЧИНАТЬ ИНСПЕКТИРОВАТЬ С ОПТИКОЙ _____ ГРАДУСОВ

- 1)+ 30
- 2) 0
- 3) 45
- 4) 70

526. ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СРЕДИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС МЕНИНГИОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первой
- 2) второй
- 3) третьей
- 4) четвертой

527. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ ГЛИОМЫ ХИАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пилоидная астроцитома
- 2) олигодендроглиома
- 3) ганглиоглиома
- 4) нейроцитомы

528. УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА С МИНИМАЛЬНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИЕЙ МОЗГА ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1)+ «классический» базальный доступ
- 2) экстенсивный трансбазальный доступ
- 3) конвекситальный доступ
- 4) сочетание конвекситального доступа с трансбазальным

529. ТЕОРИЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ КРАНИОФАРИНГИМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метапластическая
- 2) эволюционная
- 3) псевдотуморозная
- 4) метагенетическая

530. ПРИОРИТЕТНЫМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ предупреждение дополнительной стойкой инвалидизации пациента, даже за счет снижения радикальности
- 2) радикальное (тип 1 по Симпсону) удаление опухоли с иссечением всех пораженных структур, с последующей эффективной реабилитацией в случае появления или нарастания неврологического дефицита
- 3) нерадикальное удаление опухоли даже при возможности радикального вмешательства, с целью предупреждения возможных осложнений
- 4) выполнение обширной декомпрессии черепа с целью лечения или профилактики внутричерепной гипертензии

531. РАДИКАЛЬНОСТЬ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1)+ максимально возможной с сохранением функционально значимых и критических структур
- 2) максимальной, т.е. необходимо удалять всю опухоль с пораженными и подозрительными тканями (тип 1 по Симпсону)
- 3) невысокой, с целью сохранения функционально значимых и критических структур
- 4) низкой (тип 5 по Симпсону), поскольку для проведения эффективного лучевого лечения достаточно биопсии опухоли с целью верификации гистологического диагноза

532. ПРИ СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКИ НЕ ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ) ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ МЕНИНГИОМЕ ДО 3 СМ В МАКСИМАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ И ОТСУТСТВИИ ПЕРИТУМОРОЗНОГО ОТЕКА МОЗГА СТАНДАРТНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) срочная операция – удаление опухоли
- 3) срочная операция – стереотаксическая биопсия опухоли
- 4) радиохирургическое лечение

533. ПРИ ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ КЛИНИЧЕСКИ, РАДИКАЛЬНО НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЕ 8 СМ В МАКСИМАЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ, С ВЫРАЖЕННЫМ ПЕРИТУМОРОЗНЫМ ОТЕКОМ И ДИСЛОКАЦИЕЙ МОЗГА, НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1)+ максимально возможное удаление доступной части опухоли с последующим лучевым лечением
- 2) радикальное хирургическое вмешательство
- 3) лучевое (обычно – радиохирургическое) лечение
- 4) выжидательная тактика

534. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОФАРИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевой
- 3) химиотерапевтический
- 4) консервативный

535. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое удаление холестеатомных масс с иссечением капсулы
- 2) лучевая терапия
- 3) химиотерапия
- 4) биопсия с последующим облучением

536. КРАНИОФАРИНГИОМА ЯВЛЯЕТСЯ_____ ОПУХОЛЬЮ

- 1)+ доброкачественной
- 2) злокачественной
- 3) Grade III
- 4) Grade IV

537. ПО ДАННЫМ "АМЕРИКАНСКОГО РЕГИСТРА ОПУХОЛЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ CBTRUS", 2018, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕНИНГИОМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ редко, не более чем в 2% случаев
- 2) нередко, примерно в 30% случаев
- 3) примерно в 50% случаев
- 4) часто, примерно в 98% случаев

538. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ, АКТИВИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1)+ как можно раньше (обычно разрешают вставать и ходить на следующий день)
- 2) постепенно (постельный режим соблюдают 10 дней, затем разрешают садиться в постели, затем – вставать и ходить)
- 3) постепенно (постельный режим соблюдают 5 дней, затем разрешают садиться в постели, затем – вставать и ходить)
- 4) в разные сроки, после прекращения внутривенного капельного введения жидкостей

539. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эпителиальные
- 2) мезенхимальные
- 3) нейроэндокринные
- 4) лимфопролиферативные

540. ПАРАСАГИТТАЛЬНЫМИ НАЗЫВАЮТ МЕНИНГИОМЫ

- 1)+ связанные с верхним сагиттальным синусом (ВСС) и/или серпом большого мозга (фальксом)
- 2) поражающие мозолистое тело
- 3) связанные с наметом мозжечка
- 4) связанные с малым крылом основной кости

541. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ПАРАСАГИТТАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЕ САМЫМ БЕЗОПАСНЫМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА СПОСОБОМ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ костно-пластическая со стороны опухоли без обнажения верхнего сагиттального синуса, с резекцией кости над ним при необходимости.
- 2) двусторонняя однолокутная костно-пластическая с обнажением верхнего сагиттального синуса
- 3) односторонняя костно-пластическая без обнажения верхнего сагиттального синуса
- 4) двусторонняя двухлокутная костно-пластическая с продольным пропилом над верхним сагиттальным синусом

542. ПЕРЕВЯЗКА ПРОХОДИМОГО ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА БЕЗ ВЫСОКОГО РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗМОЖНА

- 1)+ только в передней трети (в лобной области), впереди от области впадения роландовых вен
- 2) только в средней трети (в теменной области), между устьями роландовых вен
- 3) только в задней трети (в затылочной области)
- 4) в любом отделе верхнего сагиттального синуса

543. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ИЗ МЕСТНЫХ АУТОТКАНЕВЫХ ЛОСКУТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ надкостница
- 2) ткани орбиты
- 3) хрящ ушной раковины
- 4) носовая раковина

544. ОНКОПОИСК ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1)+ классификации по TNM
- 2) заполнения извещения в онкоцентр по месту жительства
- 3) определения степени утраты трудоспособности
- 4) определения продолжительности жизни

545. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОПУХОЛЬЮ СТЕНКИ ПРОХОДИМОГО ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА В ОБЛАСТИ ВПАДЕНИЯ В НЕГО РОЛАНДОВЫХ ВЕН, ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ ограничить радикальность удаления опухоли, сохранив пути венозного оттока
- 2) резецировать все пораженные и подозрительные ткани, верхний сагиттальный синус перевязать, вены коагулировать и пересечь
- 3) сохранить верхний сагиттальный синус, область опухолевой инфильтрации с венами тщательно коагулировать
- 4) резецировать все пораженные и подозрительные ткани, произвести реконструкцию верхнего сагиттального синуса аутовенозным трансплантатом, в который вшить роландовы вены

546. ЧАЩЕ ВСЕГО ПАРАСАГИТТАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ средней (теменной) «трети» верхнего сагиттального синуса
- 2) передней (лобной) «трети» верхнего сагиттального синуса
- 3) задней (затылочной) «трети» верхнего сагиттального синуса
- 4) стока синусов и намета мозжечка

547. ПАЛЛИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СТАТУСЕ ПАЦИЕНТА, СОСТАВЛЯЮЩИМ_____ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ KARNOVSKY

- 1)+ 30-40
- 2) 50-60
- 3) 70-100
- 4) 10-20

548. ПОД ТЕРМИНОМ "НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ" ПОНИМАЮТ ХИМИОТЕРАПИЮ

- 1)+ проводимую перед операцией или облучением для уменьшения объема опухоли
- 2) как метод лечения заменяющий операцию
- 3) как метод лечения заменяющий лучевую терапию
- 4) проводимую самыми современными химиопрепаратами

549. ТРЕТЬИМ ЭТАПОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНОДАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ селлярный
- 2) пластика послеоперационного дефекта
- 3) сфеноидальный
- 4) экстраселлярный

550. НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмоцитома
- 2) аденокистозный рак
- 3) аденокарцинома
- 4) плоскоклеточный рак

551. РАСПРОСТРАНЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА В РЕШЕТЧАТЫЙ ЛАБИРИНТ ЯВЛЯЕТСЯ_____РОСТОМ

- 1)+ антеселлярным
- 2) латероселлярным
- 3) инфраселлярным
- 4) супраселлярным

552. БЛОКАДА ПРОСВЕТА ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА ПАРАСАГИТТАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМОЙ

- 1)+ обычно клинически не проявляется
- 2) проявляется признаками внутричерепной гипертензии
- 3) проявляется резким нарастанием неврологической симптоматики
- 4) проявляется головной болью

553. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИРОВАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТ МЕЖДУНАРОДНУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ

- 1)+ TNM
- 2) оценку индекса Карновского
- 3) МКБ 10
- 4) МКБ 0

554. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУР ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ средней черепной ямки
- 2) орбитальный
- 3) яремного отверстия
- 4) затылочного мыщелка

555. СИНДРОМ ЗАТЫЛОЧНОГО МЫЩЕЛКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ постоянной острой болью в унилатеральной затылочной области черепа
- 2) невозможностью поворотов головы
- 3) онемением и болью в половине лица, волосистой части головы, шеи
- 4) слабость жевательной мускулатуры

556. САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ПЭТ/КТ
- 2) МРТ
- 3) УЗИ
- 4) КТ

557. ВТОРЫМ ЭТАПОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНОДАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сфеноидальный
- 2) селлярный
- 3) назальный
- 4) экстраселлярный

558. ПЯТЫМ ЭТАПОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНОДАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пластика послеоперационного дефекта
- 2) сфеноидальный
- 3) селлярный
- 4) экстраселлярный

559. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В СВЯЗИ С СОХРАНЕНИЕМ ДЕФЕКТА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ВОЗНИКАЮЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ликворея и менингит
- 2) слепота
- 3) глухота
- 4) некупируемый болевой синдром

560. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНО-СЕКРЕТИРУЮЩИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое эндоназальное удаление
- 2) транскраниальное микрохирургическое удаление
- 3) медикаментозная терапия
- 4) лучевая терапия

561. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стереотаксическая лучевая терапия
- 2) стереотаксическая радиохирургия
- 3) брахитерпия
- 4) конвенциональная лучевая терапия

562. ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ФАЛЬКСА В ОБЛАСТИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ, ОБРАЗОВАВШИЙСЯ ДЕФЕКТ СЛЕДУЕТ

- 1)+ оставить незакрытым
- 2) закрыть аутоотрансплантатом (обычно - свободным лоскутом надкостницы)
- 3) закрыть аллотрансплантатом (доступным синтетическим)
- 4) закрыть методом многослойной пластики с использованием ауто- и аллотрансплантатов

563. ЧЕТВЕРТЫМ ЭТАПОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНОДАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ экстраселлярный
- 2) сфеноидальный
- 3) селлярный
- 4) пластика послеоперационного дефекта

564. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ТРАНССФЕНОДАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ назальный
- 2) сфеноидальный
- 3) селлярный
- 4) экстраселлярный

565. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ОБШИРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОПУХОЛЬЮ СТЕНКИ ПРОХОДИМОГО ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА В СРЕДНЕЙ ИЛИ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ ограничиться биполярной коагуляцией зоны инфильтрации
- 2) резецировать все пораженные и подозрительные ткани, верхний сагиттальный синус перевязать
- 3) резецировать все пораженные и подозрительные ткани, верхний сагиттальный синус реконструировать аутовенозным или синтетическим трансплантатом
- 4) не удалять внесинусный опухолевый узел, ограничиться декомпрессивной трепанацией

566. ДЛЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО КОНСИЛИУМА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НЕОБХОДИМЫ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧЕЙ

- 1)+ нейрохирурга, радиолога, химиотерапевта, онколога, оториноларинголога, офтальмолога
- 2) радиолога, химиотерапевта, онколога
- 3) нейрохирурга, радиолога, офтальмолога
- 4) нейрохирурга, химиотерапевта, оториноларинголога

567. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие злокачественной опухоли головы, шеи и верхней части туловища с метастазами в лимфоузлах шеи
- 2) проведение радикальной операции при любой злокачественной опухоли головы и шеи
- 3) профилактика рецидивирования опухолевого процесса
- 4) паллиативная операция, направленная на уменьшение массива опухолевых клеток

568. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ близость опухоли к важным венозным структурам
- 2) обильное артериальное кровоснабжение
- 3) формирование гиперостоза
- 4) инвазия мозга опухолью

569. АДЕНОМА ГИПОФИЗА, НЕ РАСПРОСТРАНЯЮЩАЯСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоселлярной
- 2) эндо-супраселлярной
- 3) эндо-латероселлярной
- 4) эндо-инфраселлярной

570. В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРОНИКАЮТ ОПУХОЛИ ____ СТАДИИ

- 1)+ T4
- 2) T3
- 3) T2
- 4) T1

571. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВЫМ ТРАНСНАЗАЛЬНЫМ АДЕНОМЭКТОМИЯМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый воспалительный процесс в носовых пазухах
- 2) искривление носовой перегородки
- 3) проведенное ранее трансназальное вмешательство
- 4) хронический холецистит

572. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПРИ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повреждение парасагиттальных венозных структур и коры мозга
- 2) повреждение перикалезной артерии и мозолистого тела
- 3) повреждение коры мозга при пальцевом удалении двусторонней парасагиттальной менингиомы из одностороннего доступа
- 4) выполнение двусторонней трепанации при односторонней парасагиттальной менингиоме и повреждение фалькса

573. ПРИ МЕНИНГИОМАХ ФАЛЬКСА, НЕ ПОРАЖАЮЩИХ ВЕРХНИЙ САГИТТАЛЬНЫЙ СИНУС И НЕ ИНФИЛЬТРИРУЮЩИХ КОРУ, РЕЗЕКЦИЯ МАТРИКСА ОПУХОЛИ

- 1)+ целесообразна во всех случаях
- 2) нецелесообразна, поскольку повышает риск операции и ухудшает функциональные результаты
- 3) нецелесообразна, поскольку не влияет на вероятность рецидива менингиомы
- 4) целесообразна только при атипических и злокачественных менингиомах

574. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (СОД)____ГР

- 1)+ более 70
- 2) 50 - 70
- 3) 30 - 50
- 4) 10 - 30

575. ПРИ НАЛИЧИИ БОЛЬШОЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ПОЛОСТЬ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ ВНАЧАЛЕ ПРОВОДЯТ

- 1)+ трансназальную биопсию опухоли
- 2) краниофациальную резекцию
- 3) неоадьювантную химиотерапию
- 4) лучевую терапию

576. ВАРИАНТОМ БИОПСИИ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ И ДОСТОВЕРНЫМ ПРИ НАЛИЧИИ ОПУХОЛИ В ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопический
- 2) открытый
- 3) пункционный
- 4) мазок/отпечаток

577. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНОГО СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПЕРЕД ВЫБОРОМ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ Карновского
- 2) Глазко
- 3) KOS
- 4) Хант-Хесс

578. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВЕРХНЕМ САГИТТАЛЬНОМ СИНУСЕ ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ в случаях его травматического или ятрогенного повреждения
- 2) во всех случаях инвазии верхнего сагиттального синуса менингиомой
- 3) во всех случаях полной окклюзии верхнего сагиттального синуса менингиомой
- 4) только при менингиомах передней трети верхнего сагиттального синуса

579. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАКТИН-СЕКРЕТИРУЮЩИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ терапия агонистами дофамина
- 2) транссфеноидальная эндоскопическая аденомэктомия
- 3) транскраниальная микрохирургическая аденомэктомия
- 4) терапия аналогами соматостина

580. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия
- 2) КТ
- 3) ПЭТ/КТ
- 4) МРТ

581. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ

- 1)+ слизистой оболочки
- 2) мышц
- 3) хрящей
- 4) сосудов

582. ПОД КОМПЛЕКСНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ операцию + лучевую терапию + химиотерапию
- 2) операцию + химиотерапию
- 3) операцию + лучевую терапию
- 4) лучевую терапию + химиотерапию

583. ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ВОЗНИКАЮТ В ____ЛЕТ

- 1)+ 45-55
- 2) 0-20
- 3) 20-45
- 4) 55-70

584. ПОД КОМБИНИРОВАННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ лучевую терапию + химиотерапию
- 2) таргетную терапию + химиотерапию
- 3) конформную лучевую терапию + стереотаксическую лучевую терапию
- 4) удаление опухоли + реконструкцию послеоперационного дефекта

585. ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ГИПЕРОСТОЗА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТЕКА И ВЫБУХАНИЯ МОЗГА, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОИЗВОДИТЬ

- 1)+ одномоментно (в ходе операции удаления опухоли)
- 2) отсрочено (через 3-6 месяцев после операции удаления опухоли)
- 3) отсрочено (через 3-4 недели после удаления опухоли)
- 4) отсрочено (через 1-2 недели после удаления опухоли)

586. НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА СТАДИИ T4B ПРОВОДЯТ ДЛЯ

- 1)+ декомпрессии нервных структур и борьбу с болевым синдромом
- 2) резекции некротизированных тканей
- 3) предотвращения носовых кровотечений
- 4) устранения выраженного косметического дефекта

587. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЭКСТРА- ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ДЕФЕКТА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ назальная ликворея
- 2) раневая ликворея
- 3) кровоизлияние в ложе удаленной опухоли
- 4) пневмоцефалия

588. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ ЕГО ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полусидя
- 2) лежа на спине с валиком под левое плечо
- 3) лежа на спине с валиком под правое плечо
- 4) лежа на правом боку

589. К АНАЛОГАМ СОМАТОСТАТИНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ октреотид
- 2) каберголин
- 3) достинекс
- 4) кетоконазол

590. БАЗИЛЯРНАЯ ИМПРЕССИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ аномалией Арнольда-Киари
- 2) экзофтальмом
- 3) тотальной алопецией
- 4) гипергидрозом

591. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕТРОКЛИВАЛЬНЫХ МЕНИГИОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ интубационный наркоз
- 2) местная анестезия
- 3) масочный наркоз
- 4) электронаркоз

592. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТГ-СЕКРЕТИРУЮЩИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое эндоназальное удаление
- 2) транскраниальное микрохирургическое удаление
- 3) медикаментозная терапия
- 4) лучевая терапия

593. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ слизистая перегородки носа
- 2) фрагмент ребра
- 3) апоневроз прямой мышцы живота
- 4) бедренная мышца

594. ЛИНИЕЙ ЧЕМБЕРЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ЛИНИЯ СОЕДИНЯЮЩАЯ

- 1)+ задний край твердого неба с задним краем затылочного отверстия
- 2) назион с вершиной наружного затылочного возвышения
- 3) задний край твердого неба и назион
- 4) назион и внутренний бугорок затылочной кости

595. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХОРДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевой
- 3) химиотерапевтический
- 4) консервативный

596. ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ____ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ДОСТУПА НЕОБХОДИМО КОАГУЛИРОВАТЬ И ПЕРЕСЕЧЬ ВЕРХНИЙ МЕЖКАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС

- 1)+ переднего расширенного
- 2) стандартного к опухоли пазухи основной кости
- 3) латерального расширенного
- 4) заднего расширенного

597. ПРИ ПЕТРОКЛИВАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМАХ УСТАНОВКА ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ НЕОБХОДИМА ПРИ

- 1)+ развитии гидроцефалии
- 2) бульбарных нарушениях
- 3) глазодвигательных нарушениях
- 4) компрессии стволовых структур мозга

598. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ фрагмент широкой фасции бедра
- 2) фрагмент ребра
- 3) апоневроз прямой мышцы живота
- 4) бедренная мышца

599. ПРИ ПЛАНИРУЕМОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСОРАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЙ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ окципитоспондилодез
- 2) фиксацию С2-С6 позвонков
- 3) декомпрессию задней черепной ямки
- 4) фиксацию С6-Тh5 позвонков

600. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ соустье основной пазухи
- 2) нижняя носовая раковина
- 3) носовая перегородка
- 4) верхняя носовая раковина

601. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАКТИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ назальная ликворея
- 2) гипокортицизм
- 3) гипотиреоз
- 4) симптоматика поражения зрительных путей

602. ОТСУТСТВИЕ ИНВАЗИИ ОПУХОЛИ В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС СООТВЕТСТВУЕТ _____ KNOSP GRADE

- 1)+ 0
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

603. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНОЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение размера опухоли в динамике
- 2) гипокортицизм
- 3) мозжечковая симптоматика
- 4) гипотиреоз

604. МЕНИНГИОМЫ ОБЛАСТИ СКАТА ЧЕРЕПА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ медленным ростом
- 2) частым озлокачиванием
- 3) быстрым ростом
- 4) инфильтративным поражением глотки

605. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ЛАТЕРОСЕЛЛЯРНОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ АДЕНОМЫ В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС ПРИМЕНЯЕТСЯ _____ ДОСТУП

- 1)+ латеральный расширенный
- 2) стандартный
- 3) передний расширенный
- 4) задний расширенный

606. БАЗИЛЯРНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внедрение зубовидного отростка в полость задней черепной ямки
- 2) деструкция теменной кости
- 3) изменение внутреннего канала височной кости с деформацией основания черепа
- 4) деструкция орбиты

607. АНАЛОГИ СОМАТОСТАТИНА ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ соматотропином
- 2) кортикотропином
- 3) тиреотропином
- 4) пролактином

608. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ТТГ-СЕКРЕТИРУЮЩИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое эндоназальное удаление
- 2) транскраниальное микрохирургическое удаление
- 3) медикаментозная терапия
- 4) лучевая терапия

609. МЕНИНГИОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ опухоли растущие из оболочек мозга
- 2) глиальные опухоли
- 3) опухоли лимфоидной ткани
- 4) дизонтогенетические опухоли

610. ОЦЕНКА ДЕСТРУКЦИИ С1-С2 ПОЗВОНКОВ ПРОВОДИТСЯ ПО ДАННЫМ

- 1)+ СКТ
- 2) МРТ
- 3) функциональных проб
- 4) анамнеза

611. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАКТИНОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ неэффективности медикаментозного лечения
- 2) гипокортицизме
- 3) гипотиреозе
- 4) зрительных нарушениях

612. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО ТРАНСОРАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый фарингит
- 2) деменция
- 3) левосторонний гемипарез
- 4) амавроз

613. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА ПРИ ТРАНСОРАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лежа на спине с валиком под противоположное плечо от хирурга
- 2) полусидя
- 3) сидя с поворотом головы направо с валиком под ближайшее плечо от хирурга
- 4) лежа на животе

614. ПРОНИКНОВЕНИЕ ОПУХОЛИ ЧЕРЕЗ МЕДИАЛЬНУЮ СТЕНКУ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА БЕЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗА ИНТРАКАРОТИДНУЮ ЛИНИЮ СООТВЕТСТВУЕТ _____ KNOSP GRADE

- 1)+ 1
- 2) 0
- 3) 2
- 4) 3

615. ПРИ ОТКЛОНЕНИИ СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ЧАСТИ АДЕНОМЫ НА ПЛОЩАДКУ ОСНОВНОЙ КОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ДОСТУП

- 1)+ передний расширенный
- 2) стандартный
- 3) латеральный расширенный
- 4) задний расширенный

616. АНТАГОНИСТОМ РЕЦЕПТОРОВ ГОРМОНА РОСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пегвисомант
- 2) каберголин
- 3) достинекс
- 4) кетоконазол

617. ПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСОРАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ БАЗИЛЯРНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неврологическая симптоматика
- 2) менингит
- 3) желание пациента при отсутствии неврологической симптоматики
- 4) эпилепсия

618. ОБЪЕМОМ ВОЗМОЖНЫХ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПРОЦЕДУР В СЛУЧАЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ГИГАНТСКИХ ПЕТРОКРИВАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ вентрикулоперитонеальное шунтирование, декомпрессия задней черепной ямки
- 2) люмбоперитонеальное шунтирование, лучевая терапия
- 3) установка вентрикулярного дренажа, химиотерапия
- 4) установка люмбального дренажа, химиотерапия

619. ПРИ БАЗИЛЯРНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

- 1)+ зубовидный отросток находится выше линии Чемберлена
- 2) зубовидный отросток находится ниже линии Чемберлена
- 3) сосцевидный отросток деформирован
- 4) шиловидный отросток находится выше линии Чемберлена

620. ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИКВОРЕЕ БЕЗ МЕНИНГИТА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСОРАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ установку люмбального дренажа и ревизию послеоперационной раны
- 2) установку вентрикулярного дренажа
- 3) декомпрессию задней черепной ямки
- 4) наблюдение

621. ЛИНИЕЙ МАК-РЕЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИНИЯ СОЕДИНЯЮЩАЯ

- 1)+ базион и опистион (линия входа в большое затылочное отверстие)
- 2) назион с вершиной наружного затылочного возвышения
- 3) задний край твердого неба и назион
- 4) назион и внутренний бугорок затылочной кости

622. ЛАТЕРАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ БЕЗОПАСНОЙ РЕЗЕКЦИИ СКАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ костный канал внутренней сонной артерии
- 2) канал подъязычного нерва
- 3) большое затылочное отверстие
- 4) спинка турецкого седла

623. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС ЗА ЛАТЕРАЛЬНУЮ ИНТРАКАРОТИДНУЮ ЛИНИЮ БЕЗ ПОЛНОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ ВСА СООТВЕТСТВУЕТ _____ KNOSP GRADE

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 1
- 4) 2

624. ПРИ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ _____ СЕГМЕНТ ВСА НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕН РАНЕНИЮ

- 1)+ кавернозный
- 2) офтальмический
- 3) каменистый
- 4) коммуникантный

625. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС ЗА ВНУТРИСОННУЮ ЛИНИЮ БЕЗ ВЫХОДА ЗА ЛАТЕРАЛЬНУЮ СООТВЕТСТВУЕТ _____ KNOSP GRADE

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 1
- 4) 3

626. ПРИ ТРАНСОРАЛЬНОМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К СТРУКТУРАМ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ роторасширитель с языкодержателем
- 2) стоматологический роторасширитель
- 3) ранорасширитель Сигала
- 4) крючок пластинчатый по Фарабефу

627. ПО ВИДУ ПНЕВМАТИЗАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ _____ ТИП/ТИПА ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

628. ПРИ ПЕРЕДНЕМ РАСШИРЕННОМ ДОСТУПЕ ТРЕПАНИРУЕТСЯ

- 1)+ площадка основной кости
- 2) скат
- 3) медиальная стенка орбиты
- 4) верхняя стенка орбиты

629. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ аутожир
- 2) фрагмент ребра
- 3) апоневроз прямой мышцы живота
- 4) бедренная мышца

630. ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическое эндоназальное удаление
- 2) транскраниальное микрохирургическое удаление
- 3) медикаментозная терапия
- 4) лучевая терапия

631. РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ НА ФАРИНГСЕ

- 1)+ полурассасывающиеся нити
- 2) нерассасывающиеся нити
- 3) кожные скобы
- 4) рассасывающиеся нити

632. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНОЙ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейроофтальмологическая симптоматика
- 2) гипокортицизм
- 3) мозжечковая симптоматика
- 4) гипотиреоз

633. В ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ _____ УГЛОВЫЕ ЭНДОСКОПЫ

- 1)+ 0, 30, 45, 70
- 2) 0, 45, 70, 90
- 3) 0, 30, 70, 90
- 4) 0, 15, 30, 45

634. СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА ВЕБЕРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ контрлатеральная гемиплегия, мидриаз, диплопия, птоз, ограничение движения глазного яблока кнутри
- 2) лагофthalm, симптом Белла
- 3) сходящееся косоглазие, аносмия, экзофthalm, верхний контрлатеральный гемипарез
- 4) ограничение движения глазного яблока кнаружи, тетраплегия

635. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА С1 ПОЗВОНКА И ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА С2 ПОЗВОНКА ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ нестабильность краниовертебрального перехода
- 2) кривошея
- 3) спазм аккомодации
- 4) аносмия

636. ПОЛНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ/ОКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛЬЮ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____ KNOSP GRADE

- 1)+ 4
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

637. ПЕРЕД ТРАНСНАЗАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К СТРУКТУРАМ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА РАЦИОНАЛЬНЕЕ ВСЕГО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ наложение трахеостомы
- 2) декомпрессию задней черепной ямки
- 3) установку назогастрального зонда
- 4) установку паринхиматозного датчика ВЧД

638. АНТЕСЕЛЛЯРНЫЙ РОСТ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РОСТОМ В

- 1)+ решетчатый лабиринт, орбиту, область передней черепной ямки
- 2) пазуху основной кости, в носо-и ротоглотку
- 3) область передней черепной ямки
- 4) область задней черепной ямки

639. ТРАНСНАЗАЛЬНОЕ ОПОРОЖНЕНИЕ ЭНДОСУПРАСЕЛЛЯРНОЙ КИСТЫ КРАНИОФАРИНИГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ

- 1)+ паллиативной
- 2) радикальной
- 3) выбора
- 4) единственно возможной

640. ПРИ ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ПИТУИЦИТОМЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальный
- 2) птериональный
- 3) субокципитальный
- 4) far-lateral

641. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛАЗМОЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обязательной частью для постановки диагноза перед лучевой терапией
- 2) необязательной частью перед лучевой терапией
- 3) обязательной частью для постановки диагноза перед химиотерапией
- 4) основным методом лечения

642. ОДНИМ ИЗ ГРОЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ХОЛЕСТЕАТОМ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ликворея
- 2) дефект перегородки носа при доступе
- 3) повреждение слизистой средней раковины
- 4) повреждение ножки мукопериостального лоскута

643. РЕТРОСЕЛЛЯРНЫЙ РОСТ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РОСТОМ В

- 1)+ заднюю черепную ямку
- 2) решетчатый лабиринт, орбиту, область передней черепной ямки
- 3) пазуху основной кости, в носо-и ротоглотку
- 4) область передней черепной ямки

644. РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) хористомы
- 3) питуицитомы
- 4) онкоцитомы

645. СИНОНИМОМ ТЕРМИНА «КРАНИОФАРИНГИОМА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль кармана Ратке
- 2) аденома гипофиза
- 3) холестеатома
- 4) герминома

646. У ПАЦИЕНТА С ГИГАНТСКОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА, ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ПОДХОДА К ОПУХОЛИ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ установить вентрикулярный дренаж в начале операции
- 2) установить люмбальный дренаж в начале операции
- 3) прекратить операцию и выполнить трансназальное вмешательство
- 4) прекратить операцию и поставить шунт

647. СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕНЕДИ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ МЕНИНГИОМЕ

- 1)+ ольфакторной ямки
- 2) треугольника бокового желудочка
- 3) задней черепной ямки
- 4) пинеальной области

648. ЛАТЕРОСЕЛЛЯРНЫЙ РОСТ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РОСТОМ В

- 1)+ карвернозный синус
- 2) пазуху основной кости, в носо-и ротоглотку
- 3) область передней черепной ямки
- 4) область задней черепной ямки

649. ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ _____ НЕРВЫ

- 1)+ зрительные
- 2) отводящие
- 3) языкоглоточные
- 4) подъязычные

650. СРЕДИ ОПУХОЛЕЙ ХИАЗМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЛОКАЛЬНЫЙ ГИПЕРОСТОЗ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- 1)+ менингиоме бугорка турецкого седла
- 2) аденоме гипофиза
- 3) краниофарингиоме
- 4) глиоме зрительного нерва

651. ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ В ХИРУРГИИ ПЛАЗМОЦИТОМ ЭНДО-ИФРАСЕЛЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансназальный трансфеноидальный
- 2) субфронтальный
- 3) птериональный
- 4) транскаллезный

652. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ТРАНСКЛИВАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ПЛАСТИКУ ФРАГМЕНТОМ _____ ТКАНИ

- 1)+ мышечной
- 2) жировой
- 3) хрящевой
- 4) костной

653. КРАНИОФАРИНГИОМА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

- 1)+ клеток кармана Ратке
- 2) ното хорда
- 3) нейрогипофиза
- 4) твердой мозговой оболочки

654. РИСК РАЗВИТИЯ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ ВЫСОКИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ МЕНИНГИОМ

- 1)+ ольфакторной ямки
- 2) бугорка турецкого седла
- 3) крыльев основной кости
- 4) конвентальной локализации

655. В НОРМЕ НА МРТ В РЕЖИМЕ T1 БОЛЕЕ ЯРКИЙ СИГНАЛ У

- 1)+ нейрогипофиза
- 2) аденогипофиза
- 3) ножки гипофиза
- 4) средней доли гипофиза

656. СИНОНИМОМ ТЕРМИНА «КРАНИОФАРИНГИОМА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль Эрджайма
- 2) аденома гипофиза
- 3) холестеатома
- 4) герминома

657. ПРИ ГЛИОМЕ ХИАЗМЫ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субфронтальный
- 2) субокципитальный
- 3) far-lateral
- 4) трансфеноидальный

658. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ битемпоральная гемианопсия
- 2) ретробульбарный неврит
- 3) вялый парез конечностей
- 4) птоз

659. ОДНИМ ИЗ ОПАСНЫХ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ПЛАЗМОЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) дефект перегородки носа при доступе
- 3) повреждение слизистой средней раковины
- 4) повреждение ножки мукопериостального лоскута

660. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ КРАНИОФАРИНГИОМЕ ПРИ НЕИЗМЕНЕННОМ ТУРЕЦКОМ СЕДЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передний расширенный
- 2) задний расширенный
- 3) латеральный расширенный
- 4) стандартный через турецкое седло

661. МАКРОСКОПИЧЕСКИ ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ С ИССЕЧЕНИЕМ МАТРИКСА И ИЗМЕНЕННОЙ КОСТИ (ВКЛЮЧАЯ ИССЕЧЕНИЕ СИНУСА, КОГДА ОН ПОРАЖЕН ОПУХОЛЬЮ) СООТВЕТСТВУЕТ_____ СТЕПЕНИ УДАЛЕНИЯ ПО СИМПСОНУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

662. ПРИ ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ КРАНИОФАРИНГИОМЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальный
- 2) птериональный
- 3) субокципитальный
- 4) far-lateral

663. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ЭНДОСЕЛЛЯРНОЙ КРАНИОФАРИНГИОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стандартный через турецкое седло
- 2) передний расширенный
- 3) латеральный расширенный
- 4) задний расширенный

664. ФАКТОРОМ В ПОЛЬЗУ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженная асимметрия супраселлярной части, при неувеличенном турецком седле
- 2) асимметрия супраселлярной части, при расширенном турецком седле
- 3) симметричность супраселлярной части, при резко расширенном турецком седле
- 4) длинная хиазма

665. ПРИ МЕНИНГИОМАХ ЧАЩЕ ВСЕГО УДАЛЕНИЕ НАЧИНАЮТ С

- 1)+ коагуляции и иссечения матрикса
- 2) декомпрессивной трепанации
- 3) выделения границ опухоли
- 4) установки вентрикулярного дренажа

666. ПОД МИКРОСКОПОМ В НОРМЕ ЧЕРЕЗ СУБФРОНТАЛЬНЫЙ ДОСТУП МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ

- 1)+ зрительные нервы
- 2) позвоночные артерии
- 3) лицевой нерв
- 4) мозжечок

667. ЛАТЕРАЛЬНЕЕ ОТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РАСПОЛАГАЕТСЯ ____ ОТРОСТОК

- 1)+ передний наклоненный
- 2) клювовидный
- 3) червеобразный
- 4) задний наклоненный

668. МЕНИНГИОМЫ БУГОРКА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ЧАЩЕ ВСЕГО УДАЛЯЮТ

- 1)+ из межневрального пространства (между зрительными нервами)
- 2) из оптикокаротидного угла
- 3) между ВСА и III нервом
- 4) из треугольника Паркинсона

669. ПРИ ВКЛИНЕНИИ В ЗАТЫЛОЧНОМ ОТВЕРСТИИ УЩЕМЛЯЕТСЯ

- 1)+ продолговатый мозг
- 2) средний мозг
- 3) варолиев мост
- 4) височная доля головного мозга

670. ПРИ ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ОНКОЦИТОМЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальный
- 2) птериональный
- 3) субокципитальный
- 4) far-lateral

671. ПРИ БИОПСИИ МЕНИНГИОМЫ СТЕПЕНЬ РЕЗЕКЦИИ ПО СИМПСОНУ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ V
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

672. АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПРОИСХОДЯТ ИЗ

- 1)+ передней доли
- 2) промежуточной доли
- 3) задней доли
- 4) ножки гипофиза

673. ПРИ ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ПИТУИЦИТОМЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стандартный через турецкое седло
- 2) передний расширенный
- 3) латеральный расширенный
- 4) задний расширенный

674. ПРИ ПЛАЗМОЦИТОМЕ ХСО ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия
- 2) радикальное удаление
- 3) опорожнение кисты
- 4) отделение опухоли от гипофиза

675. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ РАЗРЕЗОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ РАССЕЧЕНИИ ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ

- 1)+ по средней линии
- 2) по границе с одним из полушарий мозжечка
- 3) поперечный нижнего червя
- 4) поперечный среднего червя

676. ПРИ ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА СИМПТОМЫ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ

- 1)+ являются поздними
- 2) являются ранними
- 3) проявляются синдромом Брунса
- 4) не развиваются

677. АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ ствола мозга
- 2) коры больших полушарий
- 3) мозжечка
- 4) подкорковых ядер

678. ПРИ ГЕРМИНОМЕ ХСО ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия
- 2) радикальное удаление
- 3) опорожнение кисты
- 4) отделение опухоли от гипофиза

679. К МЕНИНГИОМАМ ОТНОСИТСЯ _____ МЕНИНГИОМА

- 1)+ менинготелиальная
- 2) адамантиноподобная
- 3) темноклеточная
- 4) псевдофиброзная

680. К МЕНИНГИОМАМ ОТНОСИТСЯ _____ МЕНИНГИОМА

- 1)+ рабдоидная
- 2) адамантиноподобная
- 3) темноклеточная
- 4) псевдофиброзная

681. КОСТНЫЙ КАНАЛ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ТРАНСКЛИВАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ТРЕПАНИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ высокооборотной дрели с алмазной фрезой
- 2) кусачек Керрисона
- 3) высокооборотной дрели с лепестковой фрезой
- 4) кусачек Егорова-Фрейдин

682. ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЭТО ОПУХОЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ

- 1)+ гиперпродукцией тропных гормонов
- 2) гипопродукцией тропных гормонов
- 3) выраженной клинической картиной
- 4) отсутствием клинической симптоматики

683. НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ выраженной жаждой, полиурией
- 2) гипергликемией, жаждой
- 3) гипогликемией, полиурией
- 4) гипопитутаризмом

684. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ ОНКОЦИТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стандартный через турецкое седло
- 2) передний расширенный
- 3) латеральный расширенный
- 4) задний расширенный

685. ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОПУХОЛИ НА ЗРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ НАБЛЮДЕТСЯ

- 1)+ гомонимная гемианопсия
- 2) битемпоральная гемианопсия
- 3) бипариетальная гемианопсия
- 4) гетеронимная гемианопсия

686. УДАЛЕНИЕ СТЕБЕЛЬНОЙ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ВОЗМОЖНО ИЗ _____ ДОСТУПА

- 1)+ переднего расширенного транссфеноидального
- 2) субокципитального
- 3) far-lateral
- 4) заднего расширенного транссфеноидального

687. ПРИ ВСКРЫТИИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУБФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ сделать пластику надкостницей на питающей ножке
- 2) замазать пазуху воском, положить тахокомб
- 3) герметично зашить твердую мозговую оболочку, пазуху не закрывать
- 4) пазуху оставить открытой

688. ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ КАНАЛА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ДОПОЛНИТЕЛЬНО РАССЕКАЕТСЯ СВЯЗКА

- 1)+ фальциформная
- 2) дуральная
- 3) Грубера
- 4) поперечная

689. ГЛИОБЛАСТОМА МОЗГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗОВАНА В _____ДОЛЕ

- 1)+ височной
- 2) теменной
- 3) островковой
- 4) лимбической

690. ЧАСТОТА ТОКА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА _____ ГЕРЦ

- 1)+ 60
- 2) 45
- 3) 55
- 4) 35

691. СТЕПЕНЬ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ прямо коррелирует с общей выживаемость пациентов
- 2) обратно коррелирует с общей выживаемость пациентов
- 3) не имеет корреляции между степенью микрохирургической резекции и выживаемостью больных
- 4) прямо коррелирует с результатом гистологического исследования

692. ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ МАТРИКСА МЕНИНГИОМЫ ПЛАСТИКУ ДЕФЕКТА ТМО ЖЕЛАТЕЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1)+ надкостницей
- 2) тахокомбом
- 3) искусственной оболочкой
- 4) клеем

693. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИИ ДИФFUЗНЫХ АСТРОЦИТОМ СОГЛАСНО СТАНДАРТАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ имплантация пластин, содержащих химиотерапевтические вещества
- 2) получение гистологического материала
- 3) удаление максимально возможного объема опухоли
- 4) предотвращение возникновения неврологического дефицита

694. ПО ДАННЫМ МРТ ГМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА ОПУХОЛИ - ГЕРМИНОМЫ, ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ биопсии опухоли
- 2) химиотерапии
- 3) радиотерапии
- 4) иммунотерапии

695. ПО ДАННЫМ МРТ ГМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНУЮ В- КЛЕТОЧНУЮ ЛИМФОМУ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ биопсии опухоли
- 2) химиотерапии
- 3) радиотерапии
- 4) иммунотерапии

696. ПРИ УДАЛЕНИИ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ОПУХОЛИ ОСТРОВКА ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЯМОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛОЖА

- 1)+ задних извилин островка и верхней периинсулярной борозды
- 2) средних извилин островка
- 3) проекции передней периинсулярной борозды
- 4) проекции передних извилин островка

697. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЙ ОПУХОЛЬЮ, АССОЦИИРУЕМОЙ С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ ТИПА 1 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глиома зрительного нерва
- 2) нейрофиброма
- 3) менингиома
- 4) медуллобластома

698. ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМ, ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ химиотерапия в режиме PCV
- 2) лучевая терапия
- 3) иммунотерапия
- 4) криотерапия

699. СИЛА ТОКА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА _____ МИЛИАМПЕР

- 1)+ 2-10
- 2) 20-30
- 3) 30-40
- 4) 40-50

700. ВОЗРАСТНОЙ ПИК ВОЗНИКНОВЕНИЯ НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ВЗРОСЛЫХ ПРИХОДИТСЯ НА _____ ЛЕТ

- 1)+ 30-40
- 2) 20-30
- 3) 40-50
- 4) 50-60

701. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КЛИНИЧЕСКИ, ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ОПУХОЛИ ОСТРОВКА ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эпилепсиями
- 2) гемипарезом
- 3) гемигипестезией
- 4) гемианопсией

702. К СТАНДАРТУ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ микрохирургическое удаление, химиотерапию, лучевую терапию
- 2) иммунотерапию
- 3) криотерапию
- 4) наблюдение

703. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИФФУЗНЫХ И АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В ПОПУЛЯЦИИ РАВНА _____ НА 100 000

- 1)+ 1,23 случая
- 2) 2,45 случая
- 3) 5,45 случаев
- 4) 7,23 случаев

704. ДЛЯ ПИЛОМИКСОИДНОЙ АСТРОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ более агрессивное клиническое течение в сравнении с пилоидной астроцитомой
- 2) менее агрессивное клиническое течение, чем для пилоидной астроцитомы
- 3) отсутствие метастазирования по ЦНС
- 4) наличие некрозов

705. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЛИГОАСТРОЦИТОМ В ПОПУЛЯЦИИ РАВНА _____ НА 100 000

- 1)+ 0,43 случая
- 2) 1,45 случаев
- 3) 5,45 случаев
- 4) 7,23 случаев

706. НЕ СПОРАДИЧЕСКИЕ (СЕМЕЙНЫЕ) СЛУЧАИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС СОСТАВЛЯЮТ _____% ВСЕХ СЛУЧАЕВ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

707. ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРОМ, СНИЖАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ

- 1)+ аллергических заболеваний (пищевая аллергия, астма)
- 2) воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей
- 3) сахарного диабета 1 типа
- 4) сахарного диабета 2 типа

708. ПЛЕОМОРФНАЯ КСАНТОАСТРОЦИТОМА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ доброкачественным опухолям ЦНС
- 2) доброкачественным опухолям ПНС
- 3) к злокачественным опухолям ЦНС
- 4) к злокачественным опухолям ПНС

709. НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМИ АСТРОЦИТОМАМИ НЕ ВЛИЯЕТ

- 1)+ пол
- 2) возраст
- 3) степень резекции опухоли
- 4) наличие мутации IDH1

710. ОБЩАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ГЛИОБЛАСТОМА В 90 ПРОЦЕНТАХ СЛУЧАЕВ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 3-4
- 3) 4-5
- 4) 5-10

711. ПИЛОЙДНАЯ АСТРОЦИТОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ (В ГОДАХ)

- 1)+ до 25
- 2) свыше 25
- 3) до 5
- 4) свыше 75

712. ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОСТРОВКОВОЙ ДОЛЕ В _____ % СЛУЧАЕВ ВСЕХ ПОЛУШАРНЫХ ГЛИОМ

- 1)+ 10
- 2) 15
- 3) 25
- 4) 2

713. ДЛЯ ГЛИОМ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ БОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЕТ ГЕН

- 1)+ K27M
- 2) IDH1
- 3) IDH2
- 4) 1p/19q

714. МАКРОСКОПИЧЕСКИ ЧАСТИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ МАТРИКСА И БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ УДАЛЕНИЯ ПО СИМПСОНУ

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) II
- 4) I

715. ПРИ НАЛИЧИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ У ПАЦИЕНТКИ 15 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТОШНОТУ И РВОТУ С МРТ ПРИЗНАКАМИ СТЕНОЗА ВОДОПРОВОДА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ эндоскопической тривентрикулостомии
- 2) вентрикулоперитонеального шунтирования
- 3) установки наружного вентрикулярного дренажа
- 4) эндоскопической тривентрикулостомии + септостомии

716. К СТАНДАРТУ ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОБЛАСТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ микрохирургическое удаление, химиотерапию, лучевую терапию
- 2) иммунотерапию
- 3) криотерапию
- 4) наблюдение

717. ПОВРЕЖДЕНИЕ НИЖНЕГО ЛОБНО-ЗАТЫЛОЧНОГО ПУЧКА В ДОМИНАНТНОМ ПОЛУШАРИИ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1)+ речевых нарушений
- 2) двигательных нарушений
- 3) зрительных нарушений
- 4) слуховых нарушений

718. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) СКТ
- 3) рентгенография черепа
- 4) ПЭТ КТ

719. УДАЛЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСТРОВКА ЗА ГРУППЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ YAŞARGİL, <i></i>ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ ДОСТУПОМ

- 1)+ транссильвиевым
- 2) транскортикальным
- 3) комбинированным
- 4) ретросигмовидным

720. ПЕРВИЧНЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ АССОЦИИРУЮЩИМСЯ С НАЛИЧИЕМ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛЯРНЫХ ТЕЛЕЦ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пилоидная астроцитомы
- 2) олигодендроглиомы
- 3) гемистрацитарная астроцитомы
- 4) герминомы

721. ИЗЛУЧЕНИЕ ОТ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ

- 1)+ не влияет на риск развития глиальных опухолей
- 2) увеличивает риск развития глиальных опухолей
- 3) снижает риск развития глиальных опухолей
- 4) увеличивает риск малигнизации диффузных астроцитом

722. ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В _____ДОЛЕ

- 1)+ лобной
- 2) височной
- 3) теменной
- 4) островковой

723. ПРИ МЕНИНГИОМЕ БУГОРКА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ЧАЩЕ ВСЕГО ЗРИТЕЛЬНЫЕ НЕРВЫ СМЕЩАЮТСЯ

- 1)+ латерально
- 2) медиально
- 3) вверх
- 4) вниз

724. ГЛИОМА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ХИАЗМЫ У ВЗРОСЛЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1)+ пилоидной астроцитомы
- 2) глиобластомы
- 3) соматотропиномы
- 4) олигодендроглиомы

725. НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОСТРОВКОВОЙ ДОЛЕ В _____ % СЛУЧАЕВ ВСЕХ ПОЛУШАРНЫХ ГЛИОМ

- 1)+ 25
- 2) 50
- 3) 75
- 4) 2

726. ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ наличием кальцификатов в стромме опухоли
- 2) локализацией преимущественно в височной доле
- 3) метастазированием за пределы ЦНС
- 4) злокачественным клиническим течением

727. К ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ГЛИЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОСЯТ

- 1)+ ионизирующее излучение
- 2) наличие в анамнезе воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей
- 3) наличие в анамнезе факта черепно-мозговой травмы
- 4) нитраты и нитриты

728. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСТРОВКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ быстрый продолженный рост после удаления
- 2) преимущественное распространение IDH1 положительных глиом
- 3) преимущественное распространение низкоквалифицированных глиальных опухолей
- 4) распространение на прилежащие покровы мозга

729. ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ГИППОКАМПА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нарушением памяти
- 2) двигательными нарушениями
- 3) гемипарезом
- 4) нарушением обоняния

730. ПОЯВЛЕНИЕ ГЕМИПАРЕЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ХИРУРГИИ ОСТРОВКОВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗАНО С

- 1)+ повреждением артерий
- 2) прямым повреждением кортиспинального тракта в заднем роге внутренней капсулы
- 3) прямым повреждением кортиспинального тракта в лучистом венце
- 4) повреждением прецентральной извилины

731. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВСЕХ АСТРОЦИТАРНЫХ ГЛИОМ (ВКЛЮЧАЯ ГЛИОБЛАСТОМЫ) В ПОПУЛЯЦИИ РАВНА _____ СЛУЧАЕВ НА 100 000

- 1)+ 3,59
- 2) 1,45
- 3) 5,45
- 4) 7,23

732. МАКРОСКОПИЧЕСКИ СУБТОТАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ МАТРИКСА И БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ УДАЛЕНИЯ ПО СИМПСОНУ

- 1)+ III
- 2) II
- 3) I
- 4) IV

733. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСТРОВКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эпилепсии
- 2) гемипарез
- 3) гемипарез
- 4) нарушения речи

734. СИМПТОМ "ДУРАЛЬНОГО ХВОСТА" ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ менингиом
- 2) глиом
- 3) неврино
- 4) аденом

735. МАКРОСКОПИЧЕСКИ ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ С ИССЕЧЕНИЕМ МАТРИКСА БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ УДАЛЕНИЮ ПО СИМПСОНУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

736. ПРИ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ОБЛУЧЕНИИ ВО ИЗБЕЖАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХИАЗМЫ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНА МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ____ ГР

- 1)+ 9-10
- 2) 4-7
- 3) 11-13
- 4) 11-16

737. ТИПИЧНО АССОЦИИРУЕТСЯ С ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛЬЮ ПО ДАННЫМ МРТ СПЕКТРОСКОПИИ ОТНОШЕНИЯ

- 1)+ N-ацетиласпартат / общий креатин
- 2) холин/N-ацетиласпартат
- 3) холин / общий креатин
- 4) миоинозитол/общий креатин

738. СТЕПЕНЬ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ГЕРМИНОМ

- 1)+ не влияет на исход заболевания
- 2) увеличивает общую выживаемость
- 3) увеличивает безрецидивную выживаемость
- 4) влияет на выбор химиотерапевтического препарата

739. ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПИНЕОЦИТОМЫ

- 1)+ показано наблюдение и МРТ контроль
- 2) химиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) иммунотерапия

740. ГЛИОБЛАСТОМА СОСТАВЛЯЕТ _____% ОТ ВСЕХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1)+ 15
- 2) 25
- 3) 30
- 4) 45

741. ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО ВЫБОРА МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ОПУХОЛЯМ ТАЛАМУСА НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ- трактография с определением локализации кортикоспинального тракта
- 2) МРТ- трактография с определением локализации дугообразного пучка
- 3) МРТ- волюметрия опухоли
- 4) ЭЭГ

742. МЕТИЛИРОВАННЫЙ MGMT ПРОМОУТЕР В ГЛИОБЛАСТОМАХ ВСТРЕЧАЕТСЯ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 35
- 2) 50
- 3) 70
- 4) 90

743. СИНОНИМОМ ГЛИОБЛАСТОМЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ IDH1 МУТАЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ГЛИОБЛАСТОМА

- 1)+ вторичная
- 2) первичная
- 3) гигантоклеточная
- 4) эпителиоидная

744. ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЫ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ _____ НАРУШЕНИЯМИ

- 1)+ речевыми
- 2) зрительными
- 3) обонятельными
- 4) вкусовыми

745. ОПРЕДЕЛЕНИЕ В ДИФФУЗНОЙ АСТРОЦИТОМЕ ПОМИМО ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ МУТАЦИИ IDH 1 ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ИНАКТИВИРУЮЩИХ МУТАЦИЙ P53 И ATRX ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛАГАТЬ О

- 1)+ более агрессивном клиническом течении данной опухоли
- 2) менее агрессивном клиническом течении
- 3) возможном метастазировании по ЦНС
- 4) наличии некрозов

746. ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ИМЕЮТ ИНАКТИВИРУЮЩУЮ МУТАЦИЮ CIC В ____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 70
- 2) 50
- 3) 20
- 4) 10

747. УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО ГЛИОБЛАСТОМЫ _____ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ

- 1)+ поражают преимущественно детей
- 2) наиболее злокачественные астроцитарные опухоли
- 3) характеризуются наличием некрозов
- 4) встречается преимущественно у взрослых в возрасте 50-70 лет

748. ГЛИОБЛАСТОМА, ИМЕЮЩАЯ IDH1 МУТАЦИЮ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗОВАНА В _____ ДОЛЕ

- 1)+ лобной
- 2) височной
- 3) островковой
- 4) затылочной

749. ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ОСТРОВКОВОЙ ДОЛИ КРОВΟΣНАБЖАЮТСЯ ИЗ

- 1)+ ветвей M2 сегмента средней мозговой артерии
- 2) ветвей M3 сегмента средней мозговой артерии
- 3) ветвей M4 сегмента средней мозговой артерии
- 4) лентиклостриарных артерий

750. ПОЯВЛЕНИЕ ФОНЕТИЧЕСКИХ ПАРАФАЗИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО МЕТОДУ «КРАНИОТОМИЯ В СОЗНАНИИ» ГОВОРIT О ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1)+ дорсальных речевых путей
- 2) вентральных речевых путей
- 3) зоны Вернике
- 4) зоны Брока

751. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЛИОБЛАСТОМЫ В ПРЕДЕЛАХ ЦНС ИДЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ вдоль волокон белого вещества
- 2) по ходу артерий
- 3) по ходу вен
- 4) по серому веществу

752. ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ВЕНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ гемипареза
- 2) обонятельных галлюцинаций
- 3) зрительных галлюцинаций
- 4) гемианопсии

753. ДВИГАТЕЛЬНЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ ПРИ УДАЛЕНИИ ГЛИОМ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ СВЯЗАН С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1)+ передней ворсинчатой артерии
- 2) задней ворсинчатой артерии
- 3) передней височной артерии
- 4) задней соединительной артерии

754. ГЛИОСАРКОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗОВАНА В

- 1)+ височной доле
- 2) лобной доле
- 3) боковых желудочках
- 4) затылочной доле

755. ОПРЕДЕЛЕНИЕ В ГЛИОБЛАСТОМЕ МЕТИЛЯЦИИ MGMT ПРОМОУТЕРА ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛАГАТЬ О

- 1)+ менее агрессивном клиническом течении
- 2) более агрессивном клиническом течении данной опухоли
- 3) возможном метастазировании по ЦНС
- 4) наличии некрозов

756. МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К ВИСОЧНОЙ ДОЛЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транскаллезный
- 2) птериональный
- 3) подвисочный
- 4) миниптериональный

757. IDH1 МУТАЦИЯ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ В ____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 80
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 50

758. ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ОПУХОЛИ НИЖНЕЙ ЛОБНОЙ ИЗВИЛИНЫ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ _____ НАРУШЕНИЯМИ

- 1)+ речевыми
- 2) зрительными
- 3) обонятельными
- 4) вкусовыми

759. ГЛИОБЛАСТОМА - ДИКИЙ ТИП IDH 1 МУТАЦИИ

- 1)+ обычно возникает de novo
- 2) возникает из предшествующей ей диффузной астроцитомы
- 3) возникает из предшествующей ей анапластической астроцитомы
- 4) возникает из предшествующей ей анапластической олигодендроглиомы

760. ФАКТ НАЛИЧИЯ АМПЛИФИКАЦИИ ГЕНА EGFR В ГЛИОБЛАСТОМЕ

- 1)+ не влияет на прогноз общей выживаемости
- 2) говорит о возможном лучшем прогнозе общей выживаемости
- 3) говорит о худшем прогнозе общей выживаемости
- 4) говорит о необходимости использования иммунотерапии в лечении данного больного

761. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К ГЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ГОЛОВКИ ХВОСТАТОГО ЯДРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передний транскаллезный
- 2) задний транскаллезный
- 3) затылочный межполушарный
- 4) супратенториальный

762. ПОЯВЛЕНИЕ СЕМАНТИЧЕСКИХ ПАРАФАЗИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО МЕТОДУ «КРАНИОТОМИЯ В СОЗНАНИИ» ГОВОРИТ О ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1)+ вентральных речевых путей
- 2) дорсальных речевых путей
- 3) зоны Вернике
- 4) зоны Брока

763. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ ВОЗРАСТОМ ДО 50 ЛЕТ

- 1)+ характерно менее агрессивное клиническое течение данной опухоли
- 2) характерно более агрессивное клиническое течение
- 3) возможно метастазирование по ЦНС
- 4) характерно наличие некрозов

764. ДЛЯ IDH1 НЕГАТИВНЫХ (ДИКИЙ ТИП) ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ более агрессивное клиническое течение данной опухоли
- 2) менее агрессивное клиническое течение
- 3) метастазирование по ЦНС
- 4) наличие некрозов

765. ГЛИОБЛАСТОМА - IDH1 ТИП

- 1)+ возникает из предшествующих ей низкоквалифицированных глиальных опухолей
- 2) обычно возникает de novo
- 3) возникает из предшествующих ей мезенхимальных опухолей
- 4) возникает из предшествующих ей высококвалифицированных глиальных опухолей

766. СРЕДНЯЯ ОБЩАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ДЛЯ IDH1 НЕГАТИВНЫХ (ДИКИЙ ТИП) ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ, У КОТОРЫХ ТАКЖЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ МАРКЕРЫ TERT И K27M РАВНА (В ГОДАХ)

- 1)+ 1,23
- 2) 3,45
- 3) 5
- 4) 7,15

767. ДЛЯ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ отсутствие 1p19q коделеции
- 2) наличие 1p19q коделеции
- 3) отсутствие мутации TP53
- 4) отсутствие мутации ATRX

768. ГЛИОБЛАСТОМА - ДИКИЙ ТИП IDH 1 МУТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____% ОТ ВСЕХ ГЛИОБЛАСТОМ

- 1)+ 90
- 2) 70
- 3) 60
- 4) 50

769. УСТАНОВКА СТЕНТА В МИКРОХИРУРГИЧЕСКУЮ СТОМУ ДНА ТРЕТЬЕГО ЖЕЛУДОЧКА ПОКАЗА ПРИ

- 1)+ подозрении на злокачественную опухоль и риске закрытия стомы в случае продолженного роста опухоли
- 2) невозможности выполнить стому с первой попытки
- 3) невозможности выполнить стому со второй попытки
- 4) повреждении базилярной артерии

770. ДЛЯ ГЛИОБЛАСТОМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ХАКТЕРНА ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ В

- 1)+ мост и таламус
- 2) лобной доле
- 3) височной доле
- 4) теменной доле

771. В НЕДОМИНАНТНОМ ПОЛУШАРИИ ДОПУСТИМО ВЫПОЛНЯТЬ ВИСОЧНУЮ ЛОБЭКТОМИЮ НА РАССТОЯНИИ ОТ ПОЛЮСА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ ____СМ

- 1)+ 5-6
- 2) 3-4
- 3) 1-3
- 4) 7-8

772. МЕТИЛИРОВАННЫЙ MGMT ПРОМОУТЕР В ГЛИОБЛАСТОМЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ возможном хорошем ответе опухоли на лечение темазоламидом
- 2) неэффективности темазоламида
- 3) необходимости использовать для лечения иммунотерапию
- 4) необходимости использования лазеротерапии

773. АМПЛИФИКАЦИЯ ГЕНА EGFR В IDH ДИКОМ ТИПЕ ГЛИОБЛАСТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 35-45
- 2) 50
- 3) 70
- 4) 90

774. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ГЛИОБЛАСТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ?

- 1)+ прогноз данного типа опухоли лучше, в сравнении с обычной глиобластомой
- 2) прогноз данного типа опухоли хуже, в сравнении с обычной глиобластомой
- 3) данный тип опухолей составляет 20% всех глиобластом
- 4) обычно встречается у пожилых пациентов

775. ИНАКТИВИРУЮЩАЯ МУТАЦИЯ P53 В ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМА ПРИВОДИТ К

- 1)+ неконтролируемому делению астроцитов
- 2) гибели опухолевых клеток
- 3) репарации ДНК в астроцитах
- 4) гибели митохондрий в астроцитах

776. ОСНОВНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К ОПУХОЛЯМ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ супрацерепеллярный
- 2) птериональный
- 3) подвисочный
- 4) теволярный

777. ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЛИОБЛАСТОМ

- 1)+ в настоящее время не показала должной эффективности и не является стандартом лечения
- 2) является стандартом лечения глиобластом
- 3) обладает летальными побочными эффектами
- 4) использование иммунотерапии увеличивает общую выживаемость больных в 2 раза

778. ДЛЯ ОЛИГОАСТРОЦИТОМ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие 1p19q коделеции
- 2) отсутствие 1p19q коделеции.
- 3) наличие мутации TP53
- 4) наличие мутации ATRX

779. МЕДИАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ РЕЗЕКЦИИ ГЛИОМ ОСТРОВКОВОЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ появление бежевого вещества базальных ганглиев
- 2) передняя ворсинчатая артерия
- 3) задняя мозговая артерия
- 4) передняя перинсулярная борозда

780. ОПУХОЛИ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАСТО СОПРЯЖЕНЫ С РАЗВИТИЕМ

- 1)+ окклюзионной гидроцефалии
- 2) резорптивной гидроцефалии
- 3) обонятельных нарушений
- 4) зрительных нарушений

781. СТЕПЕНЬ РЕЗЕКЦИИ ГЛИОБЛАСТОМ

- 1)+ влияет на общую и безрецидивную выживаемость пациентов
- 2) не влияет на общую и безрецидивную выживаемость пациентов
- 3) влияет только на общую выживаемость
- 4) влияет только на безрецидивную выживаемость

782. В ДИФФУЗНЫХ НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ ГЕН ATRX ОБЫЧНО

- 1)+ присутствует и инактивирован
- 2) присутствует и активирован
- 3) отсутствует
- 4) не имеет клинической значимости и не определяется

783. КОСОЙ (АСЛАНТ) АССОЦИАТИВНЫЙ ПРОВОДЯЩИЙ ТРАКТ УЧАСТВУЕТ В

- 1)+ формировании речевой функции
- 2) регуляции точных движений кисти
- 3) соматосенсорной функции
- 4) зрительной функции

784. ОБЩАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ В 90 % СЛУЧАЕВ РАВНА_____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 15-18
- 2) 24-26
- 3) 32-34
- 4) 44-56

785. ЭПИТЕЛИОИДНАЯ ГЛИОБЛАСТОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗОВАНА В

- 1)+ височной доле
- 2) лобной доле
- 3) боковых желудочках
- 4) затылочной доле

786. TERT МУТАЦИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ГЛИОБЛАСТОМЕ IDH1 ДИКИЙ ТИП В ____ % СЛУЧАЕВ

- 1)+ 80
- 2) 70
- 3) 50
- 4) 30

787. ДЛЯ IDH1 НЕГАТИВНЫХ (ДИКИЙ ТИП) ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ НАХОЖДЕНИЕ МАРКЕРОВ ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ГЛИОБЛАСТОМ (TERT, K27M) ПРОИСХОДИТ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 50
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 30

788. ПРИ КРАНИООРБИТАЛЬНОЙ ГИПЕРОСТОТИЧЕСКОЙ МЕНИНГИОМЕ С КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ СИМПТОМАТИКОЙ НЕОБХОДИМО

- 1)+ удаление доступной части гиперостоза и мягкотканного компонента
- 2) тотальное удаление опухоли, включая компонент опухоли в кавернозном синусе
- 3) наблюдение
- 4) проведение лучевой терапии

789. МЕНИНГИОМЫ ПРОИСХОДЯТ ИЗ КЛЕТОК

- 1)+ арахноидальной оболочки
- 2) пиальной оболочки
- 3) твердой мозговой оболочки
- 4) сосудистой стенки

790. МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радикальное удаление
- 2) субтотальное удаление с последующей лучевой терапией
- 3) биопсия с последующей лучевой терапией
- 4) неодъювантная лучевая терапия с последующим радикальным удалением

791. ДОЛЯ МЕНИНГИОМ ОЛЬФАКТОРНОЙ ЯМКИ, ПЛОЩАДКИ ОСНОВНОЙ КОСТИ И БУГОРКА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА В ОБЩЕМ КОЛИЧЕСТВЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕНИНГИОМ СОСТАВЛЯЕТ____%

- 1)+ 20
- 2) 5
- 3) 50
- 4) 70

792. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ОТНОСЯТ

- 1)+ заложенность носа, затруднение носового дыхания, носовые кровотечения
- 2) головные боли
- 3) зрительные и глазодвигательные нарушения
- 4) кровохарканье

793. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОРДОМЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ широкое иссечение и агрессивную лучевую терапию
- 2) химиотерапию
- 3) гормонотерапию
- 4) таргетную терапию

794. У ПАЦИЕНТОВ ПРАВОЙ С БОЛЬШИМИ МЕНИНГИОМАМИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПЕРЕДНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНЫХ ЯМОК СЛЕВА К ВОЗМОЖНЫМ НАРУШЕНИЯМ ФУНКЦИЙ МОЗГА, ОТНОСЯТ

- 1)+ сенсомоторные нарушения речи
- 2) правостороннюю гемипарезию
- 3) правосторонний гемипарез
- 4) тремор головы

795. ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ОПУХОЛИ ПРЕЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эпилепсиями
- 2) зрительными нарушениями
- 3) обонятельными нарушениями
- 4) вкусовыми нарушениями

796. ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ ЛИМФОУЗЛЫ

- 1)+ подбородочные, поднижнечелюстные, лицевые, околоушные, шейные
- 2) подмышечные
- 3) паховые
- 4) брыжеечные

797. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ AL-MEFTY МЕНИНГИОМЫ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КРЫЛЬЕВ ОСНОВНОЙ КОСТИ ДЕЛЯТСЯ НА

- 1)+ 3 группы
- 2) 5 групп
- 3) 6 групп
- 4) 2 группы

798. ПРИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевая терапия
- 3) химиотерапия
- 4) гормональная терапия

799. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ОПУХОЛИ ОЛЬФАКТОРНОЙ ЯМКИ ЧЕРЕЗ ЛОБНУЮ ПАЗУХУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локализация опухоли в ольфакторной ямке с превышением размера лобной пазухи на 1/3
- 2) превышающий размер опухоли лобной пазухи в 2 раза
- 3) локализация опухоли в орбите
- 4) локализация опухоли в кавернозном синусе

800. В СЛУЧАЕ ДВУСТОРОННЕЙ МЕНИНГИОМЫ ОЛЬФАКТОРНОЙ ЯМКИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В ОБЛАСТЬ ЛАБИРИНТА РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ И НАЛИЧИЯ БОЛЬШИХ ЛОБНЫХ ПАЗУХ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ доступ через лобную пазуху
- 2) субфронтальный доступ
- 3) птериональный доступ
- 4) бифронтальный доступ

801. МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА ПРИ МЕНИНГИОМАХ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КРЫЛЬЕВ ОСНОВНОЙ КОСТИ 1-ГО ТИПА ПО AL-MEFTY ЯВЛЯЕТСЯ ТМО

- 1)+ нижних отделов переднего наклоненного отростка
- 2) верхних и латеральных отделов переднего наклоненного отростка
- 3) зрительного отверстия и вершины переднего наклоненного отростка
- 4) верхней глазничной щели

802. МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА ПРИ МЕНИНГИОМАХ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КРЫЛЬЕВ ОСНОВНОЙ КОСТИ 2-ГО ТИПА ПО AL-MEFTY ЯВЛЯЕТСЯ ТМО

- 1)+ верхних и латеральных отделов переднего наклоненного отростка
- 2) нижних отделов переднего наклоненного отростка
- 3) нижних отделов переднего наклоненного отростка
- 4) верхней глазничной щели

803. ПРИ НЕБОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСТАТКАХ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ лучевая терапия
- 2) повторная операция
- 3) химиотерапия
- 4) гормональная терапия

804. НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ ОЛЬФАКТОРНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ_____ АРТЕРИЯ

- 1)+ верхнечелюстная
- 2) глазная
- 3) средняя оболочечная
- 4) передняя решетчатая

805. СТРЕЛЯЮЩИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЛИЦА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- 1)+ менингиомы правого кавернозного синуса
- 2) аденомы гипофиза
- 3) опухоли левой теменной доли
- 4) опухоли таламуса

806. ДОЛЯ МЕНИНГИОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ В ОБЩЕМ КОЛИЧЕСТВЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ МЕНИНГИОМ СОСТАВЛЯЕТ____%

- 1)+ 7
- 2) 50
- 3) 20
- 4) 80

807. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ нарушений статики и походки
- 2) апатико-абулического синдрома
- 3) недержания мочи
- 4) синдрома Фостера-Кеннеди

808. ПРИ УДАЛЕНИИ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПТЕРИОНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ТМО ПЕРВЫМ ДЕЛОМ НЕОБХОДИМО

- 1)+ вывести ликвор из цистерны Сильвиевой щели
- 2) выполнить парциальную резекцию лобной доли над опухолью
- 3) выполнить ретракцию лобной доли при помощи мозгового шпателя
- 4) выполнить диссекцию Сильвиевой щели

809. ИНТРАОРБИТАЛЬНЫЙ РОСТ С ИНТРАКАНАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ И ГИПЕРОСТОЗОМ КАНАЛА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МЕНИНГИОМЫ

- 1)+ зрительного нерва
- 2) кавернозного синуса
- 3) петроклиальной локализации
- 4) медиальных отделов крыльев основной кости

810. НАИБОЛЬШЕМУ РИСКУ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ КРУПНОЙ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПОДВЕРЖЕНЫ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ передние мозговые
- 2) внутренние сонные
- 3) передние ворсинчатые
- 4) задние соединительные

811. ПРИ УДАЛЕНИИ БОЛЬШОЙ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ НЕОБХОДИМО

- 1)+ отделить опухоль от матрикса
- 2) уменьшить интракапсулярный объем опухоли
- 3) выполнить парциальную резекцию лобной доли над опухолью
- 4) рассечь фалькс в передних отделах

812. ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДИТ РАНЕНИЕ

- 1)+ лицевого нерва
- 2) щитовидной железы
- 3) блуждающего нерва
- 4) сонной артерии

813. ОСТЕОМЫ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К

- 1)+ хирургическому удалению
- 2) лучевой терапии
- 3) химиотерапии
- 4) дистанционной ультразвуковой деструкции

814. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ УДАЛЕНИИ ПЕТРОКЛИВАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повреждение черепных нервов
- 2) гидроцефалия
- 3) ликворея
- 4) нарушение кровоснабжения ствола мозга

815. МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА МЕНИНГИОМ ОЛЬФАКТОРНОЙ ЯМКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ продырявленная пластинка
- 2) петушиный гребень
- 3) крыша решетчатой кости
- 4) площадка основной кости

816. ДЛЯ МЕНИНГИОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ синдрома Фостера-Кеннеди
- 2) глазодвигательных нарушений
- 3) снижения зрения
- 4) симптомов поражения тройничного нерва

817. ПАРААНГИОМ ОТСНОСИТСЯ К _____ОПУХОЛИ

- 1)+ нейроэктодермальной
- 2) мезенхимальной
- 3) эпителиальной
- 4) смешанной

818. СИНДРОМ ФОСТЕРА-КЕННЕДИ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ менингиомах передней черепной ямки
- 2) астроцитомах височной доли
- 3) медуллобластомах
- 4) аденомах гипофиза

819. ПРИ УДАЛЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РЕЖЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ трансфациальный доступ
- 2) транскраниальный доступ
- 3) трансназальный доступ
- 4) краниофациальную резекцию

820. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ УДАЛЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ массивную кровопотерю
- 2) ранение магистральных сосудов
- 3) зрительные нарушения
- 4) ликворею

821. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮЩИМИ В КОСТИ ЧЕРЕПА ОПУХОЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ светлоклеточный рак почки, рак предстательной железы, меланома
- 2) рак желудка, легких, печени
- 3) рак молочной железы, яичников
- 4) рак околоносовых пазух, рак губы

822. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕНИНГИОМ ОЛЬФАКТОРНОЙ СРЕДИ МЕНИНГИОМ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 5-10
- 2) 50-60
- 3) 80-90
- 4) 20-30

823. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ менингиомах верхнего сагиттального синуса
- 2) вестибулярных шванномах
- 3) аденомах гипофиза
- 4) эпендимоммах III желудочка

824. МЕСТОМ ИСХОДНОГО РОСТА ИСТИННЫХ МЕНИНГИОМ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боковая стенка кавернозного синуса
- 2) верхняя глазничная щель
- 3) нижняя глазничная щель
- 4) зрительный канал

825. ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМ ПЛОЩАДКИ ОСНОВНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ДОСТУП

- 1)+ односторонний субфронтальный
- 2) двусторонний субфронтальный
- 3) эндоскопический эндоназальный трансфеноидальный
- 4) бифронтальный

826. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ПТЕРИОНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ГОЛОВЫ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ поворот на 60° и небольшое разгибание
- 2) без поворота головы, сгибание на 15°
- 3) поворот на 30° и сгибание на 15°
- 4) поворот на 45° и небольшое разгибание

827. К ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕРЕПА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие зрительных нарушений в виду сдавления зрительных структур и значимый для пациента косметический дефект
- 2) наличие фиброзной дисплазии
- 3) увеличение новообразования более чем на 1 см в год
- 4) головные боли

828. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВЕТВИ

- 1)+ интракавернозной части внутренней сонной артерии
- 2) нижней мозжечковой артерии
- 3) задней мозговой артерии
- 4) интрапиримидной части внутренней сонной артерии

829. ПРИ НЕБОЛЬШИХ МЕНИНГИОМАХ, РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ В ПРЕДЕЛАХ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА И ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ УМЕРЕННОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радиохирургическое лечение
- 2) динамическое наблюдение
- 3) открытая биопсия с последующей лучевой терапией
- 4) радикальное удаление опухоли

830. ДЛЯ МЕНИНГИОМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СИГНАЛОВ НА МРТ

- 1)+ изоинтенсивного в T1 и гиперинтенсивного в T2
- 2) гиперинтенсивного в T1 и изоинтенсивного в T2
- 3) изоинтенсивного в T1 и T2
- 4) гипоинтенсивного в T1 и гиперинтенсивного в T2

831. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ 1-2 СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ криогенный и лучевой
- 2) хирургический
- 3) химиотерапию
- 4) таргетную терапию

832. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕНИНГИОМ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ СРЕДИ МЕНИНГИОМ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 15
- 2) 50
- 3) 80
- 4) 5

833. ПРИ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ (G) _____ ОПУХОЛЬ МЕНЕЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ

- 1)+ G4
- 2) G3
- 3) G2
- 4) G1

834. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ медленное развитие психопатологической симптоматики, аносмии и застойных дисков зрительных нервов
- 2) быстрое развитие двустороннего амавроза и аносмии
- 3) внезапное развитие окклюзионного приступа с последующим быстрым снижением зрения
- 4) генерализованный эпилептический приступ с последующим быстрым нарастанием аносмии

835. ОПТИМАЛЬНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ БИФРОНТАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ надкостница лобной области на питающей ножке
- 2) жировое тело щеки
- 3) височная мышца
- 4) перемещенная клетчатка передней брюшной стенки

836. ОДНОМОМЕНТНАЯ КРАНИОПЛАСТИКА ПРИ УДАЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЯХ

- 1)+ доброкачественной опухоли свода черепа
- 2) злокачественной опухоли костей черепа
- 3) остеомиелита костей черепа
- 4) гранулемы

837. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ В КЛЕТКАХ БОЛЬШИНСТВА МЕНИНГИОМ НАХОДИТСЯ В _____ ХРОМОСОМЕ

- 1)+ 22
- 2) 20
- 3) 14
- 4) 23

838. АТЛАНТО-ОКЦИПИТАЛЬНАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ удалении большой хордомы ската
- 2) удалении гигантской менингиомы передне-бокового расположения через far-lateral доступ
- 3) удалении дорсально расположенной менингиомы через срединный субокципитальный доступ
- 4) любой операции на уровне краниовертебрального перехода, выполняемой через срединный субокципитальный и far-lateral доступы

839. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА НА СТОЛЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИИ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА, ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ 3\4
- 2) «сидя»
- 3) «concorde»
- 4) «полусидя»

840. ПРИ ПОПАДАНИИ В ЛИКВОР СОДЕРЖИМОГО ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ менингита (химический менингит Молларе)
- 2) тяжелой аллергической реакции
- 3) метастазирования по оболочкам мозга
- 4) несахарного диабета

841. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ РАБДОИДНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

842. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 30 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМой СЛУХОВОГО НЕРВА KOOS 2, БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗА 1 ГОД ОТНОСЯТ

- 1)+ наблюдение и контроль МРТ через 6, 12 месяцев (wait-and-scan)
- 2) контроль МРТ через 5 лет
- 3) удаление опухоли
- 4) радиохирургию

843. ПРИ НАЛИЧИИ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА И НЕПОВРЕЖДЕННЫХ ЯЧЕЕК СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ ревизию операционной раны и герметизацию внутреннего слухового прохода
- 2) ревизию операционной раны и пластику твердой мозговой оболочки
- 3) наложение вентрикулярного дренажа
- 4) наложение люмбального дренажа

844. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ СЕКРЕТОРНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

845. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ФИБРОЗНАЯ (ФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ) МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

846. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ХИРУРГИИ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление интраканальной части опухоли
- 2) субтотальное удаление опухоли
- 3) субтотальное удаление опухоли с дальнейшим проведением радиохирургии
- 4) парциальное удаление опухоли с дальнейшим проведением радиохирургии

847. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА 65 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМой СЛУХОВОГО НЕРВА KOOS 4 И ВЫРАЖЕННОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ ликворошунтирующую операцию в качестве первого этапа лечения, далее – удаление опухоли
- 2) удаление опухоли
- 3) ликворошунтирующую операцию
- 4) радиохирургию

848. ВЫПОЛНЕНИЕ ТОЛЬКО ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕШУИ ЗАТЫЛОЧНОЙ КОСТИ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ 1-ГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ ПРИ

- 1)+ наличии этой патологии у ребенка
- 2) наличии этой патологии у взрослого
- 3) отсутствии синингомиелии
- 4) наличии синингомиелии

849. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 50 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМОЙ СЛУХОВОГО НЕРВА КООС 3 ОТНОСЯТ

- 1)+ удаление опухоли
- 2) радиохирургию
- 3) наблюдение и контроль МРТ через 6, 12 месяцев (wait-and-scan)
- 4) контроль МРТ через 5 лет

850. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ПАПИЛЛЯРНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

851. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА 80 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМОЙ СЛУХОВОГО НЕРВА КООС 4 И ВЫРАЖЕННОЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ ликворшунтирующую операцию
- 2) удаление опухоли
- 3) ликворшунтирующую операцию в качестве первого этапа лечения, далее – удаление опухоли
- 4) радиохирургию

852. ТОЧКОЙ НАЛОЖЕНИЯ ФРЕЗЕВОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОСИГМОВИДНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Asterion
- 2) Pterion
- 3) Nasion
- 4) Protuberantia occipitalis

853. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 50 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМОЙ СЛУХОВОГО НЕРВА КООС 3, С ПРИЗНАКАМИ ПРОГРЕССИИ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ удаление опухоли
- 2) радиохирургию
- 3) наблюдение и контроль МРТ через 6, 12 месяцев (wait-and-scan)
- 4) контроль МРТ через 5 лет

854. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевая терапия
- 3) наблюдение
- 4) пульс-терапия глюкокортикоидами

855. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевая терапия
- 3) химиотерапия
- 4) комбинированный

856. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМАМ ОПУХОЛИ ОРБИТЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ экзофтальм, ограничение движений глаза
- 2) птоз
- 3) зрительные нарушения
- 4) хемоз

857. В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ ПРОХОДЯТ

- 1)+ 3, 4, 5, 6 черепные нервы
- 2) каудальная группа нервов
- 3) 7 и 8 нервы
- 4) 1 и 2 нервы

858. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ МЕТАПЛАСТИЧЕСКАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

859. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мосто-мозжечковый угол
- 2) свод черепа
- 3) хиазмально-селлярная область
- 4) передняя черепная ямка

860. ТРАНСОРАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ

- 1)+ ската
- 2) пирамиды височной кости
- 3) основной пазухи
- 4) 3 шейного позвонка

861. КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ТОЧКИ НА ЧЕРЕПЕ ЭТО

- 1)+ точки, используемые для обеспечения правильных антропометрических измерений
- 2) условные ориентиры для планирования стереотаксической лучевой терапии
- 3) патологические образования на черепе человека
- 4) точки, соответствующие проекции интракраниальных образований

862. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ПСАММОМАТОЗНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

863. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ МИКРОКИСТОЗНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

864. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМОЙ СЛУХОВОГО НЕРВА KOOS 2, С ПРИЗНАКАМИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ удаление опухоли
- 2) радиохирургию
- 3) наблюдение и контроль МРТ через 6, 12 месяцев (wait-and-scan)
- 4) контроль МРТ через 5 лет

865. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ МЕНИНГОТЕЛИОМАТОЗНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К_____КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

866. К ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ МУКОЦЕЛЕ МРТ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ гипоинтенсивный сигнал на T1 и гиперинтенсивный на T2в-изображениях
- 2) изоинтенсивный сигнал на T1 и T2
- 3) гипоперфузию (от средней до выраженной степени) в очаге контрастирования
- 4) снижение всех метаболитов (Cho, NAA) и появление липид-лактатных комплексов по данным протонной спектроскопии

867. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ НЕВРИНОМЕ СЛУХОВОГО НЕРВА KOOS 1 ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ наблюдении и контрольной МРТ через 6, 12 месяцев (wait-and-scan)
- 2) контрольной МРТ через 5 лет
- 3) удалении опухоли
- 4) радиохирургии

868. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ДОСТУПОМ ПРИ НЕВРИНОМАХ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субокципитальная ретросигмовидная краниотомия
- 2) срединная субокципитальная краниотомия
- 3) задне-боковой доступ (far-lateral)
- 4) транскондилярный доступ

869. ПРИ ПРОРАСТАНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И/ИЛИ НАДКОСТНИЦЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ экзентерация тканей орбиты
- 2) экономное иссечение пораженной части органа
- 3) биопсия
- 4) удаление опухоли в пределах неизменной ткани

870. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА НА СТОЛЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИИ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА, ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ «лежа» с поворотом головы
- 2) «сидя»
- 3) «concorde»
- 4) «полусидя»

871. ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ДОСТУПОМ ПРИ НЕВРИНОМАХ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транслабиринтный
- 2) срединная субокципитальная краниотомия
- 3) задне-боковой (far-lateral)
- 4) транскондилярный

872. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАСЧИТЫВАЕТСЯ_____ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ МЕНИНГИОМ

- 1)+ 15
- 2) 16
- 3) 12
- 4) 9

873. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ АНГИОМАТОЗНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К_____ КЛАССУ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

874. МУКОЦЕЛЕ - ЭТО

- 1)+ доброкачественное, экспансивное кистоподобное образование, заполненное слизью и выстланное респиаторным эпителием параназальных синусов
- 2) доброкачественная опухоль
- 3) злокачественная опухоль
- 4) врожденный порок развития

875. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ АТИПИЧЕСКАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____КЛАССУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

876. В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ МЕНИНГИОМ ВЫДЕЛЯЮТ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

877. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТНОСИТЕЛЬНО ПОВЕРХНОСТИ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ переднее
- 2) заднее
- 3) верхнее
- 4) нижнее

878. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К ____КЛАССУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

879. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ УДАЛЕНИЯ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА В ПОЛОЖЕНИИ «ПОЛУСИДЯ», ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие транс-эзофагеальной доплерографии
- 2) проведение ИВЛ в режиме гипервентиляции
- 3) постановка наружного вентрикулярного дренажа перед операцией
- 4) компрессионное бинтование нижних конечностей

880. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 35 ЛЕТ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ НЕВРИНОМОЙ СЛУХОВОГО НЕРВА КООС 4 ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ удаление опухоли
- 2) радиохирургию
- 3) наблюдение и контроль МРТ через 6, 12 месяцев (wait-and-scan)
- 4) контроль МРТ через 5 лет

881. ТРАНСПИРАМИДНЫЕ ДОСТУПЫ РАССМАТРИВАЮТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К

- 1)+ сигмовидному синусу
- 2) внутренней сонной артерии
- 3) полукружным каналам
- 4) намету мозжечка

882. ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ДОСТУПОМ ПРИ НЕВРИНОМАХ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транспирамидный
- 2) срединная субокципитальная краниотомия
- 3) задне-боковой (far-lateral)
- 4) транскондилярный

883. ГЛАЗНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ _____ СЕГМЕНТА СОННОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ офтальмического
- 2) каменистого
- 3) пещеристого
- 4) шейного

884. НАЛИЧИЕ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА, ВЫХОДЯЩЕЙ ИЗ ВНУТРЕННЕГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА В МОСТО-МОЗЖЕЧКОВУЮ ЦИСТЕРНУ, СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КООС

- 1)+ II
- 2) III
- 3) IV
- 4) I

885. НАПРАВЛЕНИЕ КРАНИОТОМИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОСИГМОВИДНОГО ДОСТУПА

- 1)+ от asterion медиально и базально
- 2) к asterion латерально и рострально
- 3) не имеет значения
- 4) зависит от опыта хирурга

886. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХОРДОИДНАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

887. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемангиома
- 2) остеома
- 3) дермоид
- 4) псевдотумор

888. ВЫСОКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ НЕ НАКАПЛИВАЮТ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ПО ДАННЫМ МРТ ГМ В _____ % СЛУЧАЕВ

- 1)+ 30
- 2) 15
- 3) 30
- 4) 50

889. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ АНАПЛАСТИЧЕСКАЯ МЕНИНГИОМА ОТНОСИТСЯ К _____ КЛАССУ

- 1)+ III
- 2) I
- 3) II
- 4) IV

890. ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ В АНАПЛАСТИЧЕСКИЕ АСТРОЦИТОМЫ ПРОИСХОДИТ (МЕДИАНА) ЧЕРЕЗ (В ГОДАХ)

- 1)+ 5
- 2) 2
- 3) 7
- 4) 10

891. ПИЛОИДНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ СОСТАВЛЯЮТ _____% ОТ ВСЕХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ 5,4
- 2) 20
- 3) 24
- 4) 36

892. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПОЛЮСА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

- 1)+ не приводит к возникновению неврологического дефицита
- 2) приводит к возникновению в послеоперационном периоде двигательных нарушений
- 3) приводит к возникновению в послеоперационном периоде речевых нарушений
- 4) приводит к возникновению в послеоперационном периоде обонятельных нарушений

893. АНАПЛАСТИЧЕСКИЕ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ СОСТАВЛЯЮТ _____ % СЛУЧАЕВ ОТ ВСЕХ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМ

- 1)+ 33
- 2) 10
- 3) 50
- 4) 70

894. ДЛЯ ДИФФУЗНОЙ ГЛИОМЫ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ медиана общей выживаемости два года
- 2) встречаемость преимущественно у пожилых пациентов
- 3) гистологическая картина олигодендроглиомного происхождения
- 4) отрицательная K27M мутация

895. ДЛЯ СУБЭПИДЕМАЛЬНОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ АСТРОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ возникновение преимущественно у больных с туберозным склерозом
- 2) возникновение преимущественно у больных с нейрофиброматозом 1
- 3) возникновение преимущественно у больных с нейрофиброматозом 2
- 4) частое ассоциирование с развитием плоскоклеточного рака легких

896. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ АСТРОЦИТОМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рост опухоли более чем на 4 мм в год
- 2) наличие мутации IDH1
- 3) возраст больного до 30 лет
- 4) отсутствие многоочагового поражения нескольких долей опухолью

897. МЕДИАНА ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С АНАПЛАСТИЧЕСКИМИ АСТРОЦИТОМАМИ РАВНА (В ГОДАХ)

- 1)+ 3,5
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 10

898. ОСТАТКИ НЕЙРОЦИТОМ ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ облучать
- 2) лечить с помощью химиотерапии
- 3) лечить с помощью криотерапии
- 4) лечить с помощью иммунотерапии

899. ПИЛОМИКСОИДНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ ЭТО

- 1)+ один из вариантов глиобластомы
- 2) вариант пилоидной астроцитомы
- 3) опухоль преимущественно локализованная в хиазмально-селлярной области
- 4) опухоль встречающаяся преимущественно у детей

900. АЛЬТЕРНАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНЫМ ПРИ ВЕНТРАЛЬНО-РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЕ С КОМПРЕССИЕЙ СТВОЛА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление из трансорального доступа
- 2) удаление из трансназального доступа
- 3) радиохирургия
- 4) удаление из срединного субокципитального доступа

901. ВОЗРАСТНОЙ ПИК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЛИГОДЕНДРОГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ РАВЕН (В ГОДАХ)

- 1)+ 35-45
- 2) 20-30
- 3) 55-65
- 4) 65-75

902. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КОРОТКОЙ ИЗВИЛИНЫ ОСТРОВКА

- 1)+ не приводит к возникновению неврологического дефицита
- 2) приводит к возникновению в послеоперационном периоде двигательных нарушений
- 3) приводит к возникновению в послеоперационном периоде речевых нарушений
- 4) приводит к возникновению в послеоперационном периоде обонятельных нарушений

903. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ АНОМАЛИЯ, ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ В ПИЛОИДНЫХ АСТРОЦИТОМАХ ЭТО _____ МУТАЦИЯ

- 1)+ BRAF
- 2) PTEN
- 3) IDH1
- 4) IDH2

904. БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ АСТРОЦИТОМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие мутации IDH1
- 2) отсутствие мутации IDH1
- 3) возраст больного до 50 лет
- 4) поражение нескольких долей опухолью

905. НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ НАКАПЛИВАЮТ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ПО ДАННЫМ МРТ ГМ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 20
- 2) 15
- 3) 30
- 4) 50

906. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 40 ЛЕТ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМОЙ 15X15X15 ММ, С УРОВНЕМ KPS 90 БАЛЛОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ наблюдение и контроль МРТ головного мозга с контрастным усилением через 3, 6 мес.
- 2) удаление опухоли
- 3) радиохимию
- 4) контроль МРТ через 2 года

907. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ УДАЛЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНО-РАСПОЛОЖЕННОЙ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ (ХОЛЕСТЕАТОМЫ) ЦИСТЕРН МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление из ретросигмовидного субокципитального доступа с использованием эндоскопической ассистенции
- 2) удаление из трансорального доступа
- 3) удаление из срединного субокципитального доступа
- 4) радиохимию

908. ХОЛОДНЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР ВО ВРЕМЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА «КРАНИОТОМИЯ В СОЗНАНИИ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ купирования эпилептических приступов
- 2) охлаждения крови пациента
- 3) охлаждения биполярного стимулятора
- 4) охлаждения монополярного стимулятора

909. ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕНТИКУЛОСТРИАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСТРОВКА ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ гемипареза
- 2) обонятельных галлюцинаций
- 3) зрительных галлюцинаций
- 4) гемианопсии

910. ДЛЯ ДИФФУЗНОЙ ГЛИОМЫ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ локализация в мосте мозга и таламусе
- 2) встречаемость преимущественно у пожилых пациентов
- 3) гистологическая картина олигодендроглиомного происхождения
- 4) отрицательная K27M мутация

911. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ В ПОПУЛЯЦИИ РАВНА _____ СЛУЧАЕВ НА 100 000

- 1)+ 0,11
- 2) 1,45
- 3) 5,45
- 4) 3,45

912. К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ, ВОВЛЕКАЮЩЕЙ В СТРОМУ ОБЕ ПОЗВОНОЧНЫЕ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ парциальное удаление, декомпрессию краниовертебрального перехода и радиохирургию
- 2) удаление из срединного субокципитального доступа
- 3) удаление из трансорального доступа
- 4) удаление из задне-бокового (far-lateral) доступа

913. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ МРТ-КАРТИНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ (ХОЛЕСТЕАТОМЫ) МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ длительное восстановление обычной формы мозговых структур
- 2) быстрое восстановление обычной формы мозговых структур
- 3) контрастное усиление ложа опухоли
- 4) наличие псевдоменингоцеле

914. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЮ К ВЫПОЛНЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПО МЕТОДУ «КРАНИОТОМИЯ В СОЗНАНИИ» ОТНОСЯТ

- 1)+ речевые нарушения в дооперационном периоде
- 2) сахарный диабет 1 типа
- 3) сахарный диабет 2 типа
- 4) перелом челюсти в анамнезе больного

915. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА С ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНО-РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задне-боковой доступ (far-lateral)
- 2) ретросигмовидный субокципитальный
- 3) срединный субокципитальный
- 4) транспирамидный

916. ОСНОВНЫМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К НЕЙРОЦИТОМАМ ПЕРЕДНЕГО РОГА И ТЕЛА БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транскаллезный передний
- 2) супрацеребеллярный
- 3) подвисочный
- 4) птериональный

917. НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЭПИПРИСТУПАМИ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 70
- 2) 50
- 3) 30
- 4) 20

918. К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ УДАЛЕНИЯ СФЕНО-ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ, ПОРАЖАЮЩЕЙ ОСНОВАНИЕ СРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ удаление опухоли в зависимости от клинических проявлений и выраженности компрессии ствола головного мозга
- 2) удаление опухоли из задней черепной ямки в качестве первого этапа лечения, далее – из средней черепной ямки
- 3) удаление опухоли из средней черепной ямки в качестве первого этапа лечения, далее – из задней черепной ямки
- 4) парциальное удаление и радиохирургию

919. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЬЮ НЕЙРОЦИТОМА ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ РАВНА В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 90
- 2) 70
- 3) 60
- 4) 50

920. ВАЖНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ (ХОЛЕСТЕАТОМЫ) МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

- 1)+ назначения стероидных гормонов в послеоперационном периоде на длительный срок
- 2) введения антигистаминных препаратов в раннем п/о периоде
- 3) направления пациента на радиохирургическое лечение
- 4) проведения консультации онколога

921. ДЛЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОСТРОВКОВОЙ ДОЛИ ГЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ неприятные ощущения в гортани и парестезии
- 2) подергивания в противоположной руке
- 3) нарушения речи
- 4) звуковые галлюцинации

922. НЕЙРОЦИТОМЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

- 1)+ боковых желудочках
- 2) четвертом желудочке
- 3) лобной доле
- 4) височной доле

923. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ГЛИОМОЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пилоидная астроцитома
- 2) диффузная астроцитома
- 3) анапластическая астроцитома
- 4) глиобластома

924. ДЛЯ ОЛИГОДЕНДРОГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ отсутствие IDH1 мутации и 1p19q коделеции
- 2) наличие IDH1 мутации
- 3) наличие 1p19q коделеции
- 4) наличие PTEN мутации

925. ДЛЯ ПЛЕОМОРФНОЙ КСАНТОАСТРОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНА ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 90
- 2) 70
- 3) 60
- 4) 50

926. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА С НАИМЕНЬШЕЙ ВОЗМОЖНОЙ МОРБИДНОСТЬЮ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МЕНИНГИОМЫ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) транспирамидный
- 4) задне-боковой доступ (far-lateral)

927. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА С НАИМЕНЬШЕЙ ВОЗМОЖНОЙ МОРБИДНОСТЬЮ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) транспирамидный
- 4) задне-боковой доступ (far-lateral)

928. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрохирургическое удаление
- 2) химиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) иммунотерапия

929. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУП ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ (ХОЛЕСТЕАТОМЫ) БОКОВОЙ ЦИСТЕРНЫ МОСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) транспирамидный
- 4) задне-боковой (far-lateral)

930. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ ПРИ УДАЛЕНИИ НЕЙРОЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ РИСК

- 1)+ значительной кровопотери
- 2) интраоперационных эпилептических приступов
- 3) послеоперационных эпилептических приступов
- 4) метастазирования по желудочковой системе после микрохирургического удаления

931. ПРАВИЛЬНОЙ ФОРМУЛОЙ СООТВЕТСТВИЯ СИЛЫ ТОКА И РАССТОЯНИЯ ДО КОРТИКОСПИНАЛЬНО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 1 миллиампер- 1 миллиметр
- 2) 1 миллиампер- 2 миллиметра
- 3) 1 миллиампер- 3 миллиметра
- 4) 1 миллиампер- 4 миллиметра

932. ПРИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МОТОРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ ПРИ СНИЖЕНИИ АМПЛИТУДЫ ОТВЕТОВ НА ____%

- 1)+ 50
- 2) 30
- 3) 40
- 4) 60

933. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТОЙ (ХОЛЕСТЕАТОМОЙ) ЦИСТЕРН МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление кисты с возможным оставлением капсулы на поверхности ствола мозга
- 2) тотальное удаление кисты
- 3) парциальное удаление кисты
- 4) радиохirurgия

934. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕНИНГИОМОЙ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление опухоли с планируемой одномоментной васкулярной декомпрессией
- 2) удаление опухоли
- 3) радиохirurgия
- 4) васкулярная декомпрессия корешка тройничного нерва на стороне поражения

935. СУПРАТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДИФфузных АСТРОЦИТОМ

- 1)+ увеличивает общую выживаемость больных
- 2) увеличивает безрецидивную выживаемость
- 3) уменьшает общую выживаемость больных
- 4) уменьшает безрецидивную выживаемость

936. НЕЙРОЦИТОМЫ ЭТО ОПУХОЛИ

- 1)+ доброкачественные богато кровоснабжаемые
- 2) злокачественные
- 3) встречающиеся преимущественно у детей
- 4) поражающие преимущественно лобную долю

937. СИЛА ТОКА, НА КОТОРОЙ ОБЫЧНО РЕГИСТРИРУЕТСЯ ОТВЕТ С МЫШЦ РУКИ ПРИ СТИМУЛИРОВАНИИ КОРКОВОЙ ЗОНЫ РУКИ МОНОПОЛЯРНЫМ ЭЛЕКТРОДОМ РАВНА _____ МИЛИАМПЕР

- 1)+ 7-12
- 2) 15-20
- 3) 30-40
- 4) 50-60

938. ОПУХОЛИ ПОДКОРКОВЫХ УЗЛОВ НЕ ВЫЗЫВАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ У БОЛЬНОГО

- 1)+ гемианестезии
- 2) элементов синдрома Дежерина – Руси
- 3) ранней внутричерепной гипертензии
- 4) хорейформных пароксизмов

939. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА (ПЕРВОЙ ЛИНИИ) ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО СУДОРОЖНОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реланиум
- 2) аминазин
- 3) фенobarбитал
- 4) перфолган

940. МЕДИАЛЬНЫЕ ЛЕНТИКУЛОСТРИАРНЫЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ

- 1)+ головку хвостатого ядра
- 2) островковую долю
- 3) височную долю
- 4) ограду

941. ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ЛЕНТИКУЛОСТРИАРНЫЕ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ

- 1)+ внутреннюю капсулу
- 2) островковую долю
- 3) височную долю
- 4) ограду

942. ОПУХОЛИ СТВОЛА МОЗГА

- 1)+ встречаются в молодом возрасте
- 2) встречаются в зрелом возрасте
- 3) встречаются в старческом возрасте
- 4) не встречаются

943. ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ, ЛОКАЛИЗОВАННЫХ В ФУНКЦИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ ЗОНАХ ВОЗМОЖНЫ БЛАГОДАРЯ

- 1)+ нейропластичности
- 2) нейротоксичности
- 3) нейроинвазии
- 4) использованию химиотерапии в послеоперационном периоде

944. У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ СТВОЛА МОЗГА К НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение функции черепных нервов
- 2) тошноту и рвоту
- 3) гидроцефалию
- 4) головную боль

945. ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ КОЛЛОЙДНЫХ КИСТ НЕОБХОДИМО ПРОЯВЛЯТЬ ОСТОРОЖНОСТЬ И НЕ ПОВРЕДИТЬ

- 1)+ форникс мозга
- 2) базальную вену
- 3) заднюю ворсинчатую артерию
- 4) переднюю ворсинчатую артерию

946. НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ НЕЙРОЦИТОМАХ ОБУСЛОВЛЕНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО

- 1)+ локализацией опухоли
- 2) гистобиологическими особенностями опухоли
- 3) распространенностью опухоли
- 4) инфильтративным характером роста

947. ВИДОМ ПАРАМНЕЗИИ, ЗАКЛЮЧАЮЩИМСЯ В СМЕЩЕНИИ В ПАМЯТИ ВРЕМЕНИ СОБЫТИЙ, ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ИМЕВШИХ МЕСТО В ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ псевдореминисценция
- 2) конфабуляция
- 3) дежавю
- 4) криптомнезия

948. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОПУХОЛЯХ НИЖНЕЙ ТЕМЕННОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ параксизмально возникающим астереогнозом
- 2) клоническими судорогами в ноге
- 3) зрительной аурой
- 4) слуховой аурой

949. ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ КОЛЛОЙДНЫХ КИСТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрохирургическое удаление
- 2) химиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) иммунотерапия

950. ТРАНСКОРТИКАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ОПУХОЛЯМ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ акустико-мнестической афазии
- 2) мозжечковой атаксии
- 3) полной гомонимной гемианопсии
- 4) верхнеквандрантной гомонимной гемианопсии

951. ПРИ ОБТУРАЦИИ КИСТОЙ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОДОПРОВОДА МОЗГА И ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ микрохирургическое удаление кисты
- 2) микрохирургическое удаление кисты с последующим облучением головного мозга
- 3) динамическое наблюдение, с последующим повтором МРТ-исследования головного мозга через год, либо при ухудшении состояния
- 4) микрохирургическое удаление кисты с последующей химиотерапией

952. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КОЛЛОИДНЫХ КИСТ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ_____ ДОСТУПОМ

- 1)+ транскаллезным
- 2) подвисочным
- 3) ретросигмовидным
- 4) супрацереллярным

953. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ АМИГДАЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ СИНДРОМ

- 1)+ Клювера-Бьюси
- 2) Парино
- 3) Аргайлла Робертсона
- 4) Горнера

954. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «КРАНИОТОМИЯ В СОЗНАНИИ» ПОЗВОЛЯЕТ СОХРАНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗОНЫ

- 1)+ коры мозга и ассоциативных проводящих путей
- 2) белого вещества головного мозга
- 3) серого вещества головного мозга
- 4) структур задней черепной ямки

955. СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ непониманием речи
- 2) невозможностью артикуляции
- 3) наличием словесных эмболов
- 4) приступами торможения речи

956. ПРИ ОПУХОЛЯХ СТВОЛА МОЗГА ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1)+ редко
- 2) со стороны сердечно-сосудистой системы
- 3) со стороны дыхательной системы
- 4) со стороны выделительной системы

957. ТРАНССИЛЬВИЕВЫЙ ТРАНСИНСУЛЯРНЫЙ ДОСТУП К ОПУХОЛЯМ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ верхнеквандрантной гомонимной гемианопсии
- 2) акустико-мнестической афазии
- 3) мозжечковой атаксии
- 4) полной гомонимной гемианопсии

958. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭПИПРИСТУПОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1)+ поражения опухоли коры головного мозга
- 2) поражения опухоли ассоциативных проводящих путей
- 3) инвазии опухоли проекционных проводящих путей
- 4) поражения опухоли базальных ганглиев

959. АЛЕКСИЯ И АКАЛЬКУЛИЯ – ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ нижней теменной доли
- 2) передней центральной извилины
- 3) верхней теменной доли
- 4) задней центральной извилины

960. ИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКОЙ, ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ДЛЪ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОМИНАНТНОСТИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЪЕТСЯ

- 1)+ тест Вада
- 2) электрокортикография
- 3) тест Векслера
- 4) дихотомическое прослушивание

961. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ ОТ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НА ПРОТЪЖЕНИИ 15 ЛЕТ, С ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ МРТ-ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КИСТЫ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЪЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение, с последующим повтором МРТ-исследования головного мозга через год, либо при ухудшении состояния микрохирургическое удаление
- 2) микрохирургическое удаление кисты с последующим облучением головного мозга
- 3) микрохирургическое удаление кисты с последующей химиотерапией
- 4) микрохирургическое удаление кисты

962. КОРОТКИЙ АНАМНЕЗ ЭПИПРИСТУПОВ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ ЯВЛЪЕТСЯ ПРЕДИКТОРОМ

- 1)+ хорошего контроля эпилепсии в послеоперационном периоде
- 2) плохого контроля эпилепсии в послеоперационном периоде
- 3) необходимости увеличения дозы антиэпилептических препаратов
- 4) необходимости уменьшения дозы антиэпилептических препаратов

963. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМ ЯВЛЪЕТСЯ

- 1)+ сохранение ассоциативных путей во время оперативного вмешательства
- 2) сохранение корковых функциональных центров
- 3) использование в послеоперационном лечении химиотерапии
- 4) использование в послеоперационном периоде лучевой терапии

964. ИСПОЛЪЗОВАНИЕ МЕТОДА «КРАНИОТОМИИ В СОЗНАНИИ» ПРИ УДАЛЕНИИ ДИФФУЗНЫХ ГЛИОМ СОГЛАСНО ДАННЫМ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

- 1)+ позволяет увеличить степень резекции
- 2) не влияет на степень резекции глиом
- 3) уменьшается степень резекции
- 4) не рекомендуется использовать при удалении глиальных опухолей

965. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ГЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПРЕМОТОРНОЙ КОРЫ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ С ИСПОЛЪЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ

- 1)+ «краниотомии в сознании»
- 2) интраоперационного МРТ
- 3) интраоперационного КТ
- 4) интраоперационной рентгеновской установки

966. ЧЕМ БОЛЬШЕ СТЕПЕНЬ РЕЗЕКЦИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ, ТЕМ

- 1)+ ниже вероятность возникновения эпилепсии в послеоперационном периоде
- 2) больше вероятность возникновения эпилепсии в послеоперационном периоде
- 3) больше вероятность гематомы в ложе удаленной опухоли
- 4) короче продолжительность жизни пациентов

967. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЛОБНО-БАЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ расторможенностью
- 2) эйфорией
- 3) благодушием
- 4) акинетическим мутизмом

968. НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диффузная астроцитома
- 2) глиобластома
- 3) анапластическая астроцитома
- 4) нейроцитомы

969. КОЛЛОИДНЫЕ КИСТЫ ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

- 1)+ третьем желудочке
- 2) височном роге бокового желудочка
- 3) затылочном роге бокового желудочка
- 4) четвертом желудочке

970. ЭПИПРИСТУПЫ ПРИ НИЗКОЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ приводят к возникновению когнитивного дефицита у пациентов
- 2) встречаются редко
- 3) не приводят к возникновению когнитивного дефицита у больных
- 4) не имеют тенденции к увеличению частоты и тяжести с течением времени

971. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ЛОБНОЙ ДОЛИ ОТ ОПУХОЛИ ЗАДНЕЧЕРЕПНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ наличие гемипареза
- 2) повышение тонуса в парализованных конечностях
- 3) снижение тонуса в парализованных конечностях
- 4) наличие атаксии

972. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ИЗ ПОРОГА ОСТРОВКОВОЙ ДОЛИ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАЩАТЬ В СЛУЧАЕ ВИЗУАЛИЗАЦИИ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ самой латеральной лентикюлостриарной
- 2) передней ворсинчатой
- 3) задней соединительной
- 4) внутренней сонной

973. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ И ДОСТАТОЧНЫМ УСЛОВИЕМ ДИАГНОЗА СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ одного эпилептического приступа
- 2) двух эпилептических приступов
- 3) трех эпилептических приступов
- 4) более трех эпилептических приступов

974. КТ-ДИАГНОСТИКА НЕЙРОЦИТОМ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1)+ гетерогенную плотность
- 2) хорошо отграниченную опухоль
- 3) расположение опухоли в области боковых желудочков
- 4) чаще срединную локализацию опухоли

975. ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОПУХОЛИ НА ПЕРЕДНЕЕ ПРОДЫРЯВЛЕННОЕ ВЕЩЕСТВО НЕОБХОДИМО ПРЕДОПЕРАЦИОННО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ МРТ в режиме 3-D TOF
- 2) МРТ-трактографию
- 3) МРТ-спектроскопию
- 4) МРТ в режиме ASL

976. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ НАВИГАЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ увеличивает степень резекции
- 2) уменьшает степень резекции
- 3) не влияет на степень резекции
- 4) уменьшает общую выживаемость больных

977. ЗАДНИЙ МЕЖПОЛУШАРНЫЙ ДОСТУП К ОПУХОЛЯМ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1)+ полной гомонимной гемианопсии
- 2) акустико-мнестической афазии
- 3) мозжечковой атаксии
- 4) верхнеквadrантной гомонимной гемианопсии

978. В ЛИМБИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ НЕ ВХОДИТ

- 1)+ таламический пучок
- 2) поясная извилина
- 3) свод
- 4) диагональная полоска Брока

979. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЫ ЦНС ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшение очагов контрастирования на МРТ на фоне приема дексаметазона
- 2) медленное нарастание неврологической симптоматики
- 3) высокий риск экстракраниального метастазирования
- 4) значительное повышение уровня лейкоцитов крови

980. ДЛЯ ХОРИОНКАРЦИНОМЫ ХАРАКТЕРНО _____ В КРОВИ

- 1)+ повышение уровня альфафетопротеина и хорионического гонадотропина
- 2) снижение уровня альфафетопротеина и хорионического гонадотропина
- 3) повышение уровня инсулина
- 4) повышение уровня простогландина

981. ПЕРЕДНЯЯ ВОРСИНЧАТАЯ АРТЕРИЯ НЕ КРОВΟΣНАБЖАЕТ

- 1)+ бледный шар
- 2) миндалина
- 3) гиппокамп
- 4) внутреннюю капсулу

982. ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ рвотами на высоте головных болей
- 2) утренними головными болями
- 3) изолированными рвотами
- 4) головными болями в конце дня

983. ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ ПРИ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТОМАХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ НАХОДИТЬСЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЗОНЫ ИЗМЕНЕННОГО СИГНАЛА МРТ В РЕЖИМЕ FLAIR НА РАССТОЯНИИ ДО ____СМ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

984. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ оглушением
- 2) делириозным синдромом
- 3) обморочным состоянием
- 4) корсаковским синдромом

985. ДЛЯ ГЕРМИНОМЫ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ _____ В КРОВИ

- 1)+ альфафетопротеина
- 2) инсулина
- 3) простогландина
- 4) хорионического гонадотропина

986. СУПРАМАКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДИФфуЗНЫХ АСТРОЦИТОМ ПРЕДПОЛАГАЕТ РЕЗЕКЦИЮ

- 1)+ опухолевой ткани плюс 1-2 см окружающего его мозгового вещества
- 2) опухолевой ткани в пределах измененного сигнала в режиме FLAIR
- 3) опухолевой ткани в пределах измененного сигнала в режиме T2
- 4) только центральной части опухоли

987. ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГЛИОБЛАСТОМАХ ЛОБНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ быстрым нарастанием с оглушением больного
- 2) прогрессивностью нарастания
- 3) частыми эпилептическими припадками
- 4) обонятельными галлюцинациями

988. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эпилепсиями
- 2) головной болью
- 3) тошнотой/рвотой
- 4) головокружением

989. В СЛУЧАЕ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ДИФфуЗНОЙ ГЛИОМЫ GRADE II IDH-MUTANT РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ динамическое наблюдение пациента
- 2) лучевую терапию
- 3) химиотерапию
- 4) химиолучевую терапию

990. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИФфуЗНОЙ АСТРОЦИТОМЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диффузно распространенное объемное образование белого вещества, не накапливающее контраст, гомогенно гиперинтенсивное на T2
- 2) супратенториальное объемное образование, располагающееся в структуре коры с частым контрастированием прилежащей твердой мозговой оболочки по типу хвоста у молодых взрослых с длительным анамнезом судорожного синдрома
- 3) частично кальцифицированное объемное образование, распространяющееся на кору и субкортикальное белое вещество
- 4) толстое неравномерное контрастирование новообразования вокруг некротического ядра с перифокальной инфильтрацией и вазогенным отеком

991. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частично кальцифицированное объемное образование, распространяющееся на кору и субкортикальное белое вещество супратенториальным объемным образованием, располагающимся в структуре коры с частым контрастированием прилежащей твердой мозговой оболочки по типу хвоста у молодых взрослых с длительным анамнезом судорожного синдрома
- 2) диффузно распространенным объемным образованием белого вещества, не накапливающее контраст, гомогенно гиперинтенсивное на T2
- 3) толстым неравномерным контрастированием новообразования вокруг некротического ядра с перифокальной инфильтрацией и вазогенным отеком

992. К МЕТОДУ ВЫБОРА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЛИМФОМАХ ЦНС ОТНОСЯТ

- 1)+ стереотаксическую биопсию +химиотерапию
- 2) максимально возможное удаление опухоли с последующей химиолучевой терапией
- 3) гормональную терапию
- 4) стереотаксическая биопсию +лучевую терапию

993. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К ХИМИОТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ олигодендроглиомы
- 2) глиобластомы
- 3) эпендимомы
- 4) лимфомы

994. СУБЭПЕНДИМАЛЬНАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ АСТРОЦИТОМА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ туберозного склероза
- 2) нейрофиброматоза 1 типа
- 3) нейрофиброматоза 2 типа
- 4) болезни Гиппеля-Линдау

995. СУПРАЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫЙ ДОСТУП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

- 1)+ кзади от пластинки четверохолмия
- 2) в 3 желудочке
- 3) в боковом желудочке
- 4) в островковой доле

996. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВОЛОКОН КОРТИКОСПИНАЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая электрическая субкортикальная стимуляция
- 2) интраоперационная оптическая когерентная томография
- 3) терагерцовая спектроскопия
- 4) интраоперационная МР-трактография

997. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС ОТ 2016 Г. К СМЕШАННЫМ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ганглиоглиома
- 2) нейроцитомы
- 3) невринома
- 4) хемодектомы

998. ПОТЕРЯННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ эпендимомы
- 2) глиобластомы
- 3) анапластической астроцитомы
- 4) ганглиоглиомы

999. ПРИ ГЛИОМАХ GRADE III-IV–ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЖДЫЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 2-3
- 2) 3-6
- 3) 6-9
- 4) 9-12

1000. IDH-МУТАНТНЫЙ ТИП АСТРОЦИТОМЫ

- 1)+ сочетается с более благоприятным прогнозом
- 2) сочетается с более неблагоприятным прогнозом
- 3) не влияет на прогноз заболевания
- 4) не определяется при астроцитомах

1001. ГАНГЛИОГЛИОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ медленным темпом роста
- 2) дебютом заболевания в пожилом возрасте
- 3) грубой очаговой симптоматикой
- 4) преимущественно внутрижелудочковой локализацией

1002. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГЛИОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ интенсивное неравномерное контрастирование новообразования вокруг некротического ядра с перифокальной инфильтрацией и вазогенным отеком
- 2) частично кальцифицированное объемное образование, распространяющееся на кору и субкортикальное белое вещество
- 3) супратенториальное объемное образование, располагающееся в структуре коры с частым контрастированием прилежащей твердой мозговой оболочки по типу хвоста у молодых взрослых с длительным анамнезом судорожного синдрома
- 4) диффузно распространенное объемное образование белого вещества, не накапливающее контраст, гомогенно гиперинтенсивное на T2

1003. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГЛИОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ инфильтративным характером роста с сохранением функции вовлеченных структур мозгового вещества
- 2) четкими границами с мозговой тканью
- 3) инфильтративным характером роста с разрушением структур мозгового вещества
- 4) многоочаговым характером роста

1004. НАЛИЧИЕ КО-ДЕЛЕЦИИ 1p/19q ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ олигодендроглиом
- 2) глиобластом
- 3) анапластических астроцитом
- 4) диффузных астроцитом

1005. ОПРЕДЕЛИТЬ ХАРАКТЕР ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ОПУХОЛИ И ПРОВОДЯЩИМИ ПУТЯМИ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИМОЗГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ ВОЗМОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ МР-трактографии
- 2) МРТ с в/в контрастированием
- 3) МРТ
- 4) навигационной транскраниальной магнитной стимуляции

1006. САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глиобластома
- 2) олигодендроглиома
- 3) субэпендимома
- 4) пилоидная астроцитома

1007. ДИФФУЗНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ ОСТРОВКА ИМЕЮТ СВОЙСТВО РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ

- 1)+ вдоль лимбической и паралимбической системы
- 2) на область базальных ганглиев
- 3) в височную долю
- 4) в лобную долю

1008. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастным усилением
- 2) позитронно-эмиссионная томография головного мозга с глюкозой
- 3) компьютерная томография головного мозга
- 4) однофотонная эмиссионная компьютерная томография

1009. ПРИ ГЛИОМАХ GRADE I-II ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЖДЫЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3-6
- 2) 1-2
- 3) 6-12
- 4) 2-3

1010. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ малигнизация
- 2) общемозговая симптоматика
- 3) неоднородное накопление контрастного препарата по данным МРТ
- 4) системное распространение

1011. К ГРУППЕ НЕЙРОНАЛЬНЫХ И СМЕШАННЫХ ГЛИОНЕЙРОНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ ганглиogliому
- 2) астроцитому
- 3) менингиому
- 4) нейробластому

1012. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ УДАЛЕНИИ ГЛИОМ ОСТРОВКОВОЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ лентикулостриарных артерий
- 2) двигательных проводящих путей внутренней капсулы
- 3) М2/М3 сегмента средней мозговой артерии
- 4) вен островка

1013. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПЛЕОМОРФНОЙ КСАНТОАСТРОЦИТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ супратенториальное объемное образование, располагающееся в структуре коры с частым контрастированием прилежащей твердой мозговой оболочки по типу хвоста у молодых взрослых с длительным анамнезом судорожного синдрома
- 2) частично кальцифицированное объемное образование, распространяющееся на кору и субкортикальное белое вещество
- 3) диффузно распространенное объемное образование белого вещества, не накапливающее контраст, гомогенно гиперинтенсивное на T2
- 4) толстое неравномерное контрастирование новообразования вокруг некротического ядра с перифокальной инфильтрацией и вазогенным отеком

1014. ПРИ ГЛИОМАХ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ В СВЯЗИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ

- 1)+ подвергается кора головного мозга
- 2) подвергаются длинные проводящие пути
- 3) подвергаются короткие ассоциативные пути
- 4) подвергаются длинные ассоциативные волокна

1015. ПЛЕОМОРФНАЯ КСАНТОАСТРОЦИТОМА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ Grade II
- 2) Grade III
- 3) Grade IV
- 4) Grade I

1016. IDH-ДИКИЙ ТИП АСТРОЦИТОМЫ

- 1)+ сочетается с более неблагоприятным прогнозом
- 2) сочетается с более благоприятным прогнозом
- 3) не влияет на прогноз заболевания
- 4) не определяется при астроцитомах

1017. С ЦЕЛЬЮ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ ГЛИОМАМИ РЕКОМЕНДОВАНО РЕГУЛЯРНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ МРТ головного мозга (в трех проекциях в стандартных режимах – T1, T2, FLAIR, T1 + контраст)
- 2) ПЭТ-КТ головного мозга
- 3) КТ головного мозга
- 4) ЭЭГ головного мозга

1018. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МРТ С В/В КОНТРАСТИРОВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ глиобластомой
- 2) метастазами
- 3) лимфомой
- 4) эхинококком

1019. У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОМАМИ, РАСПОЛОЖЕННЫМИ В БЛИЗИ КОРТИКОСПИНАЛЬНОГО ТРАКТА, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ В ВИДЕ

- 1)+ моторного дефицита
- 2) когнитивного дефицита
- 3) моторной афазии
- 4) гемианопсии

1020. НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ _____ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ

- 1)+ ATRX
- 2) MGMT
- 3) IDH-1
- 4) ко-делеция 1p/19q

1021. ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ОТНОСЯТСЯ К

- 1)+ диффузным глиомам
- 2) отграниченным глиомам
- 3) смешанным нейроглиальным опухолям
- 4) эпендимальным опухолям

1022. НАИХУДШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРИ _____ СОЧЕТАНИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ

- 1)+ TERT (положительная)/ IDH1 (отрицательная)
- 2) TERT (положительная)/IDH1 (положительная)
- 3) TERT (отрицательная)/IDH1 (положительная)
- 4) TERT (отрицательная)/IDH1 (отрицательная)

1023. НА ПРОГНОЗ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЕТ

- 1)+ генетический тип опухоли на основании мутации IDH1
- 2) возраст пациента
- 3) доминантность полушария, вовлеченного в опухоль
- 4) степень злокачественности (grade)

1024. ПИЛОИДНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ

- 1)+ чаще встречаются у взрослых
- 2) чаще встречается у детей
- 3) не имеют возрастной разницы
- 4) не встречаются у взрослых

1025. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ астроцитома
- 2) менингиома
- 3) олигодендроглиома
- 4) ганглиоглиома

1026. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ симптоматическую эпилепсию
- 2) очаговую симптоматику
- 3) общемозговую симптоматику
- 4) альтернирующие синдромы

1027. В СЛУЧАЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФфуЗНЫМИ ГЛИОМАМИ И СУДОРОЖНЫМ АНАМНЕЗОМ РЕКОМЕНДУЕМЫМ АНТИКОНВУЛЬСАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ леветирацетам
- 2) карбамазепин
- 3) дифенин
- 4) фенobarбитал

1028. НЕПОЛНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГЛИОБЛАСТОМЫ СОЧЕТАЕТСЯ С БОЛЕЕ

- 1)+ высоким риском послеоперационного кровотечения
- 2) низким риском послеоперационного кровотечения
- 3) благоприятным прогнозом
- 4) низким риском развития рецидива

1029. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХОРИОНКАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ комбинированное химио-лучевое лечение
- 2) микрохирургическое удаление
- 3) иммунотерапия
- 4) радиотерапия

1030. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ДИФфуЗНЫХ ГЛИОМАХ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление максимального объема опухоли без риска нарастания неврологического дефицита и с сохранением дооперационного уровня качества жизни с последующей химиолучевой терапией
- 2) стереотаксическая биопсия опухоли с последующей химиолучевой терапией
- 3) лучевая терапия
- 4) химиотерапия

1031. ОБЫЧНАЯ ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ СОСТАВЛЯЕТ___ГР

- 1)+ 50-60
- 2) 10-15
- 3) 20-30
- 4) 100-120

1032. ДИФФУЗНЫЕ ГЛИОМЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ИМЕЮТ ТЕНДЕНЦИЮ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ

- 1)+ вдоль проводящих ассоциативных путей
- 2) вдоль сосудов
- 3) по коре головного мозга
- 4) по ликворным путям

1033. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ максимально возможная резекция опухоли
- 2) динамическое наблюдение
- 3) лучевая терапия
- 4) химиотерапия

1034. НАЛИЧИЕ АББРЕВИАТУРЫ NOS В ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ У ПАЦИЕНТА С ГЛИОМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1)+ означает, что генетический анализ материала проведен не был
- 2) характеризует высокую пролиферативную активность
- 3) означает отсутствие генетических мутаций в исследуемом материале
- 4) характеризует низкую пролиферативную активность

1035. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ПО ДАННЫМ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА С КОНТРАСТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ в течение 2-3 дней после операции или через 1 месяц после операции
- 2) в течение 2 недель после операции
- 3) в течении 1 месяца после операции
- 4) через 3 месяца после операции

1036. «ПРИЗРАЧНОЙ ОПУХОЛЬЮ» НАЗЫВАЮТ

- 1)+ первичную лимфому ЦНС
- 2) глиобластому
- 3) диффузную глиому низкой степени злокачественности
- 4) эпидермоидную кисту

1037. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС ОТ 2016 Г. К СМЕШАННЫМ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дизэмбриопластическая нейроэпителиальная опухоль
- 2) олигодендроглиома
- 3) нейроцитомы
- 4) хемодектомы

1038. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ДЛЯ ГАНГЛИОГЛИОМЫ В ОБЛАСТИ КРЮЧКА И АМИГДАЛЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ фокальные/генерализованные судорожные приступы с аурой в виде чувства страха
- 2) фокальные эпилептические приступы в виде фотопсий
- 3) общемозговая симптоматика в виде головных болей, чувство тошноты и рвоты
- 4) фокальные приступы в виде клонических подергиваний в руке с развитием паралича Тода

1039. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ОПУХОЛИ НА ЧЕТВЕРОХОЛМНОЙ ПЛАСТИНКЕ И ПРИДАВЛИВАНИИ ЕЁ К СРЕДНЕМУ МОЗГУ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфратенториальный супрацеребеллярный
- 2) затылочный транстенториальный доступ
- 3) субхороидальный доступ
- 4) доступ через четвёртый желудочек

1040. ДЛЯ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ИНСУЛЯРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ фокальные эпилептические приступы с вегетативными проявлениями в сочетании с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями
- 2) фокальные эпилептические приступы в виде фотопсий
- 3) общемозговая симптоматика в виде головных болей, чувство тошноты и рвоты
- 4) амбулаторные автоматизмы

1041. К ЕДИНСТВЕННОМУ МЕТОДУ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗРЕЛЫХ ТЕРАТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) стереотаксическую биопсию и лучевую терапию
- 3) стереотаксическую биопсию и химиотерапию
- 4) лучевую терапию в сочетании с химиотерапией

1042. К НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПАРЕНХИМЫ ШИШКОВИДНОГО ТЕЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ хирургическое удаление и лучевую терапию
- 2) лучевую терапию
- 3) стереотаксическую биопсию и химиотерапию
- 4) хирургическое удаление и химиотерапию

1043. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с к/у
- 2) КТ с к/у
- 3) рентгенография черепа
- 4) ПЭТ-КТ

1044. ОСНОВНЫМ ВЕНОЗНЫМ СОСУДОМ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вена Галена
- 2) внутренняя вена
- 3) базальная вена
- 4) вена зрительного бугра

1045. ОПУХОЛИ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЮТ ____ % ОТ ВСЕХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

- 1)+ 3-8
- 2) 1-3
- 3) 9-10
- 4) 11-22

1046. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ОПУХОЛИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ЗАДНИХ ОТДЕЛАХ ТРЕТЬЕГО ЖЕЛУДОЧКА С ПРОРАСТАНИЕМ В ОБЛАСТЬ СИЛЬВИЕВОГО ВОДОПРОВОДА И ДИСЛОКАЦИЕЙ ВЕРХНИХ БУГОРКОВ ЧЕТВЕРОХОЛМИЯ В ДОРЗАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ затылочный транстенториальный доступ
- 2) субхороидальный доступ
- 3) доступ через четвертый желудочек
- 4) инфратенториальный супрацеребеллярный

1047. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ В ОБЛАСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗОН ГОЛОВНОГО МОЗГА К НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ МРТ и МР-трактографию головного мозга
- 2) ПЭТ-КТ головного мозга с глюкозой
- 3) МР-спектроскопию
- 4) энцефалоскопию

1048. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ГАНГЛИОГЛИОМЫ ЗАТЫЛОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ фокальные судорожные приступы в виде вспышек света и зрительных галлюцинаций
- 2) головные боли
- 3) триаду Хакима-Адамса
- 4) синдром Горнера

1049. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ УЗКИХ ЛИКВОРНЫХ ПРОСТРАНСТВ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфратенториальный супрацеребеллярный
- 2) затылочный транстенториальный
- 3) субхороидальный
- 4) доступ через четвёртый желудочек

1050. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНЫМ ОНКОМАРКЕРОМ ДЛЯ ГЕРМИНАТИВНОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ альфа-фетопротеин
- 2) раково-эмбриональный антиген
- 3) антиген СА-125
- 4) антиген СА 19-9

1051. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРМИНОМ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лучевая терапия в сочетании с шунтирующими операциями
- 2) хирургическое лечение в сочетании с химиотерапией
- 3) химиотерапия
- 4) хирургическое лечение

1052. НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЗАТЫЛОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ фотопсией
- 2) головными болями
- 3) триадой Хакима-Адамса
- 4) синдромом Горнера

1053. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНЫМ ОНКОМАРКЕРОМ ДЛЯ ГЕРМИНАТИВНОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бета-человеческий хорионический гонадотропин
- 2) раково-эмбриональный антиген
- 3) антиген СА-125
- 4) антиген СА 19-9

1054. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГАНГЛИОГЛИОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ДОЛЕ

- 1)+ височной
- 2) лобной
- 3) затылочной
- 4) теменной

1055. К НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ гидроцефалию и внутричерепную гипертензию
- 2) мозжечковые симптомы
- 3) пирамидные расстройства
- 4) экстрапирамидные расстройства

1056. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЕ ПИНЕОБЛАСТОМ И ПИНЕОЦИТОМ С ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОБЛУЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА ДОЗОЙ ____ГР

- 1)+ 50-54
- 2) 40-50
- 3) 35-40
- 4) 30-35

1057. УЗЕЛКОВЫЙ ТИП ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ С ГЕТЕРОГЕННЫМ СИГНАЛОМ ОТНОСИТСЯ К _____МР-ТИПУ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) смешанному

1058. НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ в большинстве случаев связью с фармакорезистентной эпилепсией
- 2) общемозговой симптоматикой в дебюте заболевания
- 3) выраженным снижением остроты зрения в контрлатеральной стороне
- 4) окклюзионной симптоматикой

1059. К ОПУХОЛЯМ ПАРЕНХИМЫ ШИШКОВИДНОГО ТЕЛА СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пинеоцитомы
- 2) герминомы
- 3) папиллярная опухоль пинеальной области
- 4) меланоцитомы

1060. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКАЯ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ДОЛЕ

- 1)+ височной
- 2) лобной
- 3) затылочной
- 4) теменной

1061. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ круглосуточный скальповый видео-ЭЭГ мониторинг
- 2) ПЭТ-КТ головного мозга с глюкозой
- 3) энцефалоскопия
- 4) УЗИ-доплерография сосудов головного мозга

1062. ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО РАСТУЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ В СТАДИИ ДИССЕМИНАЦИИ, ПРИ БЫСТРО НАРАСТАЮЩЕЙ ГИПЕРТЕНЗИОННОЙ СИМПТОМАТИКЕ К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ применение шунтирующей операции в сочетании с лучевой и химиотерапией
- 2) только шунтирующую операцию
- 3) хирургическое лечение
- 4) лучевую и химиотерапию

1063. МР-ТИПАМИ ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ кистозный, узелковый, диспластический
- 2) кистозный, узелковый, смешанный
- 3) гомогенный, гетерогенный
- 4) кистозный, солидный

1064. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКАЯ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1)+ супратенториально
- 2) инфратенториально
- 3) в селлярной области
- 4) в области краниовертебрального перехода

1065. ПРИ КОМПРЕССИИ/ ИНФИЛЬТРАЦИИ НИЖНИХ БУТОРКОВ ЧЕТВЕРОХОЛМНОЙ ПЛАСТИНКИ К ХАРАКТЕРНЫМ, НО БОЛЕЕ РЕДКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение слуха по центральному типу
- 2) нарушение слуха по периферическому типу
- 3) мозжечковый симптом
- 4) пирамидные нарушения

1066. ТЕСТ WADA (ИНТРАКАРОТИДНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРОПОФОЛА) ПОМОГАЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ речевую доминантность полушария
- 2) локализацию опухоли в области центральных извилин
- 3) зону начала эпилептического приступа
- 4) степень анестезиологического риска

1067. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГАНГЛИОГЛИОМЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ супратенториально
- 2) инфратенториально
- 3) параселлярно
- 4) в области краниовертебрального перехода

1068. К АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ШИШКОВИДНОГО ТЕЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ развитие окклюзионной гидроцефалии
- 2) глазодвигательные расстройства
- 3) головные боли
- 4) гормональные нарушения

1069. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ГЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ диффузная астроцитома
- 2) анапластическая астроцитома
- 3) глиобластома
- 4) пинеобластома

1070. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ДОЛЕ

- 1)+ височной
- 2) лобной
- 3) теменной
- 4) затылочной

1071. I ТИП ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПО BLUMСКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ЦИТОАРХИТЕКТониКИ КОРЫ

- 1)+ без дисморфических нейронов и «шаровидных» клеток
- 2) с наличием дисморфических нейронов и «шаровидных» клеток
- 3) с наличием только дисморфических нейронов
- 4) с наличием только «шаровидных» клеток

1072. ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ ТИП ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ С НЕЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ И РАЗМЫТОЙ ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ СЕРЫМ ВЕЩЕСТВОМ И БЕЛЫМ ВЕЩЕСТВОМ МОЗГА ОТНОСИТСЯ К _____ МР-ТИПУ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) смешанному

1073. ПРИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ИНДЕКС ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ KI-67 СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 0% до 8% фокально
- 2) от 9% до 12% фокально
- 3) от 12% до 15% фокально
- 4) свыше 15%

1074. ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА

- 1)+ Парино
- 2) Бернара-Горнера
- 3) Вебера
- 4) Бенедикта

1075. КАВЕРНОМА ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ (В %)

- 1)+ 1
- 2) 2-5
- 3) 5-10
- 4) 0,5

1076. В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1)+ задняя медиальная ворсинчатая артерия
- 2) перикаллезная артерия
- 3) Р 2 сегмент задней мозговой артерии
- 4) основная артерия

1077. КИСТОПОДОБНЫЙ/ПОЛИКИСТОПОДОБНЫЙ ТИП ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ И СТРОГО ГИПОИНТЕНСИВНЫЙ В T1 РЕЖИМЕ ОТНОСИТСЯ К ____ МР-ТИПУ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) смешанному

1078. ППС ТИП ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПО ВЛУМСКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ АССОЦИАЦИЕЙ С

- 1)+ сосудистой мальформацией
- 2) опухолью
- 3) склерозом гиппокампа
- 4) туберозным склерозом

1079. НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ИЗ ГЕРМИНАТИВНОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хориокарцинома
- 2) герминома
- 3) тератома
- 4) опухоль эндодермального синуса

1080. ПРИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ С

- 1)+ ганглиоглиомой
- 2) дизэмбриопластической нейроэпителиальной опухолью
- 3) нейроцитомой
- 4) липонейроцитомой мозжечка

1081. IIIА ТИП ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПО ВЛУМСКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ АССОЦИАЦИЕЙ С

- 1)+ склерозом гиппокампа
- 2) опухолью
- 3) каверномой
- 4) артерио-венозной мальформацией

1082. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ МЕСТУ ИСХОДНОГО РОСТА АСТРОЦИТОМ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ медиальные участки зрительных бугров и дорзальные отделы среднего мозга
- 2) астроциты шишковидного тела
- 3) дно третьего желудочка
- 4) пинеальный карман

1083. ОПУХОЛИ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЮТ ____ % ОТ ВСЕХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВЗРОСЛЫХ

- 1)+ 0,5-1
- 2) 2-2,5
- 3) 3-3,5
- 4) 4-5

1084. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ простая, сложная, неспецифическая, диффузная
- 2) кистозная, солидная, смешанная
- 3) простая, узелковая, кистозная, смешанная
- 4) доброкачественная, злокачественная

1085. ПРИ НАЛИЧИИ КИСТЫ ШИШКОВИДНОГО ТЕЛА, КОТОРАЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ГИПЕРТЕНЗИОННЫМИ ПРИСТУПАМИ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМОЙ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) консервативное лечение
- 3) лучевая терапия
- 4) ликворошунтирующая операция

1086. II ТИП ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПО ВЛУМСКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ЦИТОАРХИТЕКТониКИ КОРЫ

- 1)+ с наличием дисморфических нейронов и «шаровидных» клеток
- 2) без дисморфических нейронов и «шаровидных» клеток
- 3) с наличием только дисморфических нейронов
- 4) с наличием только «шаровидных» клеток

1087. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ ГЕРМИНАТИВНОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ герминома
- 2) эмбриональная карцинома
- 3) хориокарцинома
- 4) тератома

1088. ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ МЕНИНГИОМ_____%

- 1)+ 1-2
- 2) 5-10
- 3) 10-15
- 4) 20-25

1089. ЭПИЛЕПСИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СКЛЕРОЗОМ ГИППОКАМПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ диалептическими приступами
- 2) гипермоторными приступами
- 3) геластическими приступами
- 4) постприступным гемипарезом

1090. ГЕАНГИОБЛАСТОМЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ болезни Гиппеля-Линдау
- 2) нейрофиброматозе I типа
- 3) нейрофиброматозе II типа
- 4) туберозном склерозе

1091. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОИДНЫХ АСТРОЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрохирургическое удаление
- 2) лучевая терапия
- 3) химиотерапия
- 4) радиохирургия

1092. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГЕАНГИОБЛАСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мозжечок
- 2) ствол мозга
- 3) спинной мозг
- 4) сетчатка глаза

1093. ПАПИЛЛОМА ХОРИОИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- 1)+ IV желудочке
- 2) правом боковом желудочке
- 3) левом боковом желудочке
- 4) III желудочке

1094. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ склероз гиппокампа
- 2) фокальная кортикальная дисплазия
- 3) нейронально-глиальная опухоль
- 4) туберозный склероз

1095. ЦЕНТРАЛЬНЫЕ НЕЙРОЦИТОМЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСЯТСЯ К

- 1)+ Grade II
- 2) Grade I
- 3) Grade III
- 4) Grade IV

1096. К ОДНОМУ ИЗ САМЫХ ВАЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ СКЛЕРОЗЕ ГИППОКАМПА ОТНОСЯТ

- 1)+ длительный видео-ЭЭГ мониторинг
- 2) позитронно-эмиссионную томографию головного мозга с глюкозой
- 3) тест Вада (интракаротидное введение пропофола)
- 4) МРТ и МР-трактографию головного мозга

1097. ПАПИЛЛОМА ХОРИОИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- 1)+ левом боковом желудочке
- 2) правом боковом желудочке
- 3) IV желудочке
- 4) III желудочке

1098. ИЗ ОПУХОЛЕЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ К ГРУППЕ GRADE IV ОТНОСИТСЯ

- 1)+ глиосаркома
- 2) анапластическая астроцитома
- 3) фибриллярная астроцитома
- 4) субэпендимальная гигантоклеточная астроцитома

1099. ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ОТНОсяЩИМСЯ К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вальпроевая кислота
- 2) топирамат
- 3) левитирацетам
- 4) ламотриджин

1100. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ срединный субокципитальный
- 2) ретросигмовидный
- 3) птериональный
- 4) транскаллезный

1101. СКЛЕРОЗ ГИППОКАМПА ЧАЩЕ ПРИВОДИТ К

- 1)+ ухудшению памяти
- 2) нарушению речи
- 3) пароксизмальной гиперсомнии
- 4) нарколепсии

1102. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АСТРОЦИТОМАМИ GRADE I

- 1)+ 8-10 лет
- 2) 7-8 лет
- 3) 2-3 года
- 4) <1 года

1103. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ "МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ЛИГИ, ILAE" ОТ 2013 ГОДА СКЛЕРОЗ ГИППОКАМПА ДЕЛИТСЯ НА ____ ТИПА/ТИПОВ

- 1)+ три
- 2) два
- 3) четыре
- 4) пять

1104. ПРИ МЕНИНГИОМАХ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ джексоновские припадки, прогрессирующий монопарез
- 2) головная боль, нарушения умственного статуса
- 3) головная боль, нарушения зрения, фокальные припадки, изменения умственного статуса
- 4) головная боль, нарушения зрения

1105. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ ПРИСТУПОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 1

1106. СУБЭПЕНДИМАРНАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ АСТРОЦИТОМА (СЭГА) ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ туберозного склероза (болезни Бурневилля)
- 2) нейрофиброматоза II типа
- 3) нейрофиброматоза I типа
- 4) болезни Гиппеля-Линдау

1107. 5-ЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С МЕНИНГИОМАМИ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- 1)+ 91,3
- 2) 81,2
- 3) 73,8
- 4) 68,9

1108. ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ I ТИПА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ глиомы зрительного нерва, астроцитомы, нейрофибромы
- 2) вестибулярные шванномы, менингиомы, эпендимомы, астроцитомы
- 3) глиобластомы, анапластические астроцитомы, медуллобластомы, пинеобластомы
- 4) менингиомы

1109. ПРИ СИНДРОМЕ ТУРКО ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ глиобластомы, анапластические астроцитомы, медуллобластомы, пинеобластомы
- 2) глиомы зрительного нерва, астроцитомы, нейрофибромы
- 3) вестибулярные шванномы, менингиомы, эпендимомы, астроцитомы
- 4) менингиомы

1110. ИЗ ДНА IV ЖЕЛУДОЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО РАСТЕТ

- 1)+ эпендимома
- 2) медуллобластома
- 3) пилоидная астроцитома
- 4) гемангиобластома

1111. ПРИ СКЛЕРОЗЕ ГИППОКАМПА ЗОНУ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ ПЭТ
- 2) ЭЭГ
- 3) ФМРТ
- 4) МЭГ

1112. ГИППОКАМП СОСТОИТ ИЗ _____ СЛОЕВ

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 4

1113. ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ психогенными расстройствами
- 2) нарколепсией
- 3) торсионной дистонией
- 4) пароксизмальной гиперсомнией

1114. СИМПТОМАТОГЕННАЯ ЗОНА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЭТО ОБЛАСТЬ

- 1)+ мозга, при раздражении или активации которой пароксизмальным разрядом происходит развитие клинических симптомов
- 2) коры головного мозга, инициирующая эпилептический приступ
- 3) генерации интериктальной (межприступной) эпилептической активности
- 4) коры головного мозга, проявляющаяся нарушениями в интериктальном периоде

1115. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ К ОБЛУЧЕНИЮ ОПУХОЛЬЮ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ герминома
- 2) пинеоцитомы
- 3) пинеобластомы
- 4) папиллярная опухоль пинеальной области

1116. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОЗА ГИППОКАМПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография головного мозга высокого разрешения
- 2) позитронно-эмиссионная томография головного мозга с глюкозой
- 3) функциональная магнитно-резонансная томография головного мозга
- 4) однофотонная эмиссионная компьютерная томография

1117. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОЛЛОИДНЫЕ КИСТЫ ИМЕЮТ РАСПОЛОЖЕНИЕ В

- 1)+ передних отделах III желудочка
- 2) IV желудочке
- 3) спинномозговом канале
- 4) боковых желудочках

1118. ПОД ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОНИМАЮТ_____ ФОРМУ ЭПИЛЕПСИИ

- 1)+ идиопатическую генерализованную
- 2) симптоматическую фокальную
- 3) криптогенную
- 4) торсионную

1119. КИСТОЗНОЙ ОПУХОЛЬЮ СУПРАСЕЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ, ПРОИСХОДЯЩЕЙ ИЗ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫХ ОСТАТКОВ КАРМАНА РАТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ краниофарингиома
- 2) аденома
- 3) хордома
- 4) эпендимомы

1120. ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ_____ГР

- 1)+ 50-60
- 2) 10-20
- 3) 30-40
- 4) 40-50

1121. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ОПУХОЛЬЮ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ церебеллярная астроцитома
- 2) гемангиобластома
- 3) шваннома
- 4) краниофарингиома

1122. УМЕНЬШЕНИЕ В ОБЪЕМЕ ГИППОКАМПА ПРИВОДИТ К

- 1)+ расширению височного рога
- 2) развитию фокальной кортикальной дисплазии
- 3) расширению боковых желудочков
- 4) головной боли

1123. ИЗ-ЗА СКЛОННОСТИ ПИНЕОБЛАСТОМ К МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ ПО АРАХНОИДАЛЬНЫМ ОБОЛОЧКАМ, ПОМИМО ЛОКАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ, СЛУДУЕТ ПРОВОДИТЬ ОБЛУЧЕНИЕ ВСЕГО МОЗГА В ДОЗАХ ____ГР

- 1)+ 30-45
- 2) 45-50
- 3) 55-60
- 4) 25-30

1124. В СЛУЧАЕ ДИССЕМИНАЦИИ ОПУХОЛИ ПО ОБОЛОЧКАМ СПИННОГО МОЗГА ПРОВОДИТСЯ ОБЛУЧЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА С ДОЗОЙ__ГР

- 1)+ 20- 45
- 2) 45-50
- 3) 55- 65
- 4) 10-20

1125. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МЕНИНГИОМ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парасагиттальная
- 2) ольфакторная ямка
- 3) орбита
- 4) крыло основной кости

1126. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АСТРОЦИТОМАМИ GRADE III

- 1)+ 2-3 года
- 2) 7-8 лет
- 3) <1 года
- 4) 8-10 лет

1127. ФЕБРИЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ склерозе гиппокампа
- 2) глиально-нейрональной опухоли
- 3) фокальной-кортикальной дисплазии
- 4) туберозном склерозе

1128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЭПИДЕРМОИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мостомозжечковый угол
- 2) IV желудочек
- 3) ствол мозга
- 4) III желудочек

1129. ПИЛОИДНЫЕ АСТРОЦИТОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ до 20 лет
- 2) 20-40 лет
- 3) 40-60 лет
- 4) более 60 лет

1130. ПРИ СИНДРОМЕ КАУДЕНА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ менингиомы
- 2) вестибулярные шванномы, менингиомы, эпендимомы, астроцитомы
- 3) глиобластомы, анапластические астроцитомы, медуллобластомы, пинеобластомы
- 4) глиомы зрительного нерва, астроцитомы, нейрофибромы

1131. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АСТРОЦИТОМАМИ GRADE IV

- 1)+ <1 года
- 2) 7-8 лет
- 3) 2-3 года
- 4) 8-10 лет

1132. ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ II ТИПА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ вестибулярные шванномы, менингиомы, эпендимомы, астроцитомы
- 2) глиомы зрительного нерва, астроцитомы, нейрофибромы
- 3) глиобластомы, анапластические астроцитомы, медуллобластомы, пинеобластомы
- 4) менингиомы

1133. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АСТРОЦИТОМАМИ GRADE II

- 1)+ 7-8 лет
- 2) 2-3 года
- 3) <1 года
- 4) 8-10 лет

1134. III А ТИП ФОКАЛЬНОЙ-КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ АССОЦИИРУЕТСЯ С

- 1)+ склерозом гиппокампа
- 2) энцефалитом расмуссена
- 3) туберозным склерозом
- 4) опухолью

1135. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ В ОБЛАСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗОН ГОЛОВНОГО МОЗГА К НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ МРТ и МР-трактографию головного мозга
- 2) ПЭТ-КТ головного мозга с глюкозой
- 3) МР-спектроскопию
- 4) длительный видео-ЭЭГ мониторинг

1136. СКЛЕРОЗ ГИППОКАМПА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- 1)+ взрослых людей
- 2) беременных
- 3) детей раннего возраста
- 4) престарелых

1137. ИЗ КРЫШИ IV ЖЕЛУДОЧКА ЧАЩЕ ВСЕГО РАСТЕТ

- 1)+ медуллобластома
- 2) эпендимома
- 3) пилоидная астроцитома
- 4) гемангиобластома

1138. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА РАЗРЕШАЮТ МЫТЬ ГОЛОВУ

- 1)+ на следующий день после снятия швов
- 2) через 3-5 суток после снятия швов
- 3) через 7 суток после снятия швов
- 4) только после получения гистологического диагноза

1139. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ МОЗГА РАЗРЕШАЮТ МЫТЬ ГОЛОВУ

- 1)+ на следующий день после снятия швов
- 2) через 3-5 суток после снятия швов
- 3) через 7 суток после снятия швов
- 4) только после получения гистологического диагноза

1140. В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА УЧИТЫВАЮТ

- 1)+ уровень социальной и трудовой адаптации пациента, оцениваемый по шкале Карновского
- 2) этиологический фактор возникновения опухоли
- 3) наличие близкого родственника с опухолью мозга
- 4) профессию пациента

1141. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА И ВЫХОДА ИЗ НАРКОЗА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТ

- 1)+ может быть переведен из палаты пробуждения в клиническое отделение
- 2) должен обязательно находиться в палате пробуждения до утра следующего дня
- 3) должен находиться в отделении реанимации не менее 3 суток
- 4) должен находиться в отделении реанимации не менее 7 суток

1142. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА

- 1)+ рану закрывают обычным, принятым в клинике способом
- 2) в ране обязательно оставляют ирригатор для проведения локальной химиотерапии
- 3) в ране обязательно оставляют вакуумный и перчаточный дренажи
- 4) рану не закрывают

1143. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА И ВЫХОДА ИЗ НАРКОЗА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН

- 1)+ быть переведен из палаты пробуждения в клиническое отделение
- 2) обязательно находиться в палате пробуждения до утра следующего дня
- 3) находиться в отделении реанимации не менее 3 суток
- 4) находиться в отделении реанимации не менее 7 суток

1144. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ПЕРИТУМОРОЗНОМ ОТЕКЕ МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дексаметазон
- 2) фуросемид
- 3) маннит
- 4) глицерин

1145. ОБЪЕМ НЕОКОРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЛОБЭКТОМИИ НА СУБДОМИНАНТНОМ ПОЛУШАРИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ОТ ПОЛЮСА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ПО ВЕРХНЕЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЕ

- 1)+ 6 см
- 2) 1 см
- 3) 3 см
- 4) 2 см

1146. ПРОВЕДЕНИЕ КРАНИОСПИНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПОКАЗАНО ДЛЯ

- 1)+ медуллобластомы
- 2) глиобластомы
- 3) анапластической олигодендроглиомы
- 4) менингиомы

1147. В ХОДЕ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА С ЦЕЛЮ БОРЬБЫ С КРОВОПОТЕРЕЙ НЕОБХОДИМО

- 1)+ использовать кровосберегающие технологии, включая, при необходимости, аппаратную реинфузию крови
- 2) переливать только донорские компоненты крови
- 3) переливать только карантинизированную замороженную донорскую плазму
- 4) использовать только коллоидные и кристаллоидные растворы

1148. ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛЮ ЦНС, ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЮЩЕЙ В СПИННОЙ МОЗГ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ медуллобластома
- 2) глиобластома
- 3) анапластическая олигодендроглиома
- 4) менингиома

1149. К МЕТОДАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ функциональная гемисферотомия
- 2) переднемедиальная височная лобэктомия
- 3) резекция коры
- 4) селективная амигдалогиппокампэктомия

1150. ЗОНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛАСТЬ

- 1)+ коры головного мозга, проявляющаяся нарушениями в интериктальном периоде
- 2) коры головного мозга, инициирующая эпилептический приступ
- 3) мозга, при раздражении или активации которой пароксизмальным разрядом происходит развитие клинических симптомов
- 4) генерации интериктальной (межприступной) эпилептической активности

1151. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА РАЗРЕШАЮТ ВСТАВАТЬ И ХОДИТЬ

- 1)+ утром следующего дня после операции
- 2) не ранее 3 суток после операции
- 3) не ранее 7 суток после операции
- 4) только после получения гистологического диагноза

1152. ЕСЛИ В ХОДЕ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА БЫЛА ВЫНУЖДЕННО ВЫПОЛНЕНА ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ после улучшения состояния пациента
- 2) не ранее, чем через 3 месяца
- 3) не ранее, чем через 6 месяцев
- 4) только после завершения курса лучевого лечения

1153. К МЕТОДАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ множественные субпиальные насечки
- 2) резекцию коры
- 3) лобэктомию
- 4) селективную амигдалогиппокампэктомию

1154. ИРРИТАТИВНОЙ ЗОНОЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛАСТЬ

- 1)+ генерации интериктальной (межприступной) эпилептической активности
- 2) коры головного мозга, проявляющаяся нарушениями в интериктальном периоде
- 3) коры головного мозга, инициирующая эпилептический приступ
- 4) мозга, при раздражении или активации которой пароксизмальным разрядом происходит развитие клинических симптомов

1155. ИСХОД ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ

- 1)+ Engel
- 2) WHO
- 3) WFNS
- 4) EpiOut

1156. ГЛАВНЫМ ПОСЛЕДСТВИЕМ ДЛИТЕЛЬНОГО (СВЫШЕ 3 СУТОК) НАХОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ДО ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение риска инфекционных осложнений
- 2) улучшение диагностики и качества планирования хирургического вмешательства
- 3) повышение уровня психологического комфорта пациента
- 4) повышение психологического комфорта хирургической бригады при раннем планировании

1157. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ МОЗГА РАЗРЕШАЮТ МЫТЬ ГОЛОВУ

- 1)+ на следующий день после снятия швов
- 2) через 3-5 суток после снятия швов
- 3) через 7 суток после снятия швов
- 4) только после получения гистологического диагноза

1158. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХИМИОТЕРАПИИ ТЕМОЗОЛОМИДОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение форменных элементов крови, тошноту
- 2) алопецию
- 3) тошноту, алопецию
- 4) снижение зрения

1159. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ И ОТСУТСТВИИ ОТЕКА/НАБУХАНИЯ МОЗГА ТРЕПАНАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ

- 1)+ закрывают собственным костным лоскутом или искусственным имплантом (трансплантатом)
- 2) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде
- 3) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в случае рецидива или продолженного роста опухоли
- 4) не закрывают, если кость была поражена опухолью

1160. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ОТСУТСТВИИ НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ стол общий, не ограничивая жидкость
- 2) усиленное питание
- 3) стол общий, ограничение жидкости 1 л в день
- 4) стол любой, жидкости не более 1 л в день

1161. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА И СНЯТИЯ ШВОВ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ послеоперационный рубец ничем не обрабатывать
- 2) обрабатывать послеоперационный рубец бриллиантовым зеленым
- 3) обрабатывать послеоперационный рубец раствором йода
- 4) обрабатывать послеоперационный рубец раствором любого антисептика

1162. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ И ОТСУТСТВИИ ОТЕКА/НАБУХАНИЯ МОЗГА ТРЕПАНАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ

- 1)+ закрывают собственным костным лоскутом или искусственным имплантом (трансплантатом)
- 2) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде
- 3) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в случае рецидива или продолженного роста опухоли
- 4) не закрывают, если кость была поражена опухолью

1163. ЗОНОЙ НАЧАЛА ПРИСТУПА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛАСТЬ

- 1)+ коры головного мозга, инициирующая эпилептический приступ
- 2) мозга, при раздражении или активации которой пароксизмальным разрядом происходит развитие клинических симптомов
- 3) генерации интериктальной (межприступной) эпилептической активности
- 4) коры головного мозга, проявляющаяся нарушениями в интериктальном периоде

1164. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ОТСУТСТВИИ НАРУШЕНИЙ ГЛОТАНИЯ И ДРУГИХ ПОКАЗАНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ стол общий, не ограничивать жидкость
- 2) усиленное питание
- 3) стол общий, ограничение жидкости 1 л в день
- 4) стол любой, жидкости не более 1 л в день

1165. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА И СНЯТИЯ ШВОВ, ПАЦИЕНТУ ДЛЯ МЫТЬЯ ГОЛОВЫ РАЗРЕШАЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ любые моющие средства, для этого предназначенные
- 2) только антисептический шампунь
- 3) только хозяйственное мыло
- 4) только воду, без моющих средств

1166. В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА УЧИТЫВАЮТ

- 1)+ возможность и перспективы лечения по поводу других опухолевых очагов
- 2) этиологический фактор возникновения опухоли
- 3) наличие близкого родственника с опухолью мозга
- 4) профессию пациента

1167. ОБЪЕМ НЕОКОРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЛОБЭКТОМИИ НА ДОМИНАНТНОМ ПОЛУШАРИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ ОТ ПОЛЮСА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ПО ВЕРХНЕЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЕ

- 1)+ 4-4,5 см
- 2) 1-2 см
- 3) 0,5-2,5 см
- 4) 5-6 см

1168. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ОПУХОЛИ МОЗГА ДОЛЖЕН

- 1)+ обеспечить возможность ее удаления с минимальной травматизацией структур ЦНС
- 2) быть как можно меньшим
- 3) быть максимально возможным, с учетом анатомических возможностей
- 4) проводиться в два этапа

1169. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ ПО ENGEL I КЛАСС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием снижающих трудоспособность (инвалидизирующих, тяжелых) эпилептических приступов
- 2) редкими приступами, приводящими к снижению трудоспособности
- 3) существенным (результативное) улучшением (например, снижением частоты приступов после операции)
- 4) отсутствием улучшения после операции

1170. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ ВТОРИЧНЫХ (МЕТАСТАТИЧЕСКИХ) ОПУХОЛЕЙ МОЗГА И ОТСУТСТВИИ ОТЕКА/ НАБУХАНИЯ МОЗГА ТРЕПАНАЦИОННЫЕ ДЕФЕКТЫ

- 1)+ закрывают собственным костным лоскутом или искусственным имплантом (трансплантатом)
- 2) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде
- 3) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в случае рецидива или продолженного роста опухоли
- 4) не закрывают, если кость была поражена опухолью

1171. САМЫМИ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЗГА (37%) ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ менингиомы
- 2) опухоли гипофиза
- 3) глиомы
- 4) опухоли нервов

1172. У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧАЩЕ ВСЕГО (ПРИМЕРНО В 40% СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА) ВСТРЕЧАЮТСЯ МЕТАСТАЗЫ

- 1)+ рака легкого
- 2) меланомы
- 3) рака простаты
- 4) рака щитовидной железы

1173. В ХОДЕ ВСЕХ ОПЕРАЦИЙ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗГА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ микрохирургическую технику
- 2) хирургический лазер
- 3) УЗИ-навигацию
- 4) краниографию

1174. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА ЛЮМБАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ только при наличии показаний (в первую очередь, при подозрении на менингит)
- 2) всем пациентам с целью исключения ракового менингита
- 3) только пациентам с признаками дислокации мозга
- 4) только после удаления метастатических опухолей задней черепной ямки

1175. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СОЛИТАРНОГО УЗЛА ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА И ОТСУТСТВИИ ОТЕКА/НАБУХАНИЯ МОЗГА ТРЕПАНАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ

- 1)+ закрывают собственным костным лоскутом или искусственным имплантом (трансплантатом)
- 2) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде
- 3) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в случае рецидива или возникновения новых метастазов опухоли
- 4) не закрывают, если кость была поражена опухолью

1176. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ И ОТСУТСТВИИ ОТЕКА/НАБУХАНИЯ МОЗГА ТРЕПАНАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ

- 1)+ закрывают собственным костным лоскутом или искусственным имплантом (трансплантатом)
- 2) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде
- 3) не закрывают с целью профилактики внутричерепной гипертензии в случае рецидива или продолженного роста опухоли
- 4) не закрывают, с целью проведения лучевой терапии

1177. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА И ОТСУТСТВИИ ГРУБЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА РАЗРЕШАЮТ ВСТАВАТЬ И ХОДИТЬ

- 1)+ утром следующего дня после операции
- 2) не ранее 3 суток после операции
- 3) не ранее 7 суток после операции
- 4) только после получения гистологического диагноза

1178. НЕВОЗМОЖНОСТЬ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ (T4 СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM)

- 1)+ не является абсолютным противопоказанием к операции по поводу вторичной (метастатической) опухоли головного мозга
- 2) является абсолютным противопоказанием к операции по поводу вторичной (метастатической) опухоли головного мозга
- 3) не влияет на риск операции по поводу вторичной (метастатической) опухоли головного мозга
- 4) не учитывается в определении тактики лечения пациента с вторичной (метастатической) опухолью головного мозга

1179. ОСНОВНЫМ СТАНДАРТОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОБЛАСТОМЫ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ комбинированное химиолучевое лечение с одновременным и последующим применением темозоломида
- 2) только лучевая терапия
- 3) только химиотерапия
- 4) наблюдение

1180. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ПЕРИТУМОРОЗНОМ ОТЕКЕ МОЗГА, ВЫЗВАННОМ ВТОРИЧНЫМИ (МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ) ОПУХОЛЯМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дексаметазон
- 2) фуросемид
- 3) маннит
- 4) глицерин

1181. ЕСЛИ БЫЛА ВЫНУЖДЕННО ВЫПОЛНЕНА ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ после улучшения состояния пациента
- 2) не ранее, чем через 3 месяца
- 3) не ранее, чем через 6 месяцев
- 4) только после завершения курса лучевого лечения

1182. 67% ОПУХОЛЕЙ МОЗГА ПО ДАННЫМ "АМЕРИКАНСКОГО РЕГИСТРА ОПУХОЛЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ CBTRUS" ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ доброкачественными
- 2) промежуточными
- 3) неопределенной степени злокачественности
- 4) разной степени злокачественности

1183. ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ менингиомы
- 2) медуллобластомы
- 3) глиобластомы
- 4) анапластической олигодендроглиомы

1184. В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ МОЗГА УЧИТЫВАЮТ

- 1)+ техническую возможность удаления опухоли без дополнительной инвалидизации пациента
- 2) этиологический фактор возникновения опухоли
- 3) наличие близкого родственника с опухолью мозга
- 4) профессию пациента

1185. К МЕТОДАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ каллозотомия
- 2) переднемедиальная височная лобэктомия
- 3) резекция коры
- 4) селективная амигдалогиппокампэктомия

1186. ОСОБЕННОСТЬЮ БОЛЬШИНСТВА ОПЕРАЦИЙ В НЕЙРООНКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невозможность соблюдения правил онкологической абластики (удаление опухоли фрагментированием)
- 2) удаление опухоли единым блоком с окружающими тканями в соответствии с принципами онкологической абластики
- 3) использование хирургического лазера
- 4) использование интраоперационной лучевой и химиотерапии

1187. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЮМБАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ только при наличии показаний (в первую очередь, при подозрении на менингит)
- 2) всем пациентам
- 3) только пациентам с признаками дислокации мозга
- 4) только после удаления опухолей задней черепной ямки

1188. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНУЮ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНУЮ ОПУХОЛЬ ЦНС ДОЛЖНЫ БЫТЬ СДЕЛАНЫ МАРКЕРЫ

- 1)+ АФП, В-ХГЧ крови
- 2) Са-125 крови
- 3) МГМТ в опухоли
- 4) 1p19q в опухоли

1189. К ОТЛИЧИЯМ ПЕРВИЧНЫХ НЕГЕРМИНОГЕННЫХ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС И ПЕРВИЧНОЙ («ЧИСТОЙ») ГЕРМИНОМЫ ЦНС ОТНОСЯТ

- 1)+ повышенные АФП и в-ХГЧ, более агрессивное течение
- 2) сниженные АФП и в-ХГЧ, менее агрессивное течение
- 3) наличие IDH-мутации
- 4) более агрессивное течение, показано проведение более мощной химиотерапии, удаление резидуальной опухоли, краниоспинальное облучение

1190. ПАЦИЕНТАМ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ ПРИ ПРОГРЕССИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ТЕМОЗОЛОМИДА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ бевацизумаба
- 2) ломустина
- 3) ломустина+винкристина
- 4) иринотекана

1191. ДЛЯ ЛОЦИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ интраоперационная доплерография
- 2) транскраниальная доплерография
- 3) прямая ангиография
- 4) СКТ ангиография

1192. ФАКТОРАМИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОМАМИ GRADE II ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ возраст старше 40 лет, астроцитарное происхождение, отсутствие IDH 1-2 мутаций, размер опухоли более 4 см, переход опухоли в противоположное полушарие
- 2) возраст моложе 40 лет, астроцитарное происхождение, размер опухоли более 4 см, переход опухоли в противоположное полушарие
- 3) возраст старше 40 лет, олигодендроглиальное происхождение, размер опухоли более 4 см, переход опухоли в противоположное полушарие
- 4) размер опухоли более 4 см, переход опухоли в противоположное полушарие

1193. ГЛИОБЛАСТОМА МОЖЕТ МЕТАСТАЗИРОВАТЬ

- 1)+ в головной и спинной мозг, а также, в редких случаях, за пределами ЦНС
- 2) в головной и спинной мозг
- 3) только в головной мозг
- 4) только в спинной мозг

1194. ХАРАКТЕРИСТИКОЙ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩЕЙ О БЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коделеция 1p19q
- 2) низкий индекс ki-67
- 3) мутация IDH 1,2
- 4) размер опухоли до 4 см.

1195. ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ МИКРОАДЕНОМЕ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТУП

- 1)+ транссфеноидальный
- 2) субфронтальный
- 3) птериональный
- 4) подвисочный

1196. ПРИ УДАЛЕНИИ ГИГАНТСКИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ДВУХЭТАПНЫМ ДОСТУПОМ (ТРАНСКРАНИАЛЬНО/ ТРАНСНАЗАЛЬНО) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УДАЛЯТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНО ИЗ-ЗА РИСКА КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ

- 1)+ интракраниальной части остатка опухоли
- 2) экстракраниальной части остатка опухоли
- 3) внутренней сонной артерии
- 4) наружной сонной артерии

1197. ПРИ ВЫСОКИХ РИСКАХ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО НА ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ ПОСЛЕ ТРАНСОРАЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 5-6 СУТОК НЕОБХОДИМО

- 1)+ установить желудочный зонд
- 2) установить гастростому
- 3) голодать
- 4) питаться через рот

1198. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНУЮ ЛИМФОМУ ГОЛОВНОГО МОЗГА НУЖНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ биопсию опухоли
- 2) удаление опухоли
- 3) трепанбиопсию подвздошной кости
- 4) биопсию опухоли и трепанбиопсию подвздошной кости

1199. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЮЩИМИ ПО СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ ОБОЛОЧКАМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦНС ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ медуллобластома, герминома, эпендимомы
- 2) медуллобластома, глиобластома
- 3) эпендимомы, герминома
- 4) медуллобластома, герминома

1200. ПРИ _____ ОДНОЗНАЧНЫХ ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ХИМИОТЕРАПИИ НЕТ, РЕШЕНИЕ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОЦЕНКЕ ИМЕЮЩИХСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА

- 1)+ астроцитоме
- 2) анапластической астроцитоме
- 3) глиобластоме
- 4) анапластической олигодендроглиоме

1201. МЕДИАНА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОБЛАСТОМой, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ, СОСТАВЛЯЕТ В (МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 14-16
- 2) 10-12
- 3) 20-24
- 4) до 10

1202. МУТАЦИЯ IDH1,2 В ГЛИОБЛАСТОМЕ ГОВОРИТ О

- 1)+ более благоприятном прогнозе, вероятной чувствительности опухоли к химиотерапии
- 2) чувствительности опухоли к химиотерапии
- 3) неблагоприятном прогнозе
- 4) резистентности опухоли к химиотерапии

1203. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1)+ локации сонной артерии
- 2) локации ствола мозга
- 3) определения тока ликвора
- 4) поиска венозных коллекторов основания черепа

1204. СТАНДАРТНЫЙ РЕЖИМ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕМОЗОЛОМИДА В МОНОТЕРАПИИ

- 1)+ 150-200 мг\м.кв 5 дней, каждые 4 недели
- 2) 150-200 мг\м.кв 5 дней, каждые 3 недели
- 3) 500 мг\м.кв 5 дней, каждые 4 недели
- 4) 500 мг\м.кв 5 дней, каждые 3 недели

1205. ПРИ ГЛИОБЛАСТОМЕ В ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ темозоломид
- 2) бевацизумаб
- 3) бевацизумаб+иринотекан
- 4) ломустин

1206. ПАЦИЕНТУ С ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМой GRADE II ПОКАЗАНО НАБЛЮДЕНИЕ ЕСЛИ

- 1)+ возраст менее 40 лет, размеры исходной опухоли до 4 см, опухоль располагается в одном полушарии, удалена тотально
- 2) возраст более 40 лет, размеры исходной опухоли до 4 см, опухоль располагается в одном полушарии, удалена тотально
- 3) опухоль удалена тотально
- 4) размеры исходной опухоли до 4 см, опухоль располагается в одном полушарии, удалена тотально

1207. ПЛАНом ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ПЕРВИЧНОЙ "ЧИСТОЙ" ГЕРМИНОМой ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия, далее химиотерапия и затем лучевая терапия
- 2) удаление опухоли, далее химиотерапия и затем лучевая терапия
- 3) биопсия, лучевая терапия
- 4) биопсия, химиотерапия

1208. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ГЛИОБЛАСТОМой НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЕМОЗОЛОМИДОМ КО ВТОРОЙ ЛИНИИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ бевацизумаб в комбинации с иринотеканом или ломустином
- 2) ломустин
- 3) чек-поинт ингибиторы
- 4) анти-BRAF терапию

1209. В СЛУЧАЕ ПОВТОРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ПРОДОЛЖЕННОМ РОСТЕ ГЛИОБЛАСТОМЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ проводится в режимах с включением бевацизумаба
- 2) проводится в режиме ежедневного применения темозоломида
- 3) не проводится
- 4) проводится только после завершения повторного лучевого лечения

1210. ПРИ ОЧЕНЬ ПЛОТНОЙ ОПУХОЛИ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА (СРОЧНЫЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ – ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ) В ОБЛАСТИ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЙ ВСЕГО

- 1)+ остановить удаление
- 2) препарировать сосуд и попробовать отделить опухоль
- 3) наложить клипсы и выполнить блок резекцию
- 4) оценить артериальный переток по веллизиевому кругу с помощью прямой ангиографии и оценить возможность блок-резекции опухоли

1211. НАДЕЖНЫМ КОСТНЫМ ОРИЕНТИРОМ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ПРИ ХИРУРГИИ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рострум
- 2) перегородка клиновидной пазухи
- 3) дно турецкого седла
- 4) перегородка полости носа

1212. ОПТИМАЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ ДЛЯ ОТКРЫТИЯ РТА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСОРАЛЬНОГО МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ роторасширитель
- 2) ранорасширитель Сигала
- 3) нить держалка
- 4) печеночное зеркало

1213. МЕНЬШИЙ РИСК ПОВРЕЖДЕНИЯ БАЗАЛЬНОЙ ТМО ПРИ ТРЕПАНАЦИИ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- 1)+ алмазной фрезы
- 2) лепестковой фрезы
- 3) кусачек Керрисона
- 4) круглых опухолевых кусачек

1214. ПОВТОРНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕМОЗОЛОМИДА У ПАЦИЕНТА С ГЛИОБЛАСТОМОЙ

- 1)+ возможно при успешном первичном применении темозоломида и безрецидивном промежутке более 6 месяцев
- 2) всегда применяется при продолженном росте опухоли
- 3) проводится профилактически ежегодно
- 4) возможно через 1 год

1215. КОНТРОЛЬНАЯ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА С КОНТРАСТОМ ПРИ ГЛИОБЛАСТОМЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ перед проведением лучевой терапии, в течение 1 месяца после лучевой терапии, далее каждые 2-3 месяца
- 2) каждые 2-3 месяца
- 3) через 6 месяцев после операции
- 4) через 3 месяца после лучевой терапии, далее каждые 6 месяцев

1216. СТАНДАРТОМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕДУЛЛОБЛАСТОМЫ У ВЗРОСЛОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ краниоспинальное облучение СОД 36Гр с бустом на ложе опухоли до 54 Гр.
- 2) облучение всего головного и всего спинного мозга до СОД 36 Гр
- 3) на ложе опухоли до СОД 54-60 Гр.
- 4) облучение всего головного до СОД 36 Гр + на ложе опухоли до СОД 54-60 Гр.

1217. К ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ БЕВАЦИЗУМАБА ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение АД, протеинурию, эффект незаживления ран
- 2) тромбоцитопению
- 3) лейкопению
- 4) тромбоцитопению и лейкопению

1218. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГЛИОБЛАСТОМЫ БЕВАЦИЗУМАБ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ до прогрессирования или развития неприемлемой токсичности
- 2) 6-12 месяцев
- 3) 24 месяца
- 4) 1 месяц

1219. У ВЗРОСЛЫХ ПЕРВИЧНЫЕ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЦНС ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ_____ЛЕТ

- 1)+ 18-25
- 2) 25-35
- 3) 35-45
- 4) старше 45

1220. СТАНДАРТОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГЛИОБЛАСТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дистанционная фракционированная лучевая терапия РОД 2 Гр СОД 60 Гр в комбинации с темозоломидом
- 2) дистанционная фракционированная лучевая терапия РОД 3 Гр СОД 45 Гр в комбинации с темозоломидом
- 3) радиохирургическое лечение
- 4) радиохирургическое лечение в комбинации с темозоломидом

1221. ДЛЯ ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ НЕВРИНОМ ОБЛАСТИ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАСШИРЕННЫЙ

- 1)+ латеральный
- 2) передний
- 3) задний
- 4) медиальный

1222. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЛОСКОСТНОЙ МЕНИНГИОМЕ СТКАТА БЕЗ СИМПТОМАТИКИ И БЕЗ КОМПРЕССИИ СТВОЛОВЫХ СТРУКТУР ОТНОСЯТ

- 1)+ лучевую терапию и наблюдение
- 2) транскраниальную биопсию из бокового доступа
- 3) трансназальную эндоскопическую биопсию
- 4) транскраниальное удаление

1223. ПРИ УДАЛЕНИИ ГИГАНТСКИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ДВУХЭТАПНЫМ ДОСТУПОМ (ТРАНСКРАНИАЛЬНО/ ТРАНСНАЗАЛЬНО) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УДАЛЯТЬ

- 1)+ транскраниально
- 2) трансназально
- 3) трансорбитально
- 4) трансорально

1224. ВАЖНО СОХРАНИТЬ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА МУКО-ПЕРИОСТАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ_____АРТЕРИЮ

- 1)+ клиновидно-небную
- 2) верхнечелюстную
- 3) назальную
- 4) ножковую

1225. МЕТИЛИРОВАНИЕ ГЕНА MGMT В ГЛИОБЛАСТОМЕ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1)+ большей продолжительностью жизни, вероятной чувствительностью к темозоломиду
- 2) вероятной чувствительностью к темозоломиду
- 3) меньшей продолжительностью жизни, вероятным отсутствием чувствительности к темозоломиду
- 4) вероятным отсутствием чувствительности к темозоломиду

1226. К ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТЕМОЗОЛОМИДА ОТНОСЯТ

- 1)+ тромбоцитопению, нейтропению
- 2) тромбоцитопению
- 3) нейтропению
- 4) повышение АД, протеинурию

1227. СТАНДАРТОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головного мозга в трех проекциях в стандартных режимах (T1, T2, Flair, T1+контраст)
- 2) мультиспиральная компьютерная томография с контрастом
- 3) функциональная МРТ
- 4) МРТ головного мозга в трех проекциях в стандартных режимах (T1, T2, Flair)

1228. ПРИ ТРЕПАНАЦИИ ЗУБА И ТЕЛА С2 И ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА С1 ПОЗВОНКА ВОЗМОЖЕН РИСК ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1)+ вертебральных артерий
- 2) внутренних сонных артерий
- 3) наружных сонных артерий
- 4) яремных вен

1229. КЛАССИФИКАЦИОННЫМ ПРИЗНАКОМ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коделеция 1p19q
- 2) метилирование генаMGMT
- 3) мутация IDH1
- 4) мутация IDH2

1230. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНУЮ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНУЮ ОПУХОЛЬ ЦНС ОБЪЕМОМ НЕИНВАЗИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МРТ ГОЛОВНОГО

- 1)+ и спинного мозга с контрастированием, АФП и В-ХГЧ крови
- 2) мозга с контрастированием, АФП и В-ХГЧ крови
- 3) и спинного мозга с контрастированием
- 4) мозга, АФП и В-ХГЧ крови

1231. ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА ХИМИОПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ

- 1)+ общего и биохимического анализов крови
- 2) коагулограммы
- 3) УЗИ внутренних органов
- 4) общего анализа крови

1232. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С АСТРОЦИТОМОЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ не реже, чем каждые 6 месяцев
- 2) каждые 12 месяцев
- 3) при наступлении клинического ухудшения
- 4) каждые 3 месяца

1233. ПРИ ТРЕПАНАЦИИ ПРИ ВСКРЫТИИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ, ПОСЛЕДНЮЮ ЛУЧШЕ ЗАКРЫВАТЬ

- 1)+ надкостницей
- 2) воском
- 3) тахокомбом
- 4) костным цементом

1234. ПЕРВЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПСЕВДОПРОГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение размеров остаточной опухоли в первые 12 недель после завершения лучевой терапии
- 2) увеличение размеров остаточной опухоли менее, чем на 25%
- 3) контрастирование перифокальной зоны
- 4) уменьшение размеров опухоли

1235. СКОЛЬКО КУРСОВ ХИМИОТЕРАПИИ (ТЕМОЗОЛОМИДОМ) ПОКАЗАНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГЛИОБЛАСТОМЫ?

- 1)+ 6-12
- 2) 24
- 3) 1-5
- 4) 15

1236. ПРИ ЛАТЕРЛЬНОМ РАСШИРЕННОМ ДОСТУПЕ ТРЕПАНИРУЕТСЯ

- 1)+ передняя стенка кавернозного синуса
- 2) площадка основной кости
- 3) медиальная стенка орбиты
- 4) верхняя стенка орбиты

1237. ПОВТОРНОЕ ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛИОБЛАСТОМЫ ПРИ ПРОГРЕССИИ В МЕСТЕ ИСХОДНОГО РОСТА

- 1)+ возможно, если от завершения первичного лучевого лечения прошло более 8 месяцев
- 2) возможно, если от завершения первичного лучевого лечения прошло более 24 месяцев
- 3) возможно, но только в режиме радиохирургии
- 4) не возможно

1238. РАДИОРЕЗИСТЕНТНОЙ ОПУХОЛЬЮ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фибросаркома
- 2) рабдомиосаркома
- 3) менингиома зрительного нерва
- 4) рак слезной железы

1239. НОРМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 4-6
- 2) 2-3
- 3) 7-8
- 4) 8-10

1240. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ НЕМЕНИНГЕАЛЬНОЙ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангиофиброма
- 2) кавернозная гемангиома
- 3) гемангиоперицитомы
- 4) фибросаркома

1241. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ИНСУЛИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транссфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1242. СТЕПЕНЬ РЕЗЕКЦИИ МЕНИНГИОМЫ SIMPSON II СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ тотальной резекции опухоли с коагуляцией матрикса
- 2) тотальной резекции опухоли с иссечением пораженной твердой мозговой оболочки и пораженной кости
- 3) парциальному удалению опухоли
- 4) тотальной резекции опухоли без коагуляции матрикса

1243. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ НЕ НЕЙРОГЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ менингиома
- 2) глиома
- 3) невринома
- 4) нейрофиброма

1244. МАЛЬЧИКУ 14 ЛЕТ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ ВЫПОЛНЕНА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ, СЧИТАЮТ

- 1)+ пилоцитарную астроцитому
- 2) арахноидальную кисту
- 3) гемангиобластому
- 4) глиобластому

1245. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ НЕЙРОГЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ капиллярная
- 2) кавернозная
- 3) рацемозная
- 4) гипертрофическая

1246. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, У МАТЕРИ КОТОРОГО УСТАНОВЛЕНА МУТАЦИЯ ГЕНА MEN1, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транссфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1247. ДЛЯ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

- 1)+ астроцитомы
- 2) менингиомы
- 3) эпендимомы
- 4) невриномы

1248. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- 1)+ менингиомах верхнего сагиттального синуса
- 2) невриномах слухового нерва
- 3) эпендимоммах III-го желудочка
- 4) аденомах гипофиза

1249. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1250. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ИНСУЛИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1251. СТРУКТУРОЙ, НЕ ВХОДЯЩЕЙ В АНАТОМИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ БИША ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нижнечелюстной отросток
- 2) височный отросток
- 3) тело
- 4) щечный отросток

1252. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА С ГАСТРИНОМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА MEN1 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1253. ПРИ УДАЛЕНИИ КОНВЕКСИТАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ ВНАЧАЛЕ НЕОБХОДИМО

- 1)+ коагулировать питающие артерии
- 2) пересечь дренирующие вены
- 3) уменьшить объем опухоли
- 4) создать управляемую артериальную гипотонию

1254. НАИБОЛЕЕ РАНО ПРИ НАЛИЧИИ КОНВЕКСИТАЛЬНОЙ МЕНИНГИОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ

- 1)+ эпилептические приступы
- 2) когнитивные нарушения
- 3) головные боли
- 4) симптомы выпадения

1255. НАЛИЧИЕ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА

- 1)+ Рикленгаузена
- 2) Гиппеля-линдау
- 3) Бурневиля-Прингла
- 4) Штурге-Вебера

1256. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) лучевое лечение
- 3) полихимиотерапия
- 4) брахитерапия

1257. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1258. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОПУХОЛЬ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАРГЕНГАНСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1259. ПАЦИЕНТАМ С АНАПЛАСТИЧЕСКИМИ МЕНИНГИОМАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ КОНТРОЛЬНУЮ МРТ

- 1)+ через 2-3 месяца после операции, затем через 6 месяцев, затем – 1 раз в год
- 2) 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет после операции, затем – 1 раз в год
- 3) 1 раз в 6 месяцев в течение 5 лет после операции, затем – 1 раз в год
- 4) через 2-3 месяца после операции, затем через 1 год, затем – ежегодно

1260. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛИОМОЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ВОЗМОЖНА ДЛЯ

- 1)+ детей 4-6 лет без клинических проявлений
- 2) взрослых без клинических проявлений
- 3) детей с клиническими проявлениями
- 4) детей и взрослых без клинических проявлений

1261. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ средняя треть верхнего сагиттального синуса
- 2) передняя треть верхнего сагиттального синуса
- 3) задняя треть верхнего сагиттального синуса
- 4) фалькс-тенториальный угол

1262. ПАЦИЕНТАМ С АТИПИЧЕСКИМИ МЕНИНГИОМАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ КОНТРОЛЬНУЮ МРТ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 2 месяца, через 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
- 2) 2-3 месяца после операции, затем через год, при отсутствии признаков опухоли (или её прогрессии) – ещё через год, затем – раз в 2 года
- 3) 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
- 4) 6 месяцев, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года

1263. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ОПУХОЛЬ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАРГЕНГАНСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1264. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ИНСУЛИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1265. НАЛИЧИЕ ДВУСТОРОННИХ ГЛИОМ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА

- 1)+ нейрофиброматоз I типа
- 2) нейрофиброматоз II типа
- 3) болезнь Гиппеля-Линдау
- 4) туберозный склероз

1266. НАЛИЧИЕ НА КТ ОЧАГА ПОВЫШЕННОЙ ПЛОТНОСТИ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ менингиомы
- 2) глиобластомы
- 3) диффузной астроцитомы
- 4) лимфомы

1267. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГИПЕРОСТОТИЧЕСКИХ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ межъядерную офтальмоплегия
- 2) прогрессирующий экзофтальм
- 3) глазодвигательные нарушения
- 4) зрительные нарушения

1268. ДЛЯ МЕДИАЛЬНОГО ВАРИАНТА ГИПЕРОСТОТИЧЕСКИХ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ подвисочной ямки
- 2) переднего наклоненного отростка
- 3) зрительного канала
- 4) верхней глазничной щели

1269. В ФОРМИРОВАНИИ КОСТНОГО КАРКАСА ГЛАЗНИЦЫ УЧАСТВУЮТ КОСТИ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 7
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 4

1270. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ГАСТРИНОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1271. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕХОДЯТ

- 1)+ астроцитомы
- 2) менингиомы
- 3) невриномы
- 4) аденомы гипофиза

1272. РАЗВИТИЕ ДВУСТОРОННЕЙ ГИМИАНОПСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ

- 1)+ аденоме гипофиза
- 2) менингиоме бугорка турецкого седла
- 3) эстезионейробластоме
- 4) глиоме хиазмы

1273. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие «дурального хвоста»
- 2) прикрепление широким основанием к твердой мозговой оболочке
- 3) наличие эндостоза
- 4) экстракраниальное распространение

1274. ПОЛНАЯ ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ менингиомы затылочной области
- 2) глиомы хиазмы
- 3) глиобластомы теменной доли
- 4) диффузной астроцитомы височной доли

1275. ПАЦИЕНТАМ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ МЕНИНГИОМАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ КОНТРОЛЬНУЮ МРТ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 2-3 месяца после операции, затем через год, при отсутствии признаков опухоли (или её прогрессии) – ещё через год, затем – раз в 2 года
- 2) 2 месяца, через 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
- 3) 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
- 4) 6 месяцев, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года

1276. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ГЕМАНГИОМЫ ГЛАЗНИЦЫ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кавернозная
- 2) капиллярная
- 3) рацемозная
- 4) гипертрофическая

1277. МЕДИАЛЬНЫЙ КОРИДОР ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ЗРИТЕЛЬНОМУ НЕРВУ В ГЛАЗНИЦЕ ФОРМИРУЕТСЯ МЕЖДУ _____ МЫШЦАМИ

- 1)+ верхней прямой и нижней прямой (медиальная прямая смещена)
- 2) верхней прямой и медиальной прямой (нижняя прямая смещена)
- 3) медиальной прямой и верхней прямой
- 4) медиальной прямой и нижней прямой

1278. НЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМ ДЛЯ СИНДРОМА ФОСТЕРА-КЕННЕДИ ПРИ МЕНИНГИОМАХ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абулия
- 2) аносмия
- 3) ипсилатеральная атрофия зрительного нерва
- 4) контрлатеральный отек диска зрительного нерва

1279. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОТРОПИНОМЫ В РАМКАХ СИНДРОМА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ ТИП 1 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеноидальная аденомэктомия
- 2) назначение темозоломида
- 3) лучевая терапия
- 4) тотальная гипофизэктомия

1280. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СТРЕЛЯЮЩИЕ БОЛИ В ЛИЦЕ ДЛЯ

- 1)+ менингиомы правого кавернозного синуса
- 2) аденомы гипофиза
- 3) опухоли теменной доли
- 4) опухоли зрительного бугра

1281. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ МЕНИНГИОМ В ПОПУЛЯЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ДРУГИХ ТИПОВ МЕНИНГИОМ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 1-2
- 2) 5-7
- 3) 2-5
- 4) 10-20

1282. ЧАЩЕ ВСЕГО СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЕТАСТАЗИРУЕТ В ГЛАЗНИЦУ РАК

- 1)+ молочной железы
- 2) легкого
- 3) почки
- 4) поджелудочной железы

1283. ОСНОВНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ВЕТВЬЮ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЙСЯ В КРЫЛОНЕБНУЮ И ПОДВИСОЧНУЮ ЯМКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ a. maxillaris
- 2) a. facialis
- 3) a. lingualis
- 4) a. temporalis superficialis

1284. НАИБОЛЕЕ МАССИВНУЮ КРОВОПОТЕРЮ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПРИ УДАЛЕНИИ

- 1)+ менингиомы верхнего сагиттального синуса
- 2) аденомы гипофиза
- 3) кистозной астроцитомы
- 4) эпендимомы III-го желудочка

1285. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МЕНИНГИОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парасагиттальная
- 2) конвекситальная
- 3) ольфакторная ямка
- 4) малое крыло основной кости

1286. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛИМФОМЕ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия и последующее облучение с системной терапией
- 2) максимально радикальное удаление и последующее наблюдение
- 3) максимально радикальное удаление и последующая лучевая терапия
- 4) биопсия с последующей системной терапией

1287. ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИИ МЕНИНГИОМЫ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ БУДЕТ

- 1)+ резекция экстрасинусной части опухоли с коагуляцией стенки синуса
- 2) удаление опухоли из просвета синуса с пластикой его стенки
- 3) удаление опухоли из просвета синуса с реконструкцией синуса перемещенным венозным трансплантатом
- 4) удаление опухоли с перевязкой синуса

1288. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСОРАЛЬНОГО ДОСТУПА ОПРАВДАНО ПРИ

- 1)+ менингиомах области краниовертебрального перехода
- 2) менингиомах синусного стока
- 3) параганглиомах
- 4) невриномах слухового нерва

1289. В ХОДЕ СЕЛЛЯРНОГО ЭТАПА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ДОСТУПА К ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА ЛАТЕРАЛЬНЫМИ ГРАНИЦАМИ ТРЕПАНАЦИИ ДНА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ каналы сонных артерий
- 2) каналы зрительных нервов
- 3) межпазушные перегородки
- 4) площадка и дно пазухи основной кости

1290. ОСНОВНЫЕ РИСКИ ПРИ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ IV ЖЕЛУДОЧКА СВЯЗАНЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1)+ нижних задних мозжечковых артерий, структур ромбовидной ямки
- 2) передней ворсинчатой артерии
- 3) передней спинальной артерии
- 4) задней мозговой артерии

1291. АРТЕРИЯ ГЮБНЕРА КРОВΟΣНАБЖАЕТ

- 1)+ головку хвостатого ядра
- 2) островковую долю
- 3) височную долю
- 4) ограду

1292. ВОЗМОЖНЫЙ ВАРИАНТ ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ТРЕТЬЕГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1)+ супрацеребеллярный
- 2) птериональный
- 3) орбитозигматический
- 4) субвисочный

1293. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЭФФЕКТИВНА У ____ ПРОЦЕНТОВ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАКТИНОМАМИ

- 1)+ 80
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 50

1294. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНСНАЗАЛЬНЫЙ ДОСТУП К ПАЗУХЕ ОСНОВНОЙ КОСТИ НАЧИНАЕТСЯ С _____ ЭТАПА

- 1)+ назального
- 2) сфеноидального
- 3) преселлярного
- 4) базального

1295. У ДЕВОЧКИ 1,3 ГОДА С ЖАЛОБАМИ НА ОСТРУЮ ПРАВОСТОРОННЮЮ МОТОРНУЮ СЛАБОСТЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ С

- 1)+ примитивной нейроэктодермальной опухоли
- 2) абсцессом мозга
- 3) кистой
- 4) злокачественной глиомой

1296. ПРИ УДАЛЕНИИ НЕВРИНОМЫ СЛУХОВОГО НЕРВА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОСТУП

- 1)+ субфронтальный
- 2) транслабиринтный
- 3) боковой субокципитальный
- 4) экстрадуральный субвисочный (через среднюю черепную ямку)

1297. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМАХ ОТНОСЯТ

- 1)+ припадки
- 2) головную боль
- 3) психопатологию
- 4) головокружение

1298. ДИСПЛАСТИЧЕСКАЯ ГАНГЛИОЦИТОМА МОЗЖЕЧКА ИНАЧЕ ИЗВЕСТНА КАК БОЛЕЗНЬ

- 1)+ Lhermitte-Duclos
- 2) Bielschowsky и Simons
- 3) Christensen
- 4) Duncan и Snodgrass

1299. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К ХОРДОМАМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрохирургический трансоральный
- 2) эндоскопический трансназальный трансфеноидальный передний расширенный
- 3) птериональный
- 4) транскаллезный

1300. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ АКТГ-ПРОДУЦИРУЮЩИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое
- 2) консервативное
- 3) лучевое
- 4) комбинированное (лучевое и консервативное)

1301. РЕБЕНКУ 12 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ, ТОШНОТУ И СУДОРОГИ ВЫПОЛНЕНА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЕМ, С КОТОРЫМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВЫЯВЛЕННУЮ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ, СЧИТАЮТ

- 1)+ мультиформную глиобластому
- 2) гидроцефалию
- 3) массивную субдуральную гематому
- 4) медуллобластому

1302. ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ТРАНСНАЗАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ СУПРАСЕЛЛЯРНОЙ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ПЛАСТИКУ ДЕФЕКТА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ОПТИМАЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+ назосептального лоскута
- 2) свободного фрагмента слизистой оболочки полости носа
- 3) синтетического трансплантата
- 4) искусственной твердой мозговой оболочки

1303. К ФАКТОРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ ОТНОСЯТ

- 1)+ наклоны пациента вперед
- 2) положение на спине
- 3) положение сидя
- 4) положение на боку

1304. МАЛЬЧИКУ 14 ЛЕТ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ДИСМЕТРИЕЙ И АДИАДОХОКИНЕЗОМ ВЫПОЛНЕНА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ, ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ, СЧИТАЮТ

- 1)+ пилоцитарную астроцитому
- 2) глиобластому
- 3) арахноидальную кисту
- 4) гемангиобластому

1305. МАЛЬЧИКУ 1 ГОДА С ЖАЛОБАМИ НА ОСТРУЮ ПРАВОСТОРОННЮЮ МОТОРНУЮ СЛАБОСТЬ ВЫПОЛНЕНА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ, НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВЫЯВЛЕННУЮ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ C

- 1)+ эпендимомой
- 2) гидроцефалией
- 3) нейролейкозом
- 4) вирусным энцефалитом

1306. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЗМОЦИТОМ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ взятие биопсии
- 2) максимально возможное радикальное удаление опухоли
- 3) декомпрессия основной пазухи
- 4) формирование дефекта основания черепа для создания оптимального направления роста опухоли

1307. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОРДОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ максимально радикальное удаление
- 2) освобождение пазухи основной кости
- 3) декомпрессия носовых раковин и носослезного канала
- 4) декомпрессия носослезного канала

1308. ЕДИНСТВЕННЫМ ПОСТОЯННЫМ ОРИЕНТИРОМ В ПОЛОСТИ НОСА, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ХОДЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ПАЗУХЕ ОСНОВНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хоана
- 2) естественное соустье пазухи основной кости
- 3) средняя носовая раковина
- 4) верхняя носовая раковина

1309. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕПАНАЦИЯ СТРУКТУР ДНА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ бора с алмазной фрезой
- 2) бора с лепестковой фрезой
- 3) кусачек Керрисона
- 4) кусачек Дальгрена

1310. ОДНИМ ИЗ ИНСТРУМЕНТОВ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ТРЕПАНАЦИОННОГО ОКНА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ алмазный бор
- 2) кусачки Люэра
- 3) кусачки Дальгрена
- 4) кусачки Блексли

1311. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ ХИАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ взятие биопсии и декомпрессия окружающих структур
- 2) радикальное удаление опухоли
- 3) декомпрессия гипофиза
- 4) формирование дефекта основания черепа для создания оптимального направления роста опухоли в экстрадуральное пространство

1312. ПРИ УДАЛЕНИИ СУПРАСЕЛЛЯРНОГО УЗЛА АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА НАЧИНАТЬ УДАЛЕНИЕ СЛЕДУЕТ С ЭНДОСКОПА

- 1)+ 30°
- 2) 0°
- 3) 45°
- 4) 70°

1313. В ХОДЕ НАЗАЛЬНОГО ЭТАПА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПАЗУХЕ ОСНОВНОЙ КОСТИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА В СЛУЧАЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА ОПТИМАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ монополярную коагуляцию
- 2) тахокомб
- 3) фибрин-тромбиновый клей
- 4) гемостатическую марлю

1314. В ХОДЕ НАЗАЛЬНОГО ЭТАПА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПАЗУХЕ ОСНОВНОЙ КОСТИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

- 1)+ до середины средней носовой раковины
- 2) до преддверия носа
- 3) от естественного соустья до начала средней носовой раковины
- 4) длиной 5 мм

1315. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРМИНОМ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ взятие биопсии
- 2) максимально возможное радикальное удаление опухоли
- 3) декомпрессия основной пазухи
- 4) формирование дефекта основания черепа для создания оптимального направления роста опухоли

1316. ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ИНЦИДЕНТАЛОМ ГИПОФИЗА ДОСТИГАЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 20
- 2) 50
- 3) 10
- 4) 1

1317. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ К ЭНДО-СУПРАСЕЛЛЯРНЫМ КРАНИОФАРИНГИОМАМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопический трансназальный трансфеноидальный трансселлярный
- 2) эндоскопический трансназальный трансфеноидальный задний расширенный
- 3) птериональный
- 4) транскаллезный

1318. ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НЕВРИНОМ СЛУХОВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТУП

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) транскаллезный
- 3) субфронтальный
- 4) срединный субокципитальный

1319. ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ максимально радикальное удаление опухоли
- 2) взятие биопсии
- 3) декомпрессия основной пазухи
- 4) формирование дефекта основания черепа для создания оптимального направления роста опухоли

1320. НА НАЗАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ПАЗУХЕ ОСНОВНОЙ КОСТИ ОПТИМАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭНДОСКОП

- 1)+ 0°
- 2) 30°
- 3) 45°
- 4) 70°

1321. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОМ НАЛОЖЕНИЯ ФРЕЗЕВОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СУПРАОРБИТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ключевая точка
- 2) брегма
- 3) астерион
- 4) точка выше межбровной на 2 см

1322. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ДОСУПАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+ аутофасции
- 2) фрагмента средней носовой раковины
- 3) аутокости, взятой из передней верхней ости подвздошной кости
- 4) аутохряща

1323. ПРИ ТРАНСКАЛЛЕЗНОМ ДОСТУПЕ ОРИЕНТИРОМ НАПРАВЛЕНИЯ ДОСТУПА К МОЗОЛИСТОМУ Телу СЛУЖИТ

- 1)+ биаурикулярная линия
- 2) угол глаза
- 3) межбровная точка
- 4) инион

1324. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ТРАНСНАЗАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ клиновидно-нёбной
- 2) сонной
- 3) задней соединительной
- 4) верхней гипофизарной

1325. РЕМИССИЯ АКРОМЕГАЛИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО НЕ НАСТУПИТ ПРИ

- 1)+ инфильтративном росте аденомы гипофиза
- 2) поздней стадии заболевания
- 3) базальном уровне СТГ менее 10 мЕд/л
- 4) опухоли гипофиза, имеющей размеры менее 1 см в максимальном диаметре

1326. ВЕНОЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ КОСТЕЙ В ХОДЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ОПТИМАЛЬНО ОСТАНАВЛИВАТЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+ фибриллара
- 2) тахокомба
- 3) аутожира
- 4) аутофасции

1327. ПО АВТОРУ НАЗОСЕПТАЛЬНЫЙ ЛОСКУТ НАЗЫВАЕТСЯ ЛОСКУТОМ

- 1)+ Hadad-Bassagasteguy
- 2) C. Arturo solares
- 3) P. Cappabianca
- 4) McCullough

1328. ПРИ ВСКРЫТИИ ПАЗУХИ ЛОБНОЙ КОСТИ В ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СУПРАОРБИТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ЕЕ ПЛАСТИКУ ОПТИМАЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+ надкостничного лоскута
- 2) аутофасции
- 3) аутокости
- 4) хирургического воска

1329. ПРИ ВСКРЫТИИ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОБЛАСТИ СКАТА СУЩЕСТВУЕТ РИСК ПОВРЕЖДЕНИЯ
_____ АРТЕРИИ

- 1)+** основной
- 2) передней мозговой
- 3) задней соединительной
- 4) верхней мозжечковой

1330. ОДНИМ ИЗ ВАРИАНТОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛИКВОРЕЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** опускание головного конца
- 2) поднятие головного конца
- 3) поднятие ног пациента
- 4) опускание ног пациента

1331. С ЦЕЛЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО КОСМЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКРЫТИЕ ФРЕЗЕВОГО ОТВЕРСТИЯ

- 1)+** титановой пластиной
- 2) хирургическим воском
- 3) тахокомбом
- 4) клеем

1332. НА СЕЛЛЯРНОМ ЭТАПЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА ОПТИМАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭНДОСКОП

- 1)+** 30°
- 2) 0°
- 3) 45°
- 4) 70°

1333. С ЦЕЛЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО КОСМЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАКРЫТИЕ ФРЕЗЕВОГО ОТВЕРСТИЯ

- 1)+** костной стружкой
- 2) хирургическим воском
- 3) тахокомбом
- 4) клеем

1334. В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ «ПОЛУСИДЯ» ВОЗРАСТАЕТ РИСК

- 1)+** воздушной эмболии
- 2) ликвореи
- 3) травмы вертебральной артерии
- 4) пареза лицевого нерва

1335. АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В ХОДЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСНАЗАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ОПТИМАЛЬНО ОСТАНАВЛИВАТЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+** коагуляции
- 2) тахокомба
- 3) аутожира
- 4) аутофасции

1336. С ЦЕЛЬЮ МИНИМИЗАЦИИ РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ В ХОДЕ СУПРАОРБИТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+** люмбальный дренаж
- 2) глюкозы раствор 5%
- 3) глюкозы раствор 10%
- 4) положение больного с опущенным головным концом

1337. НА СФЕНОИДАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА ОПТИМАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭНДОСКОП

- 1)+ 0°
- 2) 30°
- 3) 45°
- 4) 70°

1338. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ

- 1)+ глиального компонента
- 2) нейронального компонента
- 3) сосудистого компонента
- 4) рецепторов к прогестерону

1339. К ДИФУЗНОЙ ГЛИОМЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ глиобластома
- 2) пилоидная астроцитома
- 3) плеоморфная ксантоастроцитома
- 4) хордоидная глиома третьего желудочка

1340. К ОПУХОЛЯМ ГОЛОВНОГО МОЗГА, СОДЕРЖАЩИМ КАК НЕЙРОНАЛЬНЫЙ, ТАК И ГЛИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ нейронально-глиальные
- 2) астроцитарные
- 3) герминогенные
- 4) лимфому и гемопоэтические

1341. КЛАССИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНЕЙ ХОРОИДАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ контралатеральная гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия
- 2) ипсилатеральная гемиплегия, гемианестезия и гемианопсия
- 3) амвроз
- 4) нижняя парастезия, паралич

1342. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ РИСКОМ ПРИ УДАЛЕНИИ КОЛЛОИДНОЙ КИСТЫ 3-ГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение памяти
- 2) нарушение зрения
- 3) атаксия
- 4) гемипарез

1343. ОТ ВСЕХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВЗРОСЛЫХ ОПУХОЛИ ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЮТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 0,5-1
- 2) 2-2,5
- 3) 3-3,5
- 4) 4-5

1344. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ ЛОБНОЙ ИЗВИЛИНЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ синдрома добавочной моторной коры
- 2) синдрома Паркинсона
- 3) гемианопсии
- 4) синдрома Парина

1345. ОДНОЙ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возникновение эпилептических приступов
- 2) онемение в конечностях
- 3) повышение АД
- 4) недержание мочи

1346. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ НЕОКОРТЕКСА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ удаление одной лишь опухоли
- 2) удаление опухоли с резекцией полюса височной доли
- 3) помимо удаления опухоли, резецировать медиальные структуры височной доли
- 4) провести височную лобэктомию

1347. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЦНС ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕРНОГАНА?

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

1348. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ АСТРОЦИТОМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст пациента больше 60 лет
- 2) наличие мутации IDH1
- 3) возраст больного до 30 лет
- 4) отсутствие многоочагового поражения нескольких долей опухолью

1349. НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1)+ реорганизации коры
- 2) реорганизации проводящих путей
- 3) ноотропных препаратов
- 4) деления нейронов

1350. ДИЗЭМБРИОПЛАСТИЧЕСКУЮ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ И ГАНГЛИОГЛИОМУ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЮТ У

- 1)+ детей, подростков и молодых людей
- 2) взрослых
- 3) пожилых
- 4) беременных женщин

1351. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМИ АСТРОЦИТОМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие мутации IDH1
- 2) наличие мутации IDH1
- 3) возраст больного до 50 лет
- 4) поражение височной доли опухолью

1352. ДИФФУЗНЫЕ ГЛИОМЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ К

- 1)+ Grade II
- 2) Grade IV
- 3) Grade III
- 4) Grade I

1353. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ОБНАРУЖИВАЮТ В _____ ДОЛЕ

- 1)+ височной
- 2) лобной
- 3) затылочной
- 4) теменной

1354. ПИЛОИДНАЯ АСТРОЦИТОМА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ Grade I
- 2) Grade IV
- 3) Grade III
- 4) Grade II

1355. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ увеличивает степень резекции
- 2) уменьшает степень резекции
- 3) не влияет на степень резекции
- 4) уменьшает общую выживаемость больных

1356. ОСНОВНЫМ ДОСТУПОМ В ХИРУРГИИ КОЛЛОИДНЫХ КИСТ ТРЕТЬЕГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

- 1)+ транскаллезный
- 2) птериональный
- 3) орбитозигоматический
- 4) латероорбитальный

1357. ВОЗМОЖНЫЙ ВАРИАНТ ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ ТРЕТЬЕГО ЖЕЛУДОЧКА

- 1)+ транскаллезный субхороидальный
- 2) птериональный
- 3) орбитозигоматический
- 4) субвисочный

1358. ОПУХОЛИ ПОДКОРКОВЫХ УЗЛОВ НЕ ВЫЗЫВАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ У БОЛЬНОГО

- 1)+ ранней внутричерепной гипертензии
- 2) хореиформных пароксизмов
- 3) гемианестезии
- 4) гемигипестезии

1359. ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ IV ЖЕЛУДОЧКА С ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ ХОРИОИДПАПИЛЛОМА GRADE I В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ наблюдения в динамике, консультации онколога, контрольного МРТ через 2 месяца по онкопротоколу
- 2) химиотерапии
- 3) лучевой терапии
- 4) терапии с помощью магнитных полей

1360. ВОЗМОЖНЫМ ВАРИАНТОМ ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПИНЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задний межполушарный
- 2) субокципитальный
- 3) орбитозигоматический
- 4) субфронтальный

1361. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО, ТЕЛОВЕЛЯРНОГО ДОСТУПА ОСНОВНЫМ ОРИЕНТИРОМ ОБНАРУЖЕНИЯ ЗАДНИХ НИЖНИХ МОЗЖЕЧКОВЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отверстие Мажанди
- 2) подъязычный нерв
- 3) яремное отверстие
- 4) передняя спинальная артерия

1362. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ДЛЯ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЗАТЫЛОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фокальная пароксизмальная симптоматика в виде фотопсий
- 2) фокальная пароксизмальная симптоматика в виде замираний
- 3) восходящая эпигастральная аура
- 4) «джексоновский марш»

1363. ПЕРФОРАНТНЫЕ АРТЕРИИ ПЕРЕДНЕЙ ХОРОИДАЛЬНОЙ АРТЕРИИ КРОВΟΣНАБЖАЮТ

- 1)+ колено внутренней капсулы
- 2) таламус
- 3) головку хвостатого ядра
- 4) ограду

1364. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ ПРАКТИЧЕСКИ В 100% СЛУЧАЯХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ дизэмбриопластическая нейроэпителиальная опухоль
- 2) глиобластома
- 3) первичная лимфома ЦНС
- 4) менингиома

1365. ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛИ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СУЩЕСТВУЕТ РИСК ПОВРЕЖДЕНИЯ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ передней хориоидальной
- 2) передней мозговой
- 3) средней мозговой
- 4) внутренней сонной

1366. СУБГАЛЕАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА УСТАНАВЛИВАТЬ

- 1)+ не нужно
- 2) нужно, только при наличии повышенного внутричерепного давления
- 3) нужно всегда
- 4) нужно, только при установке аллоимплантов

1367. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ВСЛЕДСТВИЕ ОККЛЮЗИИ ВОДОПРОВОДА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоскопическая тривентрикулостомия
- 2) вентрикулоперитонеальное шунтирование
- 3) люмбоперитонеальное шунтирование
- 4) вентрикулоатриальное шунтирование

1368. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СОСТАВЛЯЕТ___%

- 1)+ 90
- 2) 70
- 3) 50
- 4) 45

1369. КОСТНЫЙ ЛОСКУТ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

- 1)+ не устанавливается
- 2) устанавливается
- 3) устанавливается частично (проводится пластика только заднего полукольца первого шейного позвонка)
- 4) заменяется на титановую пластину

1370. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 80 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение васкулярной декомпрессии
- 2) радиохирургия
- 3) консервативная терапия
- 4) наблюдение

1371. ДЕКОМПРЕССИЯ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ЭТО ОПЕРАЦИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА

- 1)+ создание резервных пространств на уровне краниовертебрального перехода
- 2) создание резервных пространств на уровне шейного утолщения
- 3) создание резервных пространств на уровне поясничного утолщения
- 4) осуществление хирургического доступа к межпозвонковой грыжи шейного отдела позвоночника

1372. СУСТАВНЫЕ ОТРОСТКИ С-2 ПОЗВОНКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА РЕЗЕЦИРОВАТЬ

- 1)+ не нужно
- 2) нужно, во всех случаях
- 3) нужно, только при наличии платибазии
- 4) нужно, только при наличии сирингомиелии

1373. СРЕДИННЫЙ СУБОКЦИПИТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРЕДПОЛАГАЕТ РЕЗЕКЦИЮ

- 1)+ затылочной кости вверх до края поперечных синусов, латерально до середины гемисфер мозжечка, задней дужки С1 позвонка
- 2) затылочной кости 3 x 3 см, С1 позвонка
- 3) задней дужки С1 позвонка и только заднего полукольца большого затылочного отверстия
- 4) резекцию задней дужки С1 и дужки С2 позвонков, затылочной кости до места пересечения ламбдовидного и сагиттального шва

1374. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ ПРИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ

- 1)+ не характерны
- 2) характерны, только при наличии сирингомиелии
- 3) характерны, только при наличии гидромиелии
- 4) характерны, только при наличии платибазии

1375. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВОМ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СПУСТЯ 1 ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ревизию операционной раны, устранение нейроваскулярного конфликта
- 2) наблюдение
- 3) консервативную терапию
- 4) радиохирургию

1376. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ FAR-LATERAL ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ранение позвоночной артерии
- 2) ранение задней нижней мозжечковой артерии
- 3) нарушение стабильности позвоночника
- 4) ранение внутренней сонной артерии

1377. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ ПРИ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ дополнительное проведение МРТ всех отделов спинного мозга
- 2) проведение СКТ-перфузии головного мозга
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) рентген легких

1378. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ головного и спинного мозга
- 2) сонография
- 3) краниография
- 4) СКТ грудного отдела позвоночника

1379. ПРИ НАЛИЧИИ ГИДРОЦЕФАЛИИ, ОПУЩЕНИЯ МИНДАЛИКОВ МОЗЖЕЧКА НИЖЕ УРОВНЯ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ И СИРИНГОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ КИСТЫ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НУЖНО НАЧИНАТЬ С

- 1)+ разрешения гидроцефалии
- 2) декомпрессии краниовертебрального перехода
- 3) дренирования сириномиелитической кисты
- 4) резекции миндалик мозжечка

1380. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ_____ ДОСТУП

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) транспирамидный
- 4) задне-боковой (far-lateral)

1381. УСТАНОВКА НАРУЖНОГО ЛЮМБАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

- 1)+ нецелесообразна
- 2) целесообразна
- 3) целесообразна только при повышенном внутричерепной давлении
- 4) целесообразна только при наличии платибазии

1382. ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ прямой разрез кожи
- 2) арбалетный разрез по Кушингу
- 3) зигзагообразный разрез кожи
- 4) подковообразный разрез кожи

1383. К ОСНОВНОМУ ОРИЕНТИРУ БЕЗОПАСНОГО РАССЕЧЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ОТНОСЯТ

- 1)+ белую линию шеи
- 2) среднюю линию шеи
- 3) затылочный выступ
- 4) остистые отростки позвонков

1384. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВОМ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ПРОБУЖДЕНИЯ ОТ ПОСЛЕНАРКОЗНОГО СНА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ ревизию операционной раны, устранение нейроваскулярного конфликта
- 2) наблюдение
- 3) консервативную терапию
- 4) радиохирургию

1385. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1)+ сравнима с результатами васкулярной декомпрессии, однако не обеспечивает полный регресс болей
- 2) сравнима с результатами васкулярной декомпрессии, обеспечивая при этом полный регресс болей
- 3) не показана у пациентов пожилого возраста
- 4) показана в качестве первого этапа лечения

1386. САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНЫХ И ТРАНСОРАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- 1)+ предотвращения развития инфекционных осложнений
- 2) исключения риска попадания отломков зубов в рану
- 3) эстетического вида
- 4) удобства интубации

1387. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА В ПОЛОЖЕНИИ «КОНКОРД» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ остановка сердца при резекции С1 позвонка
- 2) венозная воздушная эмболия
- 3) ранение позвоночной артерии
- 4) перелом основания черепа

1388. ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ДИССЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ по ходу белой линии (Linea alba)
- 2) по переднему краю кивательной мышцы
- 3) вдоль суставных отростков позвонков
- 4) перпендикулярно плоскости большого затылочного отверстия

1389. НИЖНИЙ САГИТТАЛЬНЫЙ СИНУС

- 1)+ расположен по нижнему краю серповидного отростка
- 2) собирает кровь из глубоких вен головного мозга
- 3) принимает кровь из вен конвекситальной поверхности головного мозга
- 4) впадает в верхний сагиттальный синус

1390. ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА РАЗРЕЗ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ по средней линии
- 2) по переднему краю кивательной мышцы
- 3) ретросигмовидно
- 4) парамедианно

1391. ДИСТОПИЮ МИНДАЛИКОВ МОЗЖЕЧКА В БОЛЬШОЕ ЗАТЫЛОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ МРТ области краниовертебрального перехода
- 2) сцинтиграфия
- 3) рентгенография области краниовертебрального перехода
- 4) ЭЭГ

1392. ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА РЕЗЕЦИРОВАТЬ МИНДАЛИКИ МОЗЖЕЧКА

- 1)+ не нужно
- 2) нужно, только при опущении миндалик мозжечка на 30 мм ниже уровня линии Мак-Рея
- 3) нужно, только при выраженном отеке структур задней черепной ямки
- 4) нужно, только при наличии у пациента признаков внутричерепной гипертензии

1393. ДЕКОМПРЕССИЯ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПРИ

- 1)+ мальформации Киари I
- 2) тригеминальной невралгии
- 3) обструктивной гидроцефалии
- 4) межпозвонковой грыже шейного отдела позвоночника

1394. ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЛОН-КОМПРЕССИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1)+ показано в качестве альтернативы васкулярной декомпрессии
- 2) не показано вне зависимости от неэффективности проведенной ранее васкулярной декомпрессии
- 3) показано при неэффективности проведенной ранее васкулярной декомпрессии
- 4) обеспечивает стойкую (более 2 лет) ремиссию болевого синдрома

1395. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПЛАСТИКУ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ апоневрозом, забранным в ходе доступа
- 2) расщепленным костным лоскутом
- 3) гемостатической губкой
- 4) гемостатической марлей

1396. ЧАЩЕ ВСЕГО ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ХВАТАЕТ ТРЕПАНАЦИОННОГО ОТВЕРСТИЯ _____ СМ

- 1)+ 3X3
- 2) 1X1
- 3) 4X5
- 4) 8X8

1397. ДЕКОМПРЕССИЯ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

- 1)+ проводится при любых типах опухолей
- 2) не проводится никогда
- 3) проводится только при менингиомах
- 4) проводится только при гемангиобластомах

1398. ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тефлоновая гранулема
- 2) гидроцефалия
- 3) воздушная эмболия
- 4) ОНМК

1399. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА МОЖНО ПОЛУЧИТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ _____ СИНУСА

- 1)+ затылочного
- 2) сигмовидного
- 3) кавернозного
- 4) верхнего сагиттального

1400. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ «лежа» с поворотом головы
- 2) «сидя»
- 3) «concorde»
- 4) «полусидя»

1401. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА РЕЗЕЦИРУЮТ

- 1)+ затылочную кость
- 2) пирамиду височной кости
- 3) передний наклоненный отросток
- 4) суставной отросток правого шейного позвонка

1402. КОДОМ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ ПО МКБ-10 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Q07.0
- 2) D33.3
- 3) Q63.2
- 4) S12

1403. ДОСТУПОМ К ОПУХОЛЯМ ОБЛАСТИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) far-lateral
- 4) трансоральный транскливающий

1404. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЭПИДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ (ХОЛЕСТЕАТОМЫ) БОКОВОЙ ЦИСТЕРНЫ МОСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) транспирамидный
- 4) задне-боковой доступ (far-lateral)

1405. К ОСНОВНОМУ ИСТОЧНИКУ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЧЕРЕЗ СРЕДИННЫЙ СУБОКЦИПИТАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ краевой синус
- 2) сосцевидный эмиссарий
- 3) верхний сагиттальный синус
- 4) вены мозжечка

1406. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ВОЗРАСТЕ 80 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И ОТЯГОЩЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радиохирургия
- 2) консервативная терапия
- 3) проведение васкулярной декомпрессии
- 4) наблюдение

1407. ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРОВОДИТСЯ РЕЗЕКЦИЯ

- 1)+ заднего полукольца C-1 позвонка
- 2) заднего полукольца C-2 позвонка
- 3) переднего наклоненного отростка
- 4) костей основания черепа в области ската

1408. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ВСКРЫТЫХ ЯЧЕЙ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ костный воск
- 2) жировую ткань
- 3) мышечную ткань
- 4) клеевые композиции

1409. К ВЕНАМ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1)+ вену мостомозжечковой щели, мосто-тройничную вену
- 2) вену Лаббе
- 3) поперечную вену моста, верхнюю каменистую вену
- 4) вену Галена

Тема 4. Нейрореанимация и нейроанестезиология.

1. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЯХ СОСТАВЛЯЕТ (В СУТКАХ)

- 1)+ 8
- 2) 10
- 3) 14
- 4) 21

2. ОСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ_____ МОСМОЛЬ

- 1)+ 290
- 2) 230
- 3) 205
- 4) 320

3. ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВЫРАЖЕННОЙ ТАХИКАРДИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ бета-блокаторы
- 2) амиодарон
- 3) лидокаин
- 4) электро-импульсную терапию

4. ПЯТИПРОЦЕНТНЫЙ РАСТВОР ГЛЮКОЗЫ ИМЕЕТ ОСМОЛЯРНОСТЬ_____ МОСМ/Л

- 1)+ 285
- 2) 278
- 3) 300
- 4) 800

5. К КРИТЕРИЯМ ДЛЯ НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие сознания и адекватного дыхания
- 2) расширение зрачков и отсутствие зрачкового рефлекса
- 3) судороги, цианоз
- 4) отсутствие АД, пульса на сонных артериях

6. ГЛУБИНА СМЕЩЕНИЯ ГРУДИНЫ ПРИ КОМПРЕССИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 5-6
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 7-8

7. ЦЕЛЕВОЕ ВРЕМЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ЛЕГКИХ ПОСТРАДАВШЕГО ВОЗДУХОМ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВДОХЕ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

8. ТЕМП КОРРЕКЦИИ КОНЦЕНТРАЦИИ НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ММОЛЬ/ЧАС

- 1)+ 0,5
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 1,5

9. СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ВДОХАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛЫМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 30 компрессий и 2 вдоха
- 2) 15 компрессий и 2 вдоха
- 3) 5 компрессий и 2 вдоха
- 4) 30 компрессий и 1 вдох

10. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, КОТОРЫЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение ауторегуляции мозговых сосудов
- 2) артериальная гипертензия
- 3) внутричерепная гипертензия
- 4) нарушение сердечного ритма

11. СИНДРОМОМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА И СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПОНАТРИЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром неадекватной секреции вазопрессина
- 2) центральный несахарный диабет
- 3) сахарный диабет
- 4) внутричерепная гипертензия

12. СИНДРОМОМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА И СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПЕРНАТРИЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ центральный несахарный диабет
- 2) синдром неадекватной секреции вазопрессина
- 3) мозговой соль-теряющий синдром
- 4) сахарный диабет

13. ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БАРБИТУРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальная гипотония
- 2) артериальная гипертензия
- 3) гипертермия
- 4) гипернатриемия

14. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТРАНСФУЗИИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение гемокоагуляции
- 2) снижение концентрации альбумина
- 3) снижение концентрации общего белка
- 4) необходимость инфузионной терапии

15. БАЗОВЫЙ МОНИТОРИНГ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ оценку неврологического статуса каждые 1- 2 часа, КТ головного мозга по показаниям, базовый мониторинг жизненных функций
- 2) базовый мониторинг жизненных функций, мониторинг внутричерепного давления, мониторинг показателей осмолярности плазмы
- 3) базовый мониторинг жизненных функций, мониторинг внутричерепного давления, электрофизиологический мониторинг
- 4) базовый мониторинг жизненных функций, электрофизиологический мониторинг, сатурация венозной крови во внутренней югулярной вене

16. ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БАРБИТУРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ сердечно-сосудистом коллапсе
- 2) эпилептических судорогах
- 3) состоянии возбуждения
- 4) тонических судорогах

17. ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ, И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ НЕЙРОМОНИТОРИНГУ

- 1)+ базисному
- 2) расширенному
- 3) сокращенному
- 4) выборочному

18. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА АЛЬТЕПЛАЗА ПРИ ЛЮБОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 4
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 24

19. ТЕРАПИЮ ПО СНИЖЕНИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ПРИ ЗНАЧЕНИИ БОЛЕЕ _____ ММ. РТ. СТ.

- 1)+ 20
- 2) 15
- 3) 25
- 4) 30

20. ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАЧИНАЕТСЯ С ВВЕДЕНИЯ

- 1)+ адреналина
- 2) антигистаминных препаратов
- 3) нейроплегиков
- 4) глюкокортикоидов

21. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРЕКРАТИТЬ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ИСТЕЧЕНИИ _____ МИНУТ ОТ МОМЕНТА НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ (ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ, МАССАЖА СЕРДЦА, ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ)

- 1)+ 10
- 2) 15
- 3) 20
- 4) 30

22. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ фибрилляции желудочков
- 2) фибрилляции предсердий
- 3) асистолии
- 4) электромеханической диссоциации

23. БАЗОВЫЙ ПРОТОКОЛ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ глюкокортикостероиды (дексаметазон), профилактику развития острых язв желудка, профилактику тромбоэмболических осложнений (пневмокомпрессия)
- 2) глюкокортикостероиды (дексаметазон), антибиотикопрофилактику, профилактику тромбоэмболических осложнений (пневмокомпрессия)
- 3) инфузионную терапию, профилактику развития острых язв желудка, профилактику тромбоэмболических осложнений (пневмокомпрессия)
- 4) глюкокортикостероиды (дексаметазон), профилактику тромбоэмболических осложнений (пневмокомпрессия), витаминотерапию

24. МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ — ЭТО НАБЛЮДЕНИЕ, РЕГИСТРАЦИЯ, ХРАНЕНИЕ И АНАЛИЗ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ МОДАЛЬНОСТЕЙ

- 1)+ двух
- 2) трех
- 3) четырех
- 4) пяти

25. АДРЕНАЛИН, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАСШИРЕННОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ВВОДИТСЯ С ИНТЕРВАЛОМ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 3-5
- 2) 1-2
- 3) 6
- 4) 7-8

26. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ЗА 1 МИНУТУ ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫПОЛНЕНО _____ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

- 1)+ 100-120
- 2) 80-90
- 3) 130-140
- 4) 60-90

27. КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА 80 Г/Л И УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА РЕТИКУЛОЦИТОВ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ

- 1)+ постгеморрагической анемии
- 2) нелеченной пернициозной анемии
- 3) хронической почечной недостаточности
- 4) апластической анемии

28. СИНДРОМОМ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ГИПОВОЛЕМИЕЙ И ГИПОНАТРИЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мозговой соль-теряющий синдром
- 2) сахарный диабет
- 3) внутричерепная гипертензия
- 4) синдром неадекватной секреции вазопрессина

29. К АНТИКОНВУЛЬСАНТАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ мидазолам
- 2) суксаметониум
- 3) нифедипин
- 4) атракуриум

30. РАЗВИТИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОТЕКА ПРОИСХОДИТ ПРИ НАКОПЛЕНИИ _____ ЛИТРОВ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

- 1)+ 2-3
- 2) 0,5 - 1
- 3) 4-5
- 4) 8-10

31. ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ВЧД

- 1)+ > 20 mmHg свыше 10-15 минут
- 2) > 15 mmHg свыше 20 минут
- 3) > 10 mmHg свыше 10-15 минут
- 4) > 20 mmHg свыше 20 минут

32. ОСЛОЖНЕНИЕМ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БАРБИТУРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кардиодепрессия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) гипертермия
- 4) гипернатриемия

33. ГЛУБИНА СМЕЩЕНИЯ ГРУДИНЫ ПРИ КОМПРЕССИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 5
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

34. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реперфузионная гиперемия
- 2) артериальная гипертензия
- 3) внутричерепная гипертензия
- 4) нарушение сердечного ритма

35. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ МОНИТОРИНГА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Лундберг
- 2) Кушинг
- 3) Монро
- 4) Келли

36. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аспирация содержимого ротоглотки
- 2) сердечно-легочная реанимация
- 3) длительная седация
- 4) экстренная интубация

37. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тяжесть состояния по Шкале комы Глазго (ШКГ) 8 и менее баллов
- 2) психомоторное возбуждение
- 3) тетраплегия
- 4) гемипарез

38. У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НАЛИЧИЕ «СВЕТЛОГО ПРОМЕЖУТКА» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1)+ сдавления
- 2) сотрясения
- 3) ушиба
- 4) диффузного аксонального повреждения

39. ПРИ _____ ВАРИАНТЕ ОТЕКА МОЗГА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕКСАМЕТАЗОН

- 1)+ перитуморозном
- 2) посттравматическом
- 3) постишемическом
- 4) гидростатическом (из-за гидроцефалии)

40. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОМ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ -ЭТО

- 1)+ не допускать артериальной гипотензии и гиповолемии
- 2) следить за показателями альбумина и трансферрина
- 3) установить датчик внутричерепного давления
- 4) терапия нифедипином

41. РАЗОВАЯ ДОЗА ВВОДИМОГО АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ СОСТАВЛЯЕТ _____ РАСТВОРА

- 1)+ 1,0 мл 0,1%
- 2) 1,5 мл 0,1%
- 3) 2,0 мл 0,1%
- 4) 2,5 мл 0,1%

42. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, КОТОРЫЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение ликвородинамики
- 2) артериальная гипертензия
- 3) внутричерепная гипертензия
- 4) нарушение сердечного ритма

43. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ морфин
- 2) кетанал
- 3) анальгин
- 4) нитраты

44. ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ острая правожелудочковая недостаточность
- 2) острая левожелудочковая недостаточность
- 3) пневмония
- 4) пневмоторакс

45. СИНДРОМОМ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПОВОЛЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ центральный несахарный диабет
- 2) сахарный диабет
- 3) внутричерепная гипертензия
- 4) синдром неадекватной секреции вазопрессина

46. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- 1)+ открытия дыхательных путей
- 2) профилактики аспирации желудочного содержимого
- 3) удаления инородного тела из дыхательных путей
- 4) стабилизации шейного отдела позвоночника

47. СИНДРОМОМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА И СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПОНАТРИЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мозговой соль-теряющий синдром
- 2) центральный несахарный диабет
- 3) сахарный диабет
- 4) внутричерепная гипертензия

48. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИПРОКНОЙ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИСОНА-УАЙТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ верапамила
- 2) амиодарона
- 3) АТФ
- 4) новокаиномида

49. ЭУВОЛЕМИЮ (НОРМАЛЬНЫЙ ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ ОБЪЕМ КРОВИ) У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖИВАТЬ

- 1)+ нормотоническими кристаллоидными растворами
- 2) гипертоническим раствором натрия
- 3) гипотоническим раствором натрия
- 4) свежезамороженной плазмой

50. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ АНАЛОГОВ ВАЗОПРЕССИНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (С ИСКЛЮЧЕННОЙ СМЕРТЬЮ МОЗГА) ОСЛОЖНЕННОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЕМ НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- 1)+ через 24 -36 часов
- 2) сразу при появлении симптомов
- 3) через 12 часов после появления гипернатриемии
- 4) через 48-72 часа

51. АНТИКОАГУЛЯНТОМ, ДЕЙСТВУЮЩИМ ЧЕРЕЗ АНТИТРОМБИН III ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фондапаринукс
- 2) дабигатран
- 3) варфарин
- 4) аprotинин

52. ПОНЯТИЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ поверхностные и глубокие тромбозы, тромбоэмболию легочной артерии
- 2) только тромбоэмболию легочной артерии
- 3) только глубокие тромбозы любой локализации
- 4) только поверхностные тромбозы любой локализации

53. К ФАКТОРАМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СТЕПЕНЬ РИСКА АНЕСТЕЗИИ И ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТЕЛЬНОГО ИСХОДА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ аортальный стеноз
- 2) периодические желудочковые экстрасистолы
- 3) интраоперационный узловый ритм
- 4) интраоперационную синусовую тахикардию

54. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НАЧИНАЮТ С ПЕРЕЛИВАНИЯ

- 1)+ кристаллоидных растворов
- 2) коллоидных растворов
- 3) свежезамороженной плазмы
- 4) эритроцитарной массы

55. УГНЕТЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО СОПОРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ТРЕБУЕТ

- 1)+ осуществления протекции дыхательных путей
- 2) выполнения кардиоверсии
- 3) выполнения общего анализа крови
- 4) выполнения сердечно-легочной реанимации

56. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫЙ МЕНИНГИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глубоким инфекционным процессом в области нейрохирургического вмешательства
- 2) поверхностным инфекционным процессом в области нейрохирургического вмешательства
- 3) смешанным инфекционным процессом
- 4) инфекционным процессом вызванным менингококком

57. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ налоксон
- 2) атропин
- 3) кордиамин
- 4) прозерин

58. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У КРИТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ динамическое исследование сердечного выброса
- 2) ЭХО-КГ
- 3) центральное венозное давление
- 4) интерлефкин-6

59. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ геморрагический инсульт в анамнезе
- 2) операцию на венах нижних конечностей в анамнезе
- 3) онкологические заболевания
- 4) желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе

60. В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА РИСКА БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ NRS 2002
- 2) MND
- 3) STAMP
- 4) MUST

61. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение венозного отдела сосудистого русла
- 2) снижение сократительной способности миокарда
- 3) уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) угнетение сосудодвигательного центра

62. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ МНО ПРИ ПРИЕМЕ ВАРФАРИНА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 2,0-2,5
- 2) 1,0-1,5
- 3) 3,0-3,5
- 4) 4,0-4,5

63. ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

- 1)+ противопоказано
- 2) разрешено
- 3) разрешено, при жизнеугрожающих состояниях
- 4) противопоказано без введения прикорма

64. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амиодарон
- 2) магнезия
- 3) изоптин
- 4) панангин

65. К ФАКТОРУ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕМУ СТЕПЕНЬ РИСКА АНЕСТЕЗИИ И ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТЕЛЬНОГО ИСХОДА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ удлинённый интервал QT
- 2) периодические желудочковые экстрасистолы
- 3) интраоперационный узловый ритм
- 4) интраоперационную синусовую аритмию

66. ТОЧКОЙ ПРИЛОЖЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО ДЕЙСТВИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ активный X фактор
- 2) активный VII фактор
- 3) фактор Хагемана
- 4) активный VIII фактор

67. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ОСТРЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПОКАЗАНО

- 1)+ при любых острых пероральных отравлениях
- 2) если прошло не больше 10 часов после приема яда
- 3) при отравлениях кислотами и щелочами
- 4) при бессознательном состоянии больного

68. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиповолемия, обусловленная острой кровопотерей
- 2) улучшение перфузии
- 3) снижение концентрации гемоглобина
- 4) гипокоагуляция

69. К ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ патологический зубец Q в III отведении
- 2) зубцы QS в правых грудных отведениях
- 3) элевацию сегмента ST в левых грудных отведениях и отведениях: I, AVL
- 4) депрессию сегмента ST в левых грудных отведениях

70. ГИПОВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОЖИРЕНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, ВКЛЮЧАЮЩИМИ СНИЖЕНИЕ

- 1)+ податливости (compliance) легких-грудной клетки
- 2) концентрации бикарбоната плазмы
- 3) резистентности воздушных путей
- 4) работы дыхания

71. ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПЛОТНОСТИ ТРОМБА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ максимальная амплитуда
- 2) коагуляционный индекс
- 3) интервал г
- 4) интервал k

72. СЛЕДСТВИЕМ БАКТЕРИАЛЬНОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ЛИКВОРА _____ ММОЛЬ/Л

- 1)+ меньше 2,2
- 2) 2,2 – 2,8
- 3) 2,8 – 3,0
- 4) больше 3,2

73. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БАРБИТУРАТАМИ У ПАЦИЕНТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ депрессия дыхания
- 2) повышение рефлексов
- 3) артериальная гипертензия
- 4) возбуждение

74. К МЕТОДАМИ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ компрессионный трикотаж и перемежающуюся пневмокомпрессию
- 2) инфузионную терапию
- 3) обильное питье
- 4) применение коллоидных растворов

75. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ низкомолекулярные гепарины
- 2) антагонистов витамина К
- 3) нефракционированный гепарин
- 4) коллоидные инфузионные растворы

76. К ФАКТОРАМ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ онкологические заболевания на любой стадии
- 2) возраст младше 10 лет
- 3) ранение легкого
- 4) прием нестероидных противовоспалительных препаратов

77. ПОЛОЖЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ ВО ВРЕМЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

- 1)+ лежа на боку
- 2) сидя
- 3) лежа на животе
- 4) лежа на спине

78. ОТРАВЛЕНИЕ КЛОФЕЛИНОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сонливостью
- 2) возбуждением
- 3) тахикардией
- 4) артериальной гипертензией

79. ПОВЫШЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ДАВЛЕНИЕ УМЕНЬШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

- 1)+ маннитола
- 2) кетамина
- 3) недеполяризующих миорелаксантов
- 4) сукцинилхолина

80. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДЛЯ СЕПСИСА БИОМАРКЕРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прокальцитонин
- 2) Ц-реактивный протеин
- 3) интерлефкин-6
- 4) лактат

81. МЕТОДЫ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ вентрикулярный дренаж
- 2) нитропруссид натрия
- 3) изофлюран
- 4) нимодипин

82. О НАЛИЧИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СОДЕРЖАНИЕ_____ НЕЙТРОФИЛОВ В 1 МКЛ ЛИКВОРА

- 1)+ 200-500 и более
- 2) 50-100
- 3) 100-150
- 4) 150-200

83. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НУЖНО ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ острым инфарктом миокарда
- 2) спонтанным пневмотораксом
- 3) плевритом
- 4) крупозной пневмонией

84. ДОЗА ЭНОКСАПАРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 0,4 мл однократно в сутки
- 2) 0,4 мл дважды в сутки
- 3) 0,8 мл однократно в сутки
- 4) 0,8 мл дважды в сутки

85. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИВЛ ВЫЯВЛЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ KLEBSIELLA PNEUMONIAE С В-ЛАКТАМАЗОЙ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА (БРЛС) СТХ-М ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эртапенем
- 2) амоксициллин / клавуланат
- 3) цефоперазон/сульбактам
- 4) моксифлоксацин

86. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА В АКУШЕРСТВЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) амниотическая эмболия
- 3) эклампсия
- 4) тромбоз легочной артерии

87. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутривенное введение адреналина
- 2) введение антигистаминных препаратов
- 3) наложение жгута
- 4) введение кордиамина

88. ПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз легочной артерии, сопровождающийся шоком
- 2) визуализация тромба в легочном стволе
- 3) рецидив тромбоза легочной артерии
- 4) повышение систолического давления в легочной артерии более 60 мм рт.ст.

89. ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ ИЗ НЕЕ ВОЗДУХА ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1)+ во II межреберье по среднеключичной линии
- 2) в IV межреберье по переднеподмышечной линии
- 3) в VII межреберье по задней подмышечной линии
- 4) во II межреберье по боковой поверхности

90. ПРИНЦИПОМ РАБОТЫ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ определение вязкоэластических свойств тромба
- 2) определение электропроводимости тромба
- 3) определение возбудимости тромбоцитов
- 4) оценка скорости распространения тромба в пространстве

91. К ФАКТОРАМ РИСКА АНЕСТЕЗИИ И ВЕРОЯТНОСТИ СМЕРТЕЛЬНОГО ИСХОДА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ инфаркт миокарда случившийся 2 месяца назад
- 2) периодические желудочковые экстрасистолы
- 3) интраоперационный узловой ритм
- 4) интраоперационную синусовую брадикардию

92. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КРИСТАЛЛОИДОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ сбалансированные кристаллоиды в сравнении с физиологическим раствором
- 2) физиологический раствор в сравнении со сбалансированными кристаллоидами
- 3) физиологический раствор в равном сочетании со сбалансированными кристаллоидами
- 4) физиологический раствор в сочетании со сбалансированными кристаллоидами 1:3

93. НАЧАЛЬНЫЙ ВОЛЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КРИСТАЛЛОИДОВ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО ЭФФЕКТА У КОЛЛОИДОВ ЗА СЧЕТ ТОГО, ЧТО

- 1)+ существенная часть кристаллоидов после введения покидает сосудистое русло, тогда как коллоидов – остается в циркуляции
- 2) существенная часть кристаллоидов после введения остается в циркуляции, тогда как коллоидов – покидает сосудистое русло
- 3) применение сбалансированных кристаллоидов резко увеличивает концентрацию натрия в плазме
- 4) применение сбалансированных кристаллоидов резко увеличивает концентрацию альбумина в плазме

94. ГЛУБИНА КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1)+ ком Глазго
- 2) SOFA
- 3) MODS
- 4) NUTRIC

95. РАЗВИТИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО У БОЛЬНЫХ

- 1)+ получающих инсулин
- 2) недиагностированным инсулинозависимым типом диабета
- 3) с недиагностированным диабетом II типа
- 4) занимающихся похуданием

96. ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ ИНГИБИРОВАНИЕ

- 1)+ тромбоцитов
- 2) фибринолиза
- 3) протеина С
- 4) VII фактора

97. ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ВЧД ИЛИ «НАПРЯЖЕННОГО» ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение венозного оттока
- 2) скрытое кровотечение в зоне операции
- 3) гипокания
- 4) гипероксия

98. ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ ВВОДИМЫЙ ОДНОМОМЕНТНО ВЗРОСЛОМУ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ_____МЛ

- 1)+ 800
- 2) 200
- 3) 400
- 4) 1600

99. ДАННЫМИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМИ О ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дилатация правых камер сердца
- 2) дилатация левых камер сердца
- 3) снижение сократимости левого желудочка
- 4) гипертрофия правого желудочка

100. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ К ВДОХАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 30:2
- 2) 15:2
- 3) 30:1
- 4) 15:1

101. ФАКТОРОМ РИСКА, СВЯЗАННЫМ С РАЗВИТИЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО АТЕЛЕКТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эмфизема
- 2) отсутствие премедикации
- 3) спинальная анестезия
- 4) премедикация бензодиазепинами

102. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ, ТЯЖЕЛОГО И ТРУДНОКУПИРУЕМОГО ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ использование ингаляционных анестетиков и деполяризующих миорелаксантов
- 2) использование систем внешнего обогрева по ходу операции
- 3) анестезия пропофолом
- 4) ИВЛ по замкнутому контуру

103. ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ

- 1)+ прекратить прием препаратов – ингибиторов АПФ
- 2) назначить удвоенную дозировку бета-блокаторов
- 3) назначить аспирин
- 4) прекратить прием бета-блокаторов

104. ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ АСПИРИНА ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ коллаген-эпинефриновый тест агрегации тромбоцитов
- 2) тромбоэластография
- 3) АЧТВ
- 4) МНО

105. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ПОДДЕРЖАНИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тотальная внутривенная анестезия
- 2) анестезия ингаляционными анестетиками
- 3) анестезия ксеноном
- 4) анестезия кетамин

106. ПРИ МИАСТЕНИИ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1)+ сукцинилхолин
- 2) прозерин
- 3) кетамин
- 4) атропин

107. НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДО ОПЕРАЦИИ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

- 1)+ является фактором риска развития интра- и послеоперативных инфарктов миокарда
- 2) является противопоказанием к использованию изофлюрана
- 3) снижает риск тромбоза глубоких вен
- 4) является противопоказанием к использованию эпидуральной анальгезии

108. ОТСРОЧИТЬ ПРОБУЖДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ ЕСЛИ

- 1)+ у пациента тяжелая хирургическая травма жизненно важных структур головного мозга
- 2) отсутствуют свободные места в отделении интенсивной терапии
- 3) у пациента с клипированной аневризмой реакция на интубационную трубку
- 4) произошло полное быстрое восстановление сознания и самостоятельного дыхания

109. ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ ПРИЕМ ВАРФАРИНА ЗА

- 1)+ 5 дней, с переходом на мост-терапию НМГ
- 2) 3 дня, с переходом на мост-терапию НМГ
- 3) 2 суток, причем мост-терапия не требуется
- 4) 1 сутки, причем мост-терапия не требуется

110. ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО

- 1)+ перевести его в открытый
- 2) увеличить положительное давление в конце выдоха
- 3) назначить бронхолитики
- 4) привести пациента в сидячее положение

111. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ АНЕСТЕТИКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ИНТРАКРАНИАЛЬНУЮ СИСТЕМУ

- 1)+ повышают внутричерепное давление, мозговой кровоток, внутричерепной объем крови, но снижают церебральный метаболизм
- 2) снижают внутричерепное давление, мозговой кровоток, внутричерепной объем крови, но ускоряют церебральный метаболизм
- 3) снижают внутричерепное давление
- 4) влияния не оказывают

112. «КРАНИОТОМИЯ В СОЗНАНИИ» ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ, В ОСНОВНОМ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ для контроля неврологических функций при удалении образований из речевых зон мозга
- 2) для снижения использования гипнотиков и быстрого пробуждения
- 3) для снижения использования ингаляционных анестетиков
- 4) при страхе пациента от предстоящей анестезии

113. КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЭЛА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ИМЕЕТ

- 1)+ показатель данных УЗИ вен нижних конечностей
- 2) уровень Д-димера
- 3) ожирение
- 4) сонное апноэ в анамнезе

114. ОСЛОЖНЕНИЯМИ, РАЗВИВАЮЩИМИСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОТМЕНЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗА НЕДЕЛЮ ДО ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ выраженная реакция артериального давления на интубацию трахеи
- 2) более контролируемое артериальное давление в послеоперационном периоде
- 3) отсутствие необходимости использования вазопрессорной поддержки интра- и послеоперационном периоде
- 4) развитие интраоперационной гипокалиемии

115. НАИБОЛЬШЕЙ АНАЛГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ кетамин
- 2) пропофол
- 3) тиопентал
- 4) гексенал

116. ПОНЯТИЕ «ТРУДНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ПУТИ» ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ трудную и безуспешную интубацию трахеи
- 2) назотрахеальную интубацию
- 3) западение нижней челюсти и языка
- 4) отсутствие трахеостомы

117. КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИМЕЕТ

- 1)+ повышение уровня тропонина в крови
- 2) боль за грудиной
- 3) появление депрессии сегмента ST на послеоперационной ЭКГ
- 4) гипотония неясного генеза

118. ВАЖНЫМ АСПЕКТОМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ БОЛЬНОГО ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ блокада гипертензионной реакции во время интубации трахеи
- 2) использование гипертонических растворов на этапе выполнения доступа
- 3) использование гипервентиляции
- 4) начало измерения инвазивного артериального давления до начала анестезии

119. НЕ СЛЕДУЕТ СТРЕМИТЬСЯ К РАННЕМУ ПРОБУЖДЕНИЮ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЕСЛИ

- 1)+ было исходно тяжелое состояние пациента до операции
- 2) отсутствуют свободные места в отделении интенсивной терапии
- 3) у пациента с клипированной аневризмой выраженная реакция на интубационную трубку
- 4) была удалена опухоль головного мозга любой локализации

120. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИНВАЗИВНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая вероятность нестабильности гемодинамики по ходу операции
- 2) быстрое получение образцов крови у взрослого
- 3) удобство анестезиолога и операционной бригады
- 4) отечность конечностей пациента

121. ПРИ ПОВЫШЕННОМ НАПРЯЖЕНИИ МОЗГОВОЙ ТКАНИ ПО ХОДУ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ

- 1)+ отказаться от использования ингаляционных анестетиков
- 2) отказаться от использования внутривенных анестетиков
- 3) использовать гиповентиляцию
- 4) повысить дозировки опиоидов

122. ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНОЙ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ умеренная гиперкапния
- 2) умеренная гипотония
- 3) установка турникета на шею
- 4) наклон головы пациента вперед

123. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ

- 1)+ ретракционную травму мозга
- 2) развитие интра- и послеоперативных инфарктов миокарда
- 3) развитие нарушений сердечного ритма
- 4) послеоперационную тошноту и рвоту

124. К ПОКАЗАНИЮ К ИНТРАОПЕРАЦИОННОМУ ПЕРЕЛИВАНИЮ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ системные нарушения свёртывания крови в виде гипокоагуляции
- 2) кровопотерю более 25% ОЦК
- 3) гипопротеинемию
- 4) гипоальбуминемию

125. БОЛЬНОГО ПОСЛЕ КРАНИОТОМИИ СЛЕДУЕТ ПРОБУЖДАТЬ

- 1)+ как можно раньше
- 2) на следующий день после операции
- 3) не ранее чем через 2 часа после операции
- 4) после нахождения под седацией не менее чем 3 суток в отделении интенсивной терапии

126. К ПОКАЗАНИЮ ДЛЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН ОТНОСЯТ

- 1)+ невозможность постановки периферического венозного катетера
- 2) резко выраженные нарушения свертывающей системы крови
- 3) удобство анестезиолога и операционной бригады
- 4) быстрое получение образцов крови у взрослого

127. В КАКОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ОТСРОЧИТЬ ПРОБУЖДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

- 1)+ при возникновении тяжелых интраоперационных осложнений
- 2) при наличии свободных мест в отделении интенсивной терапии
- 3) при реакции пациента с клипированной аневризмой на интубационную трубку
- 4) при полном быстром восстановлении сознания и самостоятельного дыхания

128. ПРИ АНЕСТЕЗИИ БОЛЬНОМУ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРЕДСТОИТ ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ

- 1)+ отека легких в ответ на инфузионную терапию
- 2) коллапса вследствие падения сосудистого сопротивления
- 3) эмболии легочной артерии
- 4) гипертонического криза

129. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ ОТ ДРУГИХ НАПРАВЛЕНИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ необходимость управления основными компонентами интракраниальной системы
- 2) необходимость контроля миоплегии
- 3) отсутствие у пациента сознания до оперативного лечения
- 4) необходимость торможения выраженных вегетативных рефлексов

130. ВАЖНЕЙШИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гликированный гемоглобин
- 2) динамика уровня глюкозы натощак
- 3) снижение уровня калия в крови
- 4) снижение скорости диуреза

131. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ венозную воздушную эмболию
- 2) развитие интра- и послеоперативных инфарктов миокарда
- 3) развитие нарушений сердечного ритма
- 4) послеоперационную тошноту и рвоту

132. ПРОВЕДЕНИЕ ДЕКУРАРИЗАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО, ЕСЛИ

- 1)+ произошло неполное восстановление нервно-мышечной проводимости и появление самостоятельного дыхания
- 2) имеется замедленное пробуждение пациента после операции по неясным причинам
- 3) через 20 минут после окончания операции отсутствует спонтанная вентиляция
- 4) завершено анестезиологическое пособие, независимо от степени восстановления спонтанного дыхания

133. КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ИМЕЕТ

- 1)+ ЭХО-КГ
- 2) динамика ЭКГ за последний месяц
- 3) выраженность отеков
- 4) уровень тропонина I в крови

134. ПЕРИОПЕРАТИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ А ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

- 1)+ введения концентрата VIII фактора свертывания
- 2) трансфузии тромбоцитарной массы
- 3) трансфузии цельной крови
- 4) трансфузии коллоидных инфузионных растворов

135. ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

- 1)+ оценку функции внешнего дыхания
- 2) определение фактора переноса окиси углерода
- 3) вымывание азота
- 4) ЭХО-КГ

136. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КРОВΟΣБЕРЕЖЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реинфузия крови
- 2) изоволемическая гемодилюция
- 3) предоперационное аутодонорство
- 4) управляемая гипотония

137. ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИНИМАЮЩЕГО ТИАЗИДНЫЙ ДИУРЕТИК И АТЕНОЛОЛ (100 МГ В СУТКИ) НЕОБХОДИМО

- 1)+ продолжить получаемое больным антигипертензивное лечение в день операции
- 2) заменить атенолол блокатором кальциевых каналов
- 3) вводить в/в бета-блокатор в течение операции
- 4) вводить не более 5 мл/кг/час кристаллоидов во избежание перегрузки жидкостью

138. ИНДУКЦИЮ АНЕСТЕЗИИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ внутривенными гипнотиками
- 2) ингаляционными анестетиками
- 3) нейролептиками
- 4) закистью азота

139. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ БОЛЬШОЙ КРОВОПОТЕРИ У НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обильное кровоснабжение опухоли
- 2) артериальная гипертензия в анамнезе
- 3) прием антацидных препаратов
- 4) величина перитуморозного отека головного мозга

140. ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАНОВОЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ДАБИГАТРАНА (ПРАДАКСА)

- 1)+ возможно на третьи сутки после отмены
- 2) требует отмены за неделю с переходом на мост-терапию НМГ
- 3) не требует отмены препарата
- 4) возможно только при введении свежемороженой плазмы

141. ПРОБЛЕМОЙ, СВЯЗАННОЙ С АНЕСТЕЗИЕЙ У ПАЦИЕНТА С ВЫСОКИМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА, МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ трудная интубация
- 2) измененная терморегуляция
- 3) невозможность установки мочевого катетера
- 4) периодические желудочковые экстрасистолы

142. НА РАЗДРАЖЕНИЕ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА СЕРДЦЕ РЕАГИРУЕТ

- 1)+ брадикардией
- 2) тахикардией
- 3) вначале тахикардией, а затем брадикардией
- 4) экстрасистолией

143. ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО

- 1)+ прекратить прием твердой пищи за 6 часов и прозрачной жидкости за 2 часа до начала операции
- 2) прекратить прием твердой пищи за 12 часов и прозрачной жидкости за 6 часов до начала операции
- 3) прекратить потребление пищи и воды за сутки до операции
- 4) не ограничивать прием пищи и жидкости

Тема 5. Нейротравматология.

1. СМЕЩЕНИЕ В СТОРОНУ ОТДЕЛОВ МОЗГА, РАСПОЛОЖЕННЫХ МЕЖДУ СВОБОДНЫМ КРАЕМ БОЛЬШОГО СЕРПОВИДНОГО ОТРОСТКА И ОСНОВАНИЕМ ЧЕРЕПА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ смещения мозга под серповидный отросток
- 2) смещения медиальных отделов височной доли в вырезку намета мозжечка
- 3) мозжечково-тенториального смещения
- 4) смещения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие

2. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ интракраниальное нахождение датчиков менее 3 суток
- 2) внутричерепная гипертензия
- 3) внутримозговое кровоизлияние
- 4) интракраниальное нахождение датчиков более 5 суток

3. У ПАЦИЕНТОВ С МЕНИНГИТОМ, ВЫЗВАННЫМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полимиксин В
- 2) дорипинем
- 3) меронем
- 4) цефазолин

4. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ САНАЦИИ ЛИКВОРА СОСТАВЛЯЕТ _____ СУТОК

- 1)+ 7
- 2) 14
- 3) 9
- 4) 18

5. У ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ И КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В ОБЛАСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, МЕДИАЛЬНОЕ ВНУТРЕННЕЕ МОЗГОВОЙ ПЛАСТИНКИ ПОВРЕЖДЕНО _____ ЯДРО

- 1)+ дорсомедиальное
- 2) переднее таламическое
- 3) вентральное заднелатеральное
- 4) вентральное латеральное

6. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ _____ НЕРВ

- 1)+ обонятельный
- 2) зрительный
- 3) глазодвигательный
- 4) отводящий

7. ПРИ ВИСОЧНО-ТЕНТОРИАЛЬНОМ ВКЛИНЕНИИ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ КОМПРЕССИЯ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ задней мозговой
- 2) средней мозговой
- 3) передней мозговой
- 4) позвоночной

8. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ПЕРЕЛОМом ЛЕВОГО СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА И ПОЛНЫМ РАЗРУШЕНИЕМ ШИЛОСОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1)+ периферический прозопарез
- 2) альтернирующая гемиплегия
- 3) гемифациальный спазм
- 4) альтернирующая гемианестезия

9. ПАРАЛИЧ ОБЕИХ НОГ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП СООТВЕТСТВУЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

- 1)+ параплегии
- 2) моноплегии
- 3) тетраплегии
- 4) альтернирующей гемиплегии

10. ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ДОСТАТОЧНО ЧЁТКИЕ ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ У ПОСТРАДАВШИХ _____ ВОЗРАСТА

- 1)+ пожилого
- 2) детского
- 3) молодого
- 4) среднего

11. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ НЕЗАВИСИМО ОТ ВОЗРАСТА ПОСТРАДАВШИХ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОБЫЧНО ПРЕОБЛАДАЮТ _____ СИМПТОМЫ

- 1)+ общемозговые
- 2) очаговые
- 3) оболочечные
- 4) дислокационные

12. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?

- 1)+ назначение профилактической антибиотикотерапии обуславливает снижение риска развития менингита при переломах костей основания черепа
- 2) данные повреждения часто выявляются путем обнаружения пневмоцефалии на компьютерной томографии при отсутствии открытых трещин черепного свода
- 3) перелом костей основания черепа сопровождается формированием периорбитальных кровоизлияний («симптом очков», «глаза енота») или околоушным кровоизлиянием (симптом Батла)
- 4) перелом основания черепа встречается в 7-16 % всех случаев травм костей черепа

13. ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ИЛИ ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ВВЕДЕНИЯ РАЗРЕШЕННЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ванкомицин
- 2) дорипинем
- 3) меронем
- 4) цефазолин

14. КРИТЕРИЕМ ЭРАДИКАЦИИ ПАТОГЕНОВ ИЗ ЛИКВОРА ПРИ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ негативный посев ликвора при трех последовательных пробах
- 2) нормализация температуры тела
- 3) отсутствие повышения маркеров воспаления в периферической крови
- 4) регресс менингеальных симптомов

15. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОТНОСТЬ СЕРОГО И БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА МОЗГА В НОРМЕ СООТВЕТСТВЕННО СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 33-45 Н и 29-36 Н
- 2) 39-55 Н и 35-42 Н
- 3) 27-40 Н и 25-33 Н
- 4) 24-33 Н и 22-30 Н

16. ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ РИСК ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ УВЕЛИЧИВАЕТ

- 1)+ факт потери сознания и её длительность
- 2) длительность посттравматической амнезии
- 3) выраженность общемозговой симптоматики
- 4) наличие многократной рвоты

17. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА И БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ НАРУШЕНИЯ

- 1)+ краткосрочной памяти
- 2) чувствительности в нижних конечностях
- 3) глотания и фонации
- 4) движений в мышцах шеи

18. АБСОЛЮТНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЕЖЕГОДНО В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ _____

- 1)+ 600000
- 2) 500000
- 3) 450000
- 4) 400000

19. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП С ПАРЕЗОМ ПРАВОЙ НОГИ И СНИЖЕНИЕМ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С УРОВНЯ T10 ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СВЯЗАНЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1)+ правого латерального кортикоспинального пути
- 2) ретикулоспинального пути слева
- 3) правого руброспинального пути
- 4) вестибулоспинальных волокон слева

20. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО I.F. MARSHALL (1992) ДЛЯ II СТЕПЕНИ ДИФФУЗНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ УШИБЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ визуализацию цистерн, смещение 0-5 мм, объем плотной части менее 25 мл
- 2) нормальную картину
- 3) смещение более 5 мм, объем плотной ткани более 25 мл
- 4) смещение 0-5 мм, компрессию или отсутствие визуализации базальных цистерн, объем плотной части менее 25 мл

21. У ПАЦИЕНТОВ С НЕГАТИВНЫМИ ДАННЫМИ ПОСЕВОВ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ выполнить ПЦР ликвора на ДНК вирусов
- 2) дополнить системную антибактериальную терапию интратекальным введением антибиотиков
- 3) установить наружный вентрикулярный или люмбальный дренаж для отведения инфицированного ликвора
- 4) проводить ежедневные люмбальные пункции

22. ФАКТОРОМ РИСКА, ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ВОЗМОЖНОСТЬ УВЕЛИЧЕНИЯ В РАЗМЕРЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вид травматизма
- 2) мужской пол
- 3) увеличение АЧТВ
- 4) угнетение сознания

23. ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ ЧМТ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЧЕРЕПА В СОЧЕТАНИИ С КАКИМ-ЛИБО ВАРИАНТОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ КТ
- 2) МРТ в T1-режиме
- 3) прямой ангиографии
- 4) ПЭТ

24. КОМПРЕССИЯ IV ЖЕЛУДОЧКА, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ НАРУШЕНИЕМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ БУЛЬБАРНЫХ ОТДЕЛОВ СТОЛА МОЗГА И ЕГО ОТЕКОМ, В БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ смещения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие
- 2) боковой дислокации
- 3) центральной транстенториальной дислокации
- 4) мозжечково-тенториальной дислокации

25. В КАЧЕСТВЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫДЕЛЯЮТСЯ

- 1)+ грамположительные кокки
- 2) грамотрицательные бактерии
- 3) вирусы
- 4) грибки

26. САМОЙ РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гематогенная колонизация дренажа патогенными микроорганизмами
- 2) ретроградное попадание возбудителей по дренажу
- 3) раневая инфекция, связанная с установкой дренажа
- 4) нагноение послеоперационной раны

27. ПОЛОСКА БЕЛОГО ЦВЕТА НА ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ, ИМЕЮЩАЯ 5 ММ В ТОЛЩИНУ И 12 СМ В ДЛИНУ У ПАЦИЕНТА С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СООТВЕТСТВУЕТ
_____ КРОВОИЗЛИЯНИЮ

- 1)+ субдуральному
- 2) эпидуральному
- 3) паренхиматозному
- 4) внутрижелудочковому

28. КОЛИЧЕСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 7
- 2) 6
- 3) 5
- 4) 4

29. КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ МЕНИНГИТА ПО ДАННЫМ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ накопление контрастного препарата оболочками головного мозга
- 2) обнаружение гиперденсных очагов
- 3) обнаружение гиподенсных очагов
- 4) расширение желудочковой системы

30. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП С ПАРЕЗОМ ПРАВОЙ НОГИ И СНИЖЕНИЕМ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С УРОВНЯ Т10 ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ

- 1)+ Т8 справа
- 2) Т6 слева
- 3) Т10 справа
- 4) Т9 слева

31. ДИФФУЗНАЯ АКСОНАЛЬНАЯ ТРАВМА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ дорожно-транспортном происшествии
- 2) падении с высоты
- 3) ударе тяжелым предметом по голове
- 4) огнестрельных ранениях черепа и головного мозга

32. К ПАЦИЕНТАМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ МЕНИНГИТА ОТНОСЯТ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ переломами основания черепа и ликвореей
- 2) сочетанной или комбинированной травмой
- 3) диффузным аксональным повреждением
- 4) проведенным нейрохирургическим лечением

33. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ИМЕЕТ ОСОБЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПЕРЕД КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ _____ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

- 1)+ изоденсивных и плоскостных
- 2) гиперденсивных
- 3) гиподенсивных
- 4) двусторонних

34. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ИЛИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕНИНГИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верификация чувствительного микроорганизма
- 2) развитие пароксизмальной симптоматики
- 3) угнетение уровня сознания до комы
- 4) наличие функционирующего люмбального или вентрикулярного дренажа

35. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ УШИБЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО I.F. MARSHALL (1992) ДЛЯ III СТЕПЕНИ ДИФУЗНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ УШИБЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- 1)+ смещение 0-5 мм, компрессию или отсутствие визуализации базальных цистерн, объем плотной части менее 25 мл
- 2) визуализацию цистерн, смещение 0-5 мм, объем плотной части менее 25 мл
- 3) нормальную картину
- 4) смещение более 5 мм, объем плотной ткани более 25 мл

36. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА И БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕТЛИ МЕЙЕРА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ КВАДРАНТНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ

- 1)+ двухсторонняя верхняя
- 2) левосторонняя нижняя
- 3) правосторонняя верхняя
- 4) двусторонняя нижняя

37. ВЕРОЯТНОСТЬ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ВАРИРУЕТ В ПРЕДЕЛАХ ОТ _____ %

- 1)+ 0,2 до 3,1
- 2) 0 до 0,2
- 3) 3 до 4
- 4) 4 до 5

38. К ПАЦИЕНТАМ С ЧМТ И ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ МЕНИНГИТА ОТНОСЯТ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ проникающей ЧМТ
- 2) сочетанной или комбинированной травмой
- 3) диффузным аксональным повреждением
- 4) проведенным нейрохирургическим лечением

39. СРЕДИННЫЙ НЕРВ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ПУЧКА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

- 1)+ медиального и бокового
- 2) только медиального
- 3) бокового и заднего
- 4) заднего и медиального

40. ЧАЩЕ ВСЕГО У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ИОНОВ

- 1)+ натрия и калия
- 2) калия и магния
- 3) натрия и магния
- 4) калия и хлора

41. У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ЭНТЕРОБАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СИСТЕМНОГО ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ меронем
- 2) ванкомицин
- 3) линезолид
- 4) цефазолин

42. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В ПОЛЮСАХ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ С ДВУХ СТОРОН, ЗАТРУДНЕНИЕМ В УЗНАВАНИИ ЗВУКОВ, СКЛОННОСТЬЮ ПОМЕЩАТЬ В РОТ НЕСЪЕДОБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ И ТРОГАТЬ ГЕНИТАЛИИ РАЗВИЛСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Клювера-Бюси
- 2) Корсакова
- 3) Валленберга
- 4) Вернике

43. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИМПТОМА «ОЧКОВ» ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ задней решетчатой вены
- 2) зрительной артерии
- 3) внутренней сонной артерии в полости черепа
- 4) продырявленной пластинки в передней черепной ямке

44. СОДЕРЖАНИЕ АЛКОГОЛЯ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В

- 1)+ крови
- 2) ликворе
- 3) моче
- 4) выдыхаемом воздухе

45. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДТП С РАЗРЫВОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛЕВА БУДЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1)+ сохранение содружественной реакции при освещении правого глаза
- 2) отсутствие содружественной реакции при освещении правого глаза
- 3) сохранение прямой реакции при освещении левого глаза
- 4) отсутствие прямой реакции при освещении правого глаза

46. ГЕМИПЛЕГИЯ И НАРУШЕНИЕ ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЛЕВА, НАРУШЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СПРАВА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ СООТВЕТСТВУЮТ СИНДРОМУ

- 1)+ Броун-Секара
- 2) Бенедикта
- 3) Вебера
- 4) Валленберга

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ черепно-мозговая травма
- 2) разрыв аневризмы
- 3) распад опухоли
- 4) кровотечение из артерио-венозной мальформации

48. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ЛИКВОРЕЙ ПРИ РАЗВИТИИ МЕНИНГИТА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ТРЕХ СУТОК, ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пневмококки
- 2) энтерококки
- 3) вирусы
- 4) грибки

49. ДЛЯ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРНА ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ДО

- 1)+ 30 минут и/или амнезия до 24 часов
- 2) 1 часа и/или амнезия до 36 часов
- 3) 15 минут и/или амнезия до 12 часов
- 4) 10 минут и/или амнезия до 6 часов часов

50. ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ИЛИ ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ВВЕДЕНИЯ РАЗРЕШЕННЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амикацин
- 2) дорипинем
- 3) меронем
- 4) цефазолин

51. НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

- 1)+ открытой проникающей
- 2) открытой непроникающей
- 3) закрытой без повреждения мягких тканей
- 4) закрытой с повреждением апоневроза

52. ПЕРЕЛОМЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ОТРЫВУ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НОСОВЫМИ КОСТЯМИ И НИЖНИМИ ЧАСТЯМИ КРЫЛОВИДНЫХ ОТРОСТКОВ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ПО ЛЕ ФОРУ КАК ____ ТИПА

- 1)+ II
- 2) III
- 3) IV
- 4) I

53. УМЕРЕННАЯ КОМА (КОМА I) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием открывания глаз и других признаков бодрствования, локализацией раздражителя в ответ на болевой стимул, умеренным расширением или сужением зрачков, легкой анизокорией, ослаблением фотореакций, сохранностью корнеальных, ресничных, окулоцефалических, глоточных и трахеальных рефлексов, нерегулярным дыханием, нормальным или повышенным артериальным давлением
- 2) отсутствием сознания, реакции на боль, корнеальных рефлексов, фотореакций, угнетением глоточных рефлексов; миозом, диффузным снижением сухожильных рефлексов и тонуса мышц, снижением артериального давления, аритмичным и редким дыханием, снижением температуры тела
- 3) отсутствием сознания, децеребрационной реакцией на боль, редкими спонтанными нецеленаправленными движениями; сужением зрачков, резким ослаблением фотореакций, снижением корнеальных, ресничных рефлексов, сохранностью глоточных, окулоцефалических, кашлевых рефлексов, дыхательной недостаточностью, мышечной дистонией, спастическими сокращениями, фибрилляциями отдельных мышц, горметониями
- 4) отсутствием сознания с полной арефлексией ствола, атонией мышц, мидриазом, гипотермией, глубоким нарушением функций продолговатого мозга с прекращением спонтанного дыхания, снижением артериального давления, отсутствием реакции на болевое раздражение, вызываемое с уровня выше шейного отдела спинного мозга

54. ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, СОГЛАСНО CANADIAN CLOSED HEAD INJURY RULE – CHIP, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст более 60 лет
- 2) возраст менее 5 лет
- 3) диссоциация рефлексов по оси тела
- 4) наличие головной боли

55. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОТЕРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?

- 1)+ использование профилактической гипотермии при лечении детей и взрослых с острой черепно-мозговой травмой не связано с улучшением клинического исхода и снижением смертности
- 2) профилактическая гипотермия ассоциирована с аналогичным числом осложнений, как и у пациентов получающих классическую терапию
- 3) профилактическая гипотермия снижает смертность, однако не приводит к улучшению клинического исхода пострадавших с черепно-мозговой травмой
- 4) профилактическая гипотермия связана со значительным улучшением клинического исхода пациентов с острой черепно-мозговой травмой

56. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО СОПОРА СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО _____ БАЛЛОВ

- 1)+ 8-10
- 2) 6-7
- 3) 4-5
- 4) 11-12

57. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ АКИНЕТИЧЕСКОГО МУТИЗМА У ПАЦИЕНТОВ В СОЗНАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие речевого контакта
- 2) четкий речевой контакт
- 3) нарушение памяти
- 4) психомоторное возбуждение

58. ПАЦИЕНТ В АТОНИЧЕСКОЙ КОМЕ

- 1)+ имеет признаки мышечной атонии, арефлексии, движения на боль отсутствуют, выпадают все стволовые рефлексы
- 2) имеет признаки мышечной атонии, арефлексии, движения на боль отсутствуют, может быть сохранен кашлевой рефлекс
- 3) локализует боль при болевом раздражении
- 4) разгибает конечности при болевом раздражении

59. ПЕРИОРБИТАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА (СИМПТОМ «ОЧКОВ», «ГЛАЗА ЕНОТА»), ПОЯВИВШАЯСЯ ЧЕРЕЗ 12-48 Ч ПОСЛЕ ТРАВМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ перелома дна передней черепной ямки
- 2) двустороннего перелома лобных и гайморовых пазух
- 3) перелома или трещины пирамиды височной кости
- 4) наличия каротидно-кавернозного соустья

60. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО УМЕРЕННОЙ КОМЫ (КОМЫ I) СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО В БАЛЛАХ

- 1)+ 6-7
- 2) 6-9
- 3) 5-6
- 4) 8-9

61. УРОВЕНЬ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛАМ

- 1)+ ШКГ и FOUR
- 2) ШКГ и ШИГ
- 3) FOUR и ШИГ
- 4) ШКГ и шкала Ashworth

62. ПО ВИДУ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧМТ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА

- 1)+ очаговую, диффузную и сочетанную
- 2) компенсированную, субкомпенсированную и терминальную
- 3) изолированную, сочетанную и комбинированную
- 4) ударно-противоударную, замедления-ускорения и сочетанную

63. ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА В КОМЕ КРАЙНЕ ВАЖНО ОЦЕНИТЬ

- 1)+ величину зрачков, фотореакцию, окулоцефалический, кашлевой рефлекс и реакцию на боль
- 2) величину зрачков, фотореакцию, роговичные рефлекс, проприоцептивную чувствительность
- 3) фотореакцию, окулоцефалический, роговичные рефлекс, сухожильные рефлекс и менингеальные знаки
- 4) величину зрачков, фотореакцию, окулоцефалический, вестибулярный, кашлевой рефлекс, поля зрения

64. ГЕМАТОМА В ОБЛАСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА (СИМПТОМ БАТТЛА), ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ перелома пирамиды височной кости
- 2) гемотимпанума и разрыва барабанной перепонки
- 3) перелома дна передней черепной ямки
- 4) наличия каротидно-кавернозного соустья

65. АТОНИЧЕСКАЯ КОМА (КОМА III) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- отсутствием сознания с полной арефлексией ствола, атонией мышц, мидриазом, гипотермией, глубоким нарушением
- 1)+ функций продолговатого мозга с прекращением спонтанного дыхания, снижением артериального давления, отсутствием реакции на болевое раздражение, вызываемое с уровня выше шейного отдела спинного мозга
- отсутствием сознания, реакции на боль, корнеальных рефлекс, фотореакций, угнетением глоточных рефлекс; миозом,
- 2) диффузным снижением сухожильных рефлекс и тонуса мышц, снижением артериального давления, аритмичным и редким дыханием, снижением температура тела
- отсутствием сознания, децеребрационной реакцией на боль, редкими спонтанными нецеленаправленными движениями;
- 3) сужением зрачков, резким ослаблением фотореакций, снижением корнеальных, ресничных рефлекс, сохранностью глоточных, окулоцефалических, кашлевых рефлекс, дыхательной недостаточностью, мышечной дистонией, спастическими сокращениями, фибрилляциями отдельных мышц, горметониями
- отсутствием открывания глаз и других признаков бодрствования, локализацией раздражителя в ответ на болевой стимул,
- 4) умеренным расширением или сужением зрачков, легкой анизокорией, ослаблением фотореакций, сохранностью корнеальных, ресничных, окулоцефалических, глоточных и трахеальных рефлекс, нерегулярным дыханием, нормальным или повышенным артериальным давлением

66. КАНАДСКИЕ КРИТЕРИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

- 1)+ падение с высоты более 1 метра
- 2) возраст старше 30 лет
- 3) низкую скорость столкновения
- 4) прием антикоагулянтов

67. ПО ТИПУ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА

- 1)+ изолированную, сочетанную и комбинированную
- 2) компенсированную, субкомпенсированную и терминальную
- 3) очаговую, диффузную и диффузно-очаговую травму
- 4) ударно-противоударную, замедления-ускорения и сочетанную

68. К СИМПТОМАМ БЭТТЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ гематому в мастоидальной области
- 2) параорбитальную гематому
- 3) сочетание анизокории и гемипареза на противоположной стороне
- 4) анизокорию ипсилатеральный гемипарез

69. ВЫКЛЮЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ С СОХРАННОСТЬЮ КООРДИНИРОВАННЫХ ЗАЩИТНЫХ РЕАКЦИЙ И ОТКРЫВАНИЯ ГЛАЗ В ОТВЕТ НА БОЛЕВЫЕ, ЗВУКОВЫЕ И ДРУГИЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ЭПИЗОДИЧЕСКОГО КРАТКОВРЕМЕННОГО ЭЛЕМЕНТАРНОГО СЛОВЕСНОГО КОНТАКТА СООТВЕТСТВУЕТ СОСТОЯНИЮ СОЗНАНИЯ

- 1)+ сопор
- 2) умеренное оглушение
- 3) умеренная кома
- 4) глубокое оглушение

70. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЭГ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧМТ?

- 1)+ ЭЭГ следует проводить пострадавшим с ЧМТ исключительно при осуществлении дифференциального диагноза смерти мозга
- 2) при ЧМТ легкой степени тяжести в остром периоде возможно выявление патологических изменений на ЭЭГ
- 3) изменения ЭЭГ при тяжелой ЧМТ отражают комплекс первичных и вторичных факторов повреждения мозга
- 4) при ЧМТ средней степени тяжести в остром периоде возможно выявление патологических изменений на ЭЭГ

71. ИСХОД ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНОЙ НУЖДАЕТСЯ В ПОСТОЯННОМ УХОДЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОТНОСЯТ К

- 1)+ вегетативному состоянию
- 2) умеренной инвалидизации
- 3) хорошему восстановлению
- 4) тяжелой инвалидизации

72. ДИФFUЗНОЕ АКCОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ

- 1)+ нормальной КТ картине у пациента с комой
- 2) наличии менингеального синдрома с выраженной лихорадкой
- 3) снижении глюкозы ликвора менее 2,2 ммоль/л
- 4) тяжелом ушибе головного мозга с выраженным дислокационным синдромом

73. ГЕМАТОМОЙ ДЮРЕ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

- 1)+ внутримозговое кровоизлияние при дислокации
- 2) большую субдуральную гематому при выраженном смещении
- 3) большую эпидуральную гематому при выраженном смещении
- 4) кровоизлияние в зону ишемии в бассейне средней мозговой артерии

74. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО ГЛУБОКОГО ОГЛУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО ____ БАЛЛОВ

- 1)+ 11-12
- 2) 9-10
- 3) 13-14
- 4) 11-13

75. ИСХОД ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНОЙ НУЖДАЕТСЯ В ПОСТОЯННОМ УХОДЕ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ СОЗНАНИЯ ОТНОСЯТ К

- 1)+ тяжелой инвалидизации
- 2) умеренной инвалидизации
- 3) хорошему восстановлению
- 4) вегетативному состоянию

76. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ?

- 1)+ в отличие от использования нимодипина у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями вследствие разрыва артериальной аневризмы, использование нимодипина у пациентов с ЧМТ ассоциировано со снижением выраженности вазоспазма
- 2) молодой возраст, низкая оценка по ШКГ, наличие травматического субарахноидального кровоизлияния являются факторами риска для развития посттравматического церебрального вазоспазма
- 3) продолжительность посттравматического церебрального вазоспазма у пациентов аналогична продолжительности вазоспазма у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва артериальной аневризмы и соответствует следующим параметрам: развивается на третьи сутки после травмы и сохраняется в течение следующих трех недель
- 4) можно выделить две фазы развития посттравматического церебрального вазоспазма – раннюю и позднюю

77. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО УМЕРЕННОГО ОГЛУШЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО ____ БАЛЛОВ

- 1)+ 13-14
- 2) 11-12
- 3) 9-10
- 4) 11-13

78. ШКАЛА FOUR ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ШКАЛЫ ГЛАЗГО ОЦЕНКОЙ

- 1)+ стволовых рефлексов и дыхания
- 2) менингеальных симптомов
- 3) очаговой симптоматики
- 4) общемозговой симптоматики

79. ДЕКОРТИКАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ повышением мышечного тонуса с приведением и сгибанием рук и разгибанием ног в результате повреждения головного мозга выше красных ядер
- 2) повышением тонуса мышц-разгибателей и расслаблением мышц-сгибателей в результате повреждения ствола на уровне среднего мозга ниже красных ядер
- 3) повышением тонуса мышц-разгибателей и расслаблением мышц-сгибателей в результате повреждения ствола на уровне среднего мозга выше красных ядер
- 4) патологической мышечной ригидностью с разгибанием рук и ног в результате повреждения ствола на уровне вестибулярных ядер моста

80. АНГИОГРАФИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ подозрении на каротидно-кавернозное соустье
- 2) назальной ликворее
- 3) очаговой неврологической симптоматике
- 4) диффузном аксональном повреждении

81. СИМПТОМ ПУРФЮР ДЮ ПТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ МИДРИАЗ, ЭКЗОФТАЛЬМ И РАСШИРЕНИЕ ГЛАЗНОЙ ЩЕЛИ И РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ раздражении симпатического сплетения ВСА
- 2) нарушении симпатической иннервации зрачка и верхнего века
- 3) поражении ядер глазодвигательного нерва на уровне ствола мозга
- 4) раздражении парасимпатического сплетения ВСА

82. ШКАЛА FOUR В ОТЛИЧИЕ ОТ ШКАЛЫ КОМЫ ГЛАЗГО УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ дыхательные нарушения, стволовые рефлексы и слежение взора
- 2) дыхательные нарушения, стволовые рефлексы и открывание глаз
- 3) вид интубации пациента, стволовые рефлексы и слежение взора
- 4) дыхательные нарушения, стволовые рефлексы, открывание глаз и слежение взора

83. К ОСНОВНОМУ ПРЕПЯТСТВИЮ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ предшествовавшую медикаментозную седацию
- 2) травму шейного отдела позвоночника
- 3) параорбитальные гематомы
- 4) назальную ликворею

84. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО АТОНИЧЕСКОЙ КОМЫ (КОМЫ III) СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО В БАЛЛАХ

- 1)+ 3
- 2) 6-7
- 3) 4-5
- 4) 2

85. ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ КРОВОПОТЕРИ, ГИПЕРГИДРОЗА, РВОТЫ, ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1)+ гиповолемической гипернатриемии
- 2) эволимической гипернатриемии
- 3) гиперволимической гипернатриемии
- 4) гиповолемической гипокалиемии

86. ОСНОВНОЙ ШКАЛОЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ комы Глазго
- 2) Ашворт
- 3) Карновского
- 4) Аппачи

87. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ УТРАТЫ СОЗНАНИЯ ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СОСТАВЛЯЕТ ДО _____ МИН

- 1)+ 15
- 2) 30
- 3) 45
- 4) 60

88. РАЗДЕЛЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ЗАКРЫТУЮ, ОТКРЫТУЮ И ПРОНИКАЮЩУЮ ИМЕЕТ ПРИНЦИПИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ПОСКОЛЬКУ

- 1)+ каждая из них имеет различные осложнения
- 2) каждая из них имеет различные исходы заболевания
- 3) закрытая травма не требует оказания нейрохирургической помощи
- 4) открытая травма не требует выполнения компьютерной томографии

89. СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием патологических изменений на МРТ
- 2) утратой сознания от 1-2 до 10-15 мин
- 3) головокружением, тошнотой, рвотой, общей слабостью
- 4) функциональным характером нарушений, которые обычно исчезают спустя 5-8 дней

90. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БОДРСТВОВАНИЯ ДО ГЛУБОКОЙ КОМЫ (КОМЫ II) СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО В БАЛЛАХ

- 1)+ 4
- 2) 6
- 3) 3
- 4) 7

91. ДЛЯ КЛАССИФИКАЦИИ ДИФFUЗНОГО АКСОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ Firshing
- 2) Глазго
- 3) FOUR
- 4) Питтсбургская

92. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЛИКВОРНОЙ ФИСТУЛЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ компьютерно-томографическая цистернография
- 2) компьютерная томография в режиме ангиографии
- 3) компьютерная томография в режиме перфузии
- 4) магнитно-резонансная томография в режиме SWAN

93. ЭКЗОФТАЛЬМ С ОТЕКОМ КОНЬЮНКТИВЫ, ХЕМОЗ И ПУЛЬСИРУЮЩИЙ ШУМ В ПРОЕКЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1)+ наличие каротидно-кавернозного соустья
- 2) наличие артериовенозной мальформации
- 3) наличие тромбоза поперечного синуса головного мозга
- 4) перелом верхней и нижней стенок глазной орбиты

94. ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ наличии судорог
- 2) ссадине мягких тканей головы
- 3) брадикардии
- 4) тошноте

95. ДЕЦЕРЕБРАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ повышением тонуса мышц-разгибателей и расслаблением мышц-сгибателей в результате повреждения ствола на уровне среднего мозга ниже красных ядер
- 2) повышением тонуса мышц-разгибателей и расслаблением мышц-сгибателей в результате повреждения ствола на уровне среднего мозга выше красных ядер
- 3) повышением мышечного тонуса с приведением и сгибанием рук и разгибанием ног в результате повреждения ствола на уровне среднего мозга ниже красных ядер
- 4) патологической мышечной ригидностью с разгибанием рук и ног в результате повреждения ствола на уровне вестибулярных ядер моста

96. КЛАССИФИКАЦИЯ КОРНИЕНКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ оценки ушибов головного мозга по данным компьютерной томографии
- 2) оценки диффузного аксонального повреждения по данным магнитно-резонансной томографии
- 3) уточнения наличия вазоспазма
- 4) обозначения факторов риска при сотрясении головного мозга

97. ТИП ПОВРЕЖДЕНИЯ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПО ЛЕ ФОР III

- идет от нижнего края или середины грушевидного отверстия горизонтально назад и пересекает крыловидные отростки
- 1)+ основной кости в нижней части в поперечном направлении, является наиболее частым и сопровождается отрывом нижней части верхней челюсти
- проходит через соединение носовых и лобных костей, слезной кости, по дну глазницы до нижнеглазничной щели, далее
- 2) продолжается на лицевую поверхность верхней челюсти и достигает крыловидной ямки, приводит к отрыву верхней челюсти с носовыми костями и нижними частями крыловидных отростков.
- проходит через соединение носовых и лобных костей, выше скуловой кости до нижнеглазничной щели, далее продолжается
- 3) на лицевую поверхность верхней челюсти и достигает крыловидной ямки, приводит к полному отрыву лицевого отдела черепа от мозгового
- идет от нижнего края или середины грушевидного отверстия горизонтально назад и пересекает крыловидные отростки
- 4) основной кости в нижней части в поперечном направлении, приводит к отрыву верхней челюсти с носовыми костями и нижними частями крыловидных отростков

98. ДЛЯ БОЛЕЕ ТОЧНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОЧАГОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ В БЕЛОМ ВЕЩЕСТВЕ ПРИ ДИФфуЗНОМ АКсональном повреждении используют

- 1)+ магнитно-резонансную томографию в режиме SWAN
- 2) компьютерную томографию в режиме ангиографии
- 3) магнитно-резонансную томографию в режиме диффузии
- 4) компьютерную томографию в режиме перфузии

99. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ тяжелом субарахноидальном кровоизлиянии
- 2) подозрении на сопутствующий инсульт
- 3) феномене Бэттла
- 4) назальной ликворее

100. ПИТТСБУРГСКАЯ ШКАЛА СОЗДАНА ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ повреждений ствола головного мозга
- 2) повреждений полушарий головного мозга
- 3) субарахноидального травматического кровоизлияния
- 4) степени выраженности костных повреждений

101. ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ исходов Глазго
- 2) Карновского
- 3) FOUR
- 4) Аппачи

102. ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО КОСТНОГО ДЕФЕКТА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) компьютерная томография
- 3) 3D-компьютерная томография
- 4) краниография

103. ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЛИКВОРНОЙ ФИСТУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ-цистернография
- 2) МРТ-цистернография
- 3) КТ головы
- 4) эндоскопия носа

104. ОБЪЁМ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ БОЛЕЕ 30 СМЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ЕЁ УДАЛЕНИЮ

- 1)+ независимо от уровня бодрствования и наличия дислокационной симптоматики
- 2) только при наличии компрессии охватывающей цистерны
- 3) только при снижении уровня бодрствования до комы
- 4) только при нарастании объёма гематомы в динамике

105. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

- 1)+ показана для визуализации очагов повреждения спинного мозга после выполнения компьютерной томографии при возможности транспортировать пациента на исследование
- 2) показана в режимах ангиографии и перфузии для оценки тяжести повреждения
- 3) рекомендована до выполнения компьютерной томографии всем пациентам
- 4) требует обязательного контрастирования

106. СИМПТОМ БАТТЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ перелома основания черепа
- 2) повреждения грудного отдела позвоночника
- 3) каротидно-кавернозного соустья
- 4) наличия аневризмы средней мозговой артерии

107. ПРИ ОЦЕНКЕ ГЛУБИНЫ КОМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ КОМЫ ГЛАЗГО ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ В ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ КОМЕ СОСТОИТ В

- 1)+ реакции на боль
- 2) открывании глаз
- 3) речевом контакте
- 4) стволовых рефлексах

108. ПРИ СМЕТРИ МОЗГА В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ АНГИОГРАФИЯ ВЫЯВЛЯЕТ ФЕНОМЕН

- 1)+ stop flow (остановка кровотока на прекраниальном уровне)
- 2) перетока между правой и левой внутренней сонными артериями
- 3) тандемных стенозов в бассейне внутренней сонной артерии
- 4) заполнения задних мозговых артерий с перетоком в средние мозговые

109. НАЛИЧИЕ ВОЗДУХА В ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ проникающей черепно-мозговой травмы
- 2) закрытой черепно-мозговой травмы
- 3) открытой непроникающей черепно-мозговой травмы
- 4) наличия каротидно-кавернозного соустья

110. ПОМИМО БЕЛКА В-2 ТРАНСФЕРРИНА ПРИСУТСТВИЕ ЛИКВОРА В СЛИЗИСТОМ ОТДЕЛЯЕМОМ НОСОВЫХ ХОДОВ ПОДТВЕРЖДАЮТ

- 1)+ низкая концентрация IgG и $K^{sup}+$, высокая концентрация глюкозы
- 2) низкая концентрация IgG, высокая концентрация $K^{sup}+$ и глюкозы
- 3) высокая концентрация IgG и глюкозы, низкая концентрация $K^{sup}+$
- 4) высокая концентрация IgG, низкая концентрация $K^{sup}+$ и глюкозы

111. НОСОСЛЕЗНЫЙ ПРОТОК ОТКРЫВАЕТСЯ В _____ НОСОВОЙ ХОД

- 1)+ нижний
- 2) средний
- 3) верхний
- 4) общий

112. ПРИ НАЛИЧИИ У ПОСТРАДАВШЕГО С МОТОЦИКЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ МОНОПЛЕГИИ В РУКЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ плечевого сплетения
- 2) грудного отдела спинного мозга
- 3) ствола головного мозга
- 4) диффузное аксональное

113. СРЕДИ КРАНИОБАЗАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У ПОСТРАДАВШИХ С БАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ ДОМИНИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нарушения обоняния
- 2) глазодвигательные нарушения
- 3) повреждения зрительного нерва
- 4) выпадения слуха и вестибулярных функций

114. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛИКВОРНАЯ ФИСТУЛА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ лобной пазухе
- 2) клиновидной пазухе
- 3) крыше орбиты
- 4) пирамиде височной кости

115. КЛИНОВИДНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В _____ НОСОВОЙ ХОД

- 1)+ верхний
- 2) нижний
- 3) средний
- 4) общий

116. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛИКВОРЕИ И ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пневмоцефалия
- 2) кровотечение из носа
- 3) кровоподтёк в области нижних и верхних век
- 4) подкожная эмфизема

117. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАПАРЕНХИМАТОЗНОГО ДАТЧИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коагулопатия
- 2) систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.
- 3) наличие ушиба головного мозга 3 вида
- 4) наличие децеребрационной ригидности

118. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ФРЕЗЕВЫХ ОТВЕРСТИЙ У ПАЦИЕНТА С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПРИ НАЛИЧИИ АНИЗОКОРИИ И В ОТСУТСТВИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ КТ ПЕРВОЕ ОТВЕРСТИЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ____ ОБЛАСТИ НА СТОРОНЕ РАСШИРЕННОГО ЗРАЧКА

- 1)+ височной
- 2) затылочной
- 3) теменной
- 4) лобной

119. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ электронейромиографию и магнитно-резонансную томографию шейного отдела спинного мозга
- 2) компьютерную томографию шейного отдела позвоночника и электрокардиограмму
- 3) электроэнцефалограмму и компьютерную томографию шейного отдела позвоночника
- 4) люмбальную пункцию и магнитно-резонансную томографию головного мозга

120. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО УШИБЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ____ ДОЛЯХ

- 1)+ лобных
- 2) теменных
- 3) височных
- 4) затылочных

121. ИНДЕКС ЛИНДЕГААРДА ЭТО

- 1)+ соотношение скорости кровотока в средней мозговой артерии к скорости кровотока во внутренней сонной артерии на одной стороне
- 2) соотношение скорости кровотока правой и левой внутренней сонной артерии
- 3) соотношение скорости кровотока внутренней сонной артерии и позвоночной артерии
- 4) показатель эффективности мониторингирования внутричерепного давления

122. НЕ РЕКОМЕНДОВАНА УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ПОЛИМЕТИЛМЕТАКРИЛАТА В ОБЛАСТИ

- 1)+ контакта со слизистой воздухоносных пазух
- 2) дефектов твёрдой мозговой оболочки
- 3) рубцовых изменений кожных покровов
- 4) дефектов чешуи височной кости

123. У ПОСТРАДАВШИХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧМТ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) краниография
- 4) ангиография

124. ЕСТЕСТВЕННОЕ СОУСТЬЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ОТКРЫВАЮТСЯ В _____ НОСОВОЙ ХОД

- 1)+ средний
- 2) нижний
- 3) верхний
- 4) общий

125. ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

- 1)+ необходимость наружного дренирования ликвора
- 2) тяжёлая лицевая травма
- 3) необходимость проведения медикаментозной седации
- 4) угнетение уровня сознания до комы

126. ЛОБНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В _____ НОСОВОЙ ХОД

- 1)+ средний
- 2) нижний
- 3) верхний
- 4) общий

127. К ФАКТОРАМ, НЕ ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЛЕЧИТЬ ВДАВЛЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕРЕПА КОНСЕРВАТИВНО, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повреждение твёрдой мозговой оболочки
- 2) вдавление отломков менее 1 см
- 3) наличие видимой деформации
- 4) отсутствие раневой инфекции

128. ВЕРХНИЙ НОСОВОЙ ХОД ИМЕЕТ СООБЩЕНИЕ С

- 1)+ клиновидной пазухой
- 2) лобной пазухой
- 3) верхнечелюстной пазухой
- 4) передними и частично средними решетчатыми ячейками

129. ЛИКВОР У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕН В

- 1)+ решётчатом лабиринте
- 2) лобной пазухе
- 3) полости внутреннего уха
- 4) клиновидной пазухе

130. ПЕРЕЛОМ ХАНГМАНА ЭТО ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ ____ ПОЗВОНКА

- 1)+ С2
- 2) С3
- 3) С3
- 4) С4

131. ОСТРЫМ ПЕРИОДОМ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СЧИТАЮТСЯ ПЕРВЫЕ ____ СУТОК

- 1)+ 3
- 2) 7
- 3) 9
- 4) 14

132. РАЗВИТИЕ ВАЗОСПАЗМА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ПРИВОДИТ К

- 1)+ формированию полушарной ишемии
- 2) тромбозу магистральных сосудов
- 3) менингиту
- 4) гидроцефалии

133. ОСНОВНОЙ НАХОДКОЙ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТА С ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТНОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ краевая резорбция костного лоскута и трепанационного окна
- 2) локальное сужение конвекситальных субарахноидальных пространств
- 3) эпидуральное кровоизлияние в области поражённого костного лоскута
- 4) сужение испилатерального бокового желудочка

134. ПЕРЕЛОМОМ ДЖЕФФЕРСОНА НАЗЫВАЮТ ПЕРЕЛОМ

- 1)+ дуг С1 позвонка
- 2) зуба С2 позвонка
- 3) остистых отростков поясничных позвонков
- 4) крестца

135. ПРОНИКАЮЩЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ перелома костей черепа с повреждением твердой мозговой оболочки
- 2) перелома костей черепа без повреждения твердой мозговой оболочки
- 3) раны мягких тканей головы с повреждением надкостницы
- 4) раны мягких тканей головы с повреждением апоневроза

136. ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ СОЗДАНА В СССР

- 1)+ Коноваловым А.Н.
- 2) Иргером И.М.
- 3) Кравчуком А.Д.
- 4) Крыловым В.В.

137. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ средней оболочечной артерии
- 2) верхнего сагиттального синуса
- 3) вены Лаббе
- 4) поперечного синуса

138. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ АТОНИЧЕСКОЙ КОМЫ И СМЕРТИ МОЗГА СОСТОИТ В

- 1)+ полном выпадении всех стволовых рефлексов и положительном тесте апноэтической оксигенации
- 2) наличии фотореакций и отрицательном тесте апноэтической оксигенации
- 3) наличии кашлевого рефлекса и положительном тесте апноэтической оксигенации
- 4) наличии роговичного рефлекса и отрицательном тесте апноэтической оксигенации

139. ЦЕРЕБРАЛЬНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНИЦУ МЕЖДУ ЗНАЧЕНИЯМИ _____ ДАВЛЕНИЯ

- 1)+ среднего артериального и внутричерепного
- 2) систолического артериального и внутричерепного
- 3) диастолического артериального и внутричерепного
- 4) среднего артериального и диастолического артериального

140. К МЕРОПРИЯТИЯМ «ВТОРОЙ ЛИНИИ» ТЕРАПИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ индуцированная гипотермия
- 2) наружное дренирование ликвора
- 3) медикаментозная седация
- 4) использование маннитола

141. АКСИАЛЬНАЯ ДИСЛОКАЦИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1)+ состояния парастволовых цистерн мозга
- 2) смещения поясной извилины под фалькс
- 3) смещения прозрачной перегородки в противоположную от очага сторону
- 4) смещения средней мозговой артерии в сторону от очага поражения

142. ПОПЕРЕЧНЫЙ ДИСЛОКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ ЧМТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ПРИ ДИСЛОКАЦИИ БОЛЕЕ _____ ММ

- 1)+ 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

143. РАЗВИТИЕ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ большой субдуральной гематоме с выраженной поперечной дислокацией и окклюзией противоположного отверстия Монро
- 2) при диффузном аксональном повреждении с вовлечением стволовых структур мозга и таламуса
- 3) сотрясении головного мозга с наличием отягчающих факторов
- 4) при тяжелом повреждении подкорковых структур головного мозга

144. ПРОВЕДЕНИЕ АНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМ РАНЕНИЕМ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ образовании отсроченных гематом
- 2) наличии перелома костей свода черепа
- 3) прохождении траектории ранения через желудочковую систему мозга
- 4) наличии эпидуральной гематомы в области входного отверстия

145. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ БОЛЕЕ _____ СМЗ

- 1)+ 25
- 2) 15
- 3) 10
- 4) 20

146. ТРИАДА КУШИНГА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ застойные диски зрительных нервов
- 2) нарушения дыхания
- 3) брадикардию
- 4) артериальную гипертензию

147. ИЗ ПЕРЕЛОМОВ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ продольные
- 2) поперечные
- 3) диагональные
- 4) отрывы верхушки

148. УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВКЛЮЧАЕТ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ДО

- 1)+ глубокого оглушения, выраженного менингеального синдрома, очаговой симптоматики, геморрагического очага на компьютерной томографии
- 2) поверхностной комы, выраженного менингеального синдрома, очаговой симптоматики, геморрагического очага на компьютерной томографии
- 3) глубокой комы, очаговой симптоматики, геморрагического очага на компьютерной томографии, отсутствия всех стволовых рефлексов
- 4) атонической комы, нормальной картины компьютерной томографии, отсутствия стволовых рефлексов

149. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЛИКВОРНОЙ ФИСТУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерно-томографическая цистернография
- 2) магнитно-резонансная томография головы
- 3) риноскопия
- 4) рентгенография черепа

150. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ БАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ назальная
- 2) глазничная
- 3) ушная
- 4) носоглоточная

151. ОСТРЫЕ СУБДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ серповидной зоной гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария
- 2) единичными или множественными массивными очагами округлой или овальной формы повышения плотности
- 3) двояковыпуклой зоной повышенной плотности, прилегающей к своду черепа
- 4) ограниченными зонами пониженной плотности вещества мозга, близкими к отеку мозга

152. КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА В СМЕЩЕНИЯ СРЕДИННЫХ СТРУКТУР 4 ММ И ОТСУТСТВИЯ БАЗАЛЬНЫХ ЦИСТЕРН СООТВЕТСТВУЕТ ____ ТИПУ ДИФФУЗНОГО АКСОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

153. ПТОЗ И МИДРИАЗ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ_____ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОГО НЕРВА

- 1)+ глазодвигательного
- 2) блокового
- 3) отводящего
- 4) тройничного

154. АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ УСТАНОВКИ ДАТЧИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие патологии на компьютерной томографии головного мозга
- 2) наличие сочетанной краниофациальной травмы
- 3) установление факта приема антикоагулянтов
- 4) выявление артериальной гипертензии в анамнезе

155. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ИНТАКТНЫМ ОСТАЕТСЯ_____ НЕРВ

- 1)+ зрительный
- 2) глазодвигательный
- 3) блоковый
- 4) отводящий

156. ЛИКВОРНЫЕ ФИСТУЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ЦИСТЕРНОГРАФИИ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ ситовидной пластинке
- 2) пирамиде височной кости
- 3) верхней стенке глазницы
- 4) перегородке носа

157. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗМЕРЕНИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, КТ–НОРМОЙ И ДЕКОРТИКАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст более 40 лет
- 2) перелом нижней челюсти
- 3) повышенное артериальное давление
- 4) перелом основания черепа

158. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПОКАЗАТЕЛЬ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ НАХОЖДЕНИИ ДАТЧИКА В _____ ПРОСТРАНСТВЕ

- 1)+ внутрижелудочковом
- 2) паренхимальном
- 3) субдуральном
- 4) эпидуральном

159. ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СООТВЕТСТВУЮТ ПАЦИЕНТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

- 1)+ 8 баллов по Шкале Комы Глазго, норма на компьютерной томографии
- 2) 12 баллов по Шкале Комы Глазго, внутримозговая гематома в левой височной доле 20 мл
- 3) 10 баллов по Шкале Комы Глазго, субдуральная гематома в левой лобной доле 30 мл
- 4) 10 баллов по Шкале Комы Глазго, эпидуральная гематома в области средней черепной ямки 20 мл

160. К ОСТРЫМ ОТНОСЯТ СУБДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ, ПРИ КОТОРЫХ СДАВЛЕНИЕ МОЗГА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ СУТКИ

- 1)+ 1-3
- 2) 4-10
- 3) 10-14
- 4) 14-28

161. ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОЧАГОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА НАМНОГО РЕЖЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____ ДОЛЯХ

- 1)+ затылочных
- 2) лобных
- 3) теменных
- 4) височных

162. ОСТРЫЕ ЭПИДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ двояковыпуклой зоной повышенной плотности, прилегающей к своду черепа
- 2) серповидной зоной гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария
- 3) ограниченными зонами пониженной плотности вещества мозга, близкими к отеку мозга
- 4) единичными или множественными массивными очагами округлой или овальной формы повышения плотности

163. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗМЕРЕНИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, КТ–НОРМОЙ И ДЕЦЕРЕБРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие артериальной гипотензии
- 2) перелом ветви нижней челюсти
- 3) повышенное артериальное давление
- 4) сочетанная краниофациальная травма

164. ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ указание на приём антиагрегантов
- 2) молодой возраст
- 3) избыточная масса тела
- 4) артериальная гипертензия в анамнезе

165. ПРИ ТРАВМЕ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ ПОВРЕЖДАЕТСЯ _____ КОСТЬ

- 1)+ лобная
- 2) слезная
- 3) решетчатая
- 4) носовая

166. СУБДУРАЛЬНЫЕ ГИГРОМЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, КАК ЗОНЫ

- 1)+ низкой плотности, расположенные конвексительно в субдуральном пространстве
- 2) низкой плотности, расположенные базально в субдуральном пространстве
- 3) высокой плотности, расположенные конвексительно в субдуральном пространстве
- 4) высокой плотности, расположенные базально в субдуральном пространстве

167. КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ЦИСТЕРНОГРАФИЯ НЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ

- 1)+ гематом
- 2) ликвореи
- 3) кист
- 4) гидроцефалии

168. ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ОЧАГЕ РАЗМОЗЖЕНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ОСТАТОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ ЗОНЫ ПОНИЖЕННОЙ ПЛОТНОСТИ КОРКОВО-ПОДКОРКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРЕЗ _____ СУТОК

- 1)+ 45– 90
- 2) 30 – 45
- 3) 15 – 30
- 4) 7 – 15

169. УШИБЫ 4-ГО ВИДА НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ единичными или множественными массивными очагами округлой или овальной формы повышения плотности
- 2) ограниченными зонами пониженной плотности вещества мозга, близкими к отеку мозга
- 3) двояковыпуклыми зонами повышенной плотности, прилегающими к своду черепа
- 4) серповидными зонами гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария

170. НОРМАЛЬНЫМИ ЦИФРАМИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ____ ММ РТ.СТ

- 1)+ 10-15
- 2) 22-25
- 3) 30-35
- 4) 15-20

171. НЕОБХОДИМЫМ СОПУТСТВУЮЩИМ УСЛОВИЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТЭРАПИИ ПОСТРАДАВШИМ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДАТЧИКОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОСТРОЙ ДИСЛОКАЦИИ МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ

- 1)+ контроля электролитного состава крови
- 2) измерения газового состава крови
- 3) круглосуточного проведения компьютерной томографии
- 4) исследования гормонального статуса

172. ДЛЯ ДИФФУЗНОГО АКСОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1)+ разобщения
- 2) выпадения
- 3) раздражения
- 4) возбуждения

173. ЛИНЕЙНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕРЕПА ЧЕТКО ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ТОГДА, КОГДА

- 1)+ сопровождаются смещением краев по отношению друг к другу
- 2) прослеживаются на большом протяжении поверхности черепа
- 3) оптимально выбраны уровень и ширина «окна»
- 4) в полости раневого канала выявляются инородные тела

174. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- 1)+ уровню сознания после стабилизации витальных функций и изменениям, выявленным при компьютерной томографии
- 2) уровню сознания до стабилизации витальных функций и изменениям, выявленным при компьютерной томографии
- 3) уровню сознания после стабилизации витальных функций и изменениям, выявленным при краниографии
- 4) уровню сознания после стабилизации витальных функций и изменениям, выявленным при эхоэнцефалоскопии

175. К ВИДАМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ нормотензивную
- 2) дислокационную
- 3) окклюзионную
- 4) атрофическую

176. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ вазомоторным ринитом
- 2) носовым кровотечением
- 3) болезнью Вегенера
- 4) фиброзной дисплазией

177. СИМПТОМ БАТТЛА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

- 1)+ основания черепа
- 2) свода черепа
- 3) нижней челюсти
- 4) латеральной стенки орбиты

178. КОМПЬЮТЕРНАЯ ЦИСТЕРНОГРАФИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1)+ йодсодержащего контраста
- 2) метионина
- 3) глюкозы
- 4) флуоресцеина

179. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АКСОНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мозолистое тело
- 2) область таламуса
- 3) внутренняя капсула
- 4) полушарие мозжечка

180. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГЕМАТОМЫ В ОБЛАСТИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ острая окклюзионная гидроцефалия
- 2) парез глазодвигательных нервов
- 3) нарушение глубокой чувствительности
- 4) грубая лобная симптоматика

181. ДИФFUЗНОЕ АКСОНАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ мелко-очаговыми кровоизлияниями
- 2) оболочечными гематомами
- 3) вентрикуломегалией
- 4) очаговыми разможжениями мозга

182. УШИБЫ 1-ГО ВИДА НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ ограниченными зонами пониженной плотности вещества мозга, близкими к отеку мозга
- 2) двояковыпуклыми зонами повышенной плотности, прилегающими к своду черепа
- 3) серповидными зонами гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария
- 4) единичными или множественными массивными очагами округлой или овальной формы повышения плотности

183. ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА НЕ БЫВАЮТ

- 1)+ косыми
- 2) линейными
- 3) оскольчатыми
- 4) дырчатыми

184. ПРИ ЭНЦЕФАЛИТЕ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гиподенсивные участки, коэффициент абсорбции которых соответствует плотности мозговой ткани
- 2) единичные или множественные массивные очаги округлой или овальной формы повышения плотности
- 3) серповидные зоны гомогенного повышения плотности с распространением на большую часть полушария
- 4) зоны низкой плотности, расположенные конвексально в субдуральном пространстве

185. НА ОТКРЫТЫЙ ХАРАКТЕР ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ПОСТРАДАВШИХ УКАЗЫВАЕТ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ВИДЕ

- 1)+ раны мягких покровов головы с повреждением апоневроза
- 2) раны мягких покровов головы без повреждения апоневроза
- 3) нарушения целостности эпидермиса и дермы
- 4) переломов костей свода без ранения прилежащих мягких тканей и апоневроза

186. ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО, ОРИЕНТИРОВАННОЙ JANNET B. И BOND M. НА ТЯЖЁЛЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА, РАЗЛИЧАЮТ _____ ИСХОДА/ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

- 1)+ 5
- 2) 6
- 3) 4
- 4) 3

187. ЗАСТОЙНЫЕ ДИСКИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ внутричерепной гипертензии
- 2) травматического каротидно-кавернозного соустья
- 3) травмы стенок глазницы
- 4) повреждения зрительного тракта

188. МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТУ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

- 1)+ 45 лет, 6 баллов по Шкале Комы Глазго, КТ-норма, эпизод гипотонии на догоспитальном этапе
- 2) 35 лет, 4 балла по Шкале Комы Глазго, КТ-норма, не отмечено эпизодов гипотонии на догоспитальном этапе
- 3) 50 лет, 9 баллов по Шкале Комы Глазго, очаг ушиба на компьютерной томографии, эпизод гипотонии на догоспитальном этапе
- 4) 20 лет, 6 баллов по Шкале Комы Глазго, КТ-норма, эпизод гипотонии на догоспитальном этапе

189. УШИБЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ МЕСТНЫМ ИХ

- 1)+ утолщением с умеренным очаговым повышением плотности
- 2) утолщением с умеренным очаговым понижением плотности
- 3) утончением с умеренным очаговым повышением плотности
- 4) утончением с умеренным очаговым понижением плотности

190. ПРИЗНАКОМ УКАЗЫВАЮЩИМ НА ПЕРЕХОД ИЗ КОМЫ В ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спонтанное открытие глаз
- 2) улучшение циркуляции крови
- 3) нормализация дефекации
- 4) нормализация температуры

191. ПОДАПОНЕВРОТИЧЕСКИЕ ГЕМАТОМЫ ЛЕГКО ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ УШИБОВ МЯГКИХ ПОКРОВОВ ГОЛОВЫ И ПОДКОЖНЫХ СКОПЛЕНИЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ИЛИ ГНОЯ, ТАК КАК ИМЕЮТ БОЛЕЕ

- 1)+ высокий коэффициент абсорбции в острой стадии
- 2) низкий коэффициент абсорбции в острой стадии
- 3) высокий коэффициент абсорбции в подострой стадии
- 4) низкий коэффициент абсорбции в хронической стадии

192. ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ГРАДАЦИИ/ГРАДАЦИЙ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ

- 1)+ 7
- 2) 6
- 3) 5
- 4) 4

193. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ХАРАКТЕРНА _____ ГЕМИАНОПСИЯ

- 1)+ гомонимная
- 2) биназальная
- 3) битемпоральная
- 4) квадрантная

194. ПРИЗНАКОМ ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ОТ СОСТОЯНИЯ МИНИМАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слежение глазами
- 2) спонтанное дыхание
- 3) увеличение веса
- 4) реакция на болевое раздражение

195. ПРОНИКАЮЩУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ

- 1)+ твердой мозговой оболочки
- 2) апоневроза
- 3) надкостницы
- 4) костной ткани

196. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ПРОЕКЦИЕЙ ПРИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ЦИСТЕРНОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фронтальная
- 2) сагиттальная
- 3) аксиальная
- 4) диагональная

197. ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОЧАГОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В _____ ДОЛЯХ

- 1)+ лобных
- 2) теменных
- 3) височных
- 4) затылочных

198. ДЛЯ ЗАСТОЙНЫХ ДИСКОВ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ расширение слепого пятна
- 2) сужение подболобочечного пространства зрительного нерва
- 3) выпадение верхней половины полей зрения
- 4) отслоение сетчатки

199. ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ХАРАКТЕРНА _____ ФОРМА

- 1)+ линзообразная
- 2) овальная
- 3) сферическая
- 4) неправильная

200. СКОПЛЕНИЕ ЛИКВОРА В ЛОБНЫХ ОБЛАСТЯХ И ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛАХ МЕЖПОЛУШАРНОЙ ЩЕЛИ, ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ЧЕРЕЗ 1-3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ

- 1)+ диффузном аксональном повреждении
- 2) хронической субдуральной гематоме
- 3) острой эпидуральной гематоме
- 4) очагах ушиба четвертого типа

201. КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ нарушению резорбции ликвора
- 2) обструкции ликворных путей на различном уровне
- 3) повышению продукции ликвора желудочковыми сплетениями
- 4) нарушению функционирования ворсинок эпендимы

202. СРЕДИ ОЧАГОВОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ СУБДУРАЛЬНЫХ ГИГРОМАХ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ контрлатеральному гемипарезу
- 2) гомолатеральной гемианестезии
- 3) гомонимной гемианопсии
- 4) расходящемуся косоглазию

203. ПРИРОДА ОТЕКА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

- 1)+ смешанная
- 2) вазогенная
- 3) интерстициальная
- 4) цитотоксическая

204. ТРИАДА КУШИНГА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ тахикардией
- 2) брадикардией
- 3) гипертензией
- 4) диспноэ

205. СИМПТОМ БАТТЛА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1)+ основания черепа
- 2) верхней челюсти
- 3) нижней челюсти
- 4) лобной пазухи

206. ОСТРАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА НА КТ ГОЛОВЫ ВИДНА КАК

- 1)+ образование двояковыпуклой (линзовидной) формы повышенной плотности
- 2) образование двояковыпуклой (линзовидной) формы низкой плотности
- 3) полулунное образование низкой плотности
- 4) образование с изоденсивной плотностью

207. МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТА ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

- 1)+ 30
- 2) 50
- 3) 60
- 4) 20

208. К ПОДОСТРЫМ ОТНОСЯТ СУБДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ, ПРИ КОТОРЫХ СДАВЛЕНИЕ МОЗГА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ СУТКИ

- 1)+ 4-10
- 2) 10-14
- 3) 14-28
- 4) 1-3

209. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МЕНИНГИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ *klebsiella pneumoniae*
- 2) *staphylococcus haemolyticus*
- 3) *staphylococcus warneri*
- 4) *staphylococcus epidermidis*

210. ХРОНИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА НА КТ ГОЛОВЫ ВИДНА КАК

- 1)+ полулунное образование низкой плотности
- 2) полулунное образование высокой плотности
- 3) двояковыпуклой (линзовидной) формы образование повышенной плотности
- 4) двояковыпуклой (линзовидной) формы образование низкой плотности

211. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ТРИАДЫ КУШИНГА ПРИ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гипертензия, брадикардия, нарушение дыхания
- 2) высокая температура, тремор, головная боль
- 3) высокое АД, тошнота, рвота
- 4) нарушение мочеиспускания, артериальная гипотензия, менингизм

212. К ХРОНИЧЕСКИМ ОТНОСЯТ СУБДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ, ПРИ КОТОРЫХ СДАВЛЕНИЕ МОЗГА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ СУТКИ И БОЛЕЕ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

- 1)+ 14
- 2) 7
- 3) 10
- 4) 12

213. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ «мостиковые» вены
- 2) сосуды твердой мозговой оболочки
- 3) корковые артерии на поверхности головного мозга
- 4) синусы твердой мозговой оболочки

214. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ _____ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

- 1)+ открытой проникающей
- 2) открытой непроникающей
- 3) закрытой с очаговым поражением головного мозга
- 4) закрытой с оболочечными гематомами

215. ВО ВРЕМЯ СВЕТЛОГО ПРОМЕЖУТКА ПРИ ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ ПАЦИЕНТЫ НАХОДЯТСЯ В

- 1)+ ясном сознании
- 2) глубокой коме
- 3) умеренной коме
- 4) глубоком оглушении

216. ЕДИНСТВЕННО ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ШУНТ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рост ликвора из шунтирующей системы
- 2) потребление глюкозы в ликворе
- 3) повышение цитоза ликвора
- 4) менингеальная симптоматика

217. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ НЕПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пневмоцефалия
- 2) перелом зубовидного отростка
- 3) затемнение околоносовых пазух
- 4) перелом теменной кости

218. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ____ ДОЛЯХ

- 1)+ затылочных
- 2) лобных
- 3) височных
- 4) теменных

219. ОСТРАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА НА КТ ГОЛОВЫ ВИДНА КАК

- 1)+ полулунное образование повышенной плотности
- 2) двояковыпуклой (линзовидной) формы образование повышенной плотности
- 3) образование с изоденсивной плотностью
- 4) двояковыпуклой (линзовидной) формы образование низкой плотности

220. ПОПЕРЕЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ ВИСОЧНОЙ КОСТИ ПРИВОДЯЩИЙ К НАРУШЕНИЮ ФУНКЦИИ VII НЕРВА СВЯЗАН С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1)+ коленчатого ганглия
- 2) барабанной перепонки
- 3) тройничного узла
- 4) слуховых косточек

221. РАСТУЩИЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕРЕПА ВСТРЕЧАЮТСЯ У

- 1)+ детей младшего возраста
- 2) людей среднего возраста
- 3) пожилых
- 4) людей старческого возраста

222. У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СУДОРОГ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ открытой проникающей черепно-мозговой травме
- 2) закрытой черепно-мозговой травме без внутричерепных кровоизлияний
- 3) открытой непроникающей черепно-мозговой травме
- 4) закрытой черепно-мозговой травме с внутричерепными кровоизлияниями

223. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ____ ДОЛЯХ

- 1)+ лобных
- 2) височных
- 3) затылочных
- 4) теменных

224. К ПАЦИЕНТАМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ МЕНИНГИТА ОТНОСЯТ БОЛЬНЫХ С

- 1)+ проникающей ЧМТ
- 2) сочетанной или комбинированной травмой
- 3) диффузным аксональным повреждением
- 4) проведенным нейрохирургическим лечением

225. ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ И ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПОВЫШАЕТСЯ ВЕРОЯТНОСТЬ

- 1)+ жировой эмболии
- 2) воздушной эмболии
- 3) эпилептических приступов
- 4) назальной ликвореи

226. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА ЗНАЧИТЕЛЬНО ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ ЛИБО ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ У БОЛЬНЫХ ____ ВОЗРАСТА

- 1)+ пожилого и старческого
- 2) раннего детского
- 3) подросткового
- 4) зрелого

227. МЕТЕОПАТИЧЕСКИЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ костного дефекта черепа
- 2) перелома черепа
- 3) опухолей глубинной локализации
- 4) кровоизлияний в вещество мозга

228. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расширение зрачков с одной или двух сторон
- 2) децеребрационная ригидность
- 3) декорткационная ригидность
- 4) артериальная гипотензия

229. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ИЛИ ВНИТРИЖЕЛУДОЧКОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕНИНГИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верификация чувствительного микроорганизма
- 2) развитие пароксизмальной симптоматики
- 3) угнетение уровня сознания до комы
- 4) наличие функционирующего люмбального или вентрикулярного дренажа

230. «СВЕТЛЫЙ ПРОМЕЖУТОК» ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ эпидуральных гематом
- 2) субдуральных гематом
- 3) внутримозговых гематом
- 4) внутрижелудочковых гематом

231. У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ЭНТЕРОБАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амикацин
- 2) ванкомицин
- 3) полимиксин В
- 4) цефазолин

232. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ПОРЯДКЕ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОТ НАИБОЛЬШЕГО К НАИМЕНЬШЕМУ: _____ ДОЛИ

- 1)+ лобные, височные, теменные, затылочные
- 2) височные, лобные, теменные, затылочные
- 3) височные, теменные, затылочные, лобные
- 4) теменные, затылочные, лобные, височные

233. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ВИСОЧНО-ТЕМЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕННАЯ

- 1)+ средняя оболочечная артерия
- 2) средняя оболочечная вена
- 3) чешуя височной кости
- 4) стенка кавернозного синуса

234. У ПАЦИЕНТОВ С МЕНИНГИТОМ, ВЫЗВАННЫМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полимиксин В
- 2) дорипинем
- 3) меронем
- 4) цефазолин

235. ПРИЧИНОЙ ОТСРОЧЕННОГО ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ 3-10 СУТОК ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вазоспазм
- 2) развитие гидроцефалии
- 3) гиповентиляция
- 4) интракраниальная гематома

236. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПРИ ВЫБОРЕ ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В КРАНИОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО

- 1)+ биосовместимость
- 2) цена
- 3) цвет
- 4) размер

237. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вентрикулоперитонеальное шунтирование
- 2) эндоскопическая тривентрикуло-цистерностомия
- 3) люмбоперитонеальное шунтирование
- 4) операция Торкильдсена

238. ХАРАКТЕРНУЮ КОНВЕКСИТАЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ СУБДУРАЛЬНЫХ ГИГРОМ ОБУСЛАВЛИВАЕТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПАУТИННОЙ ОБОЛОЧКИ В ОБЛАСТИ

- 1)+ сильвиевой щели
- 2) роландовой борозды
- 3) парацентральной дольки
- 4) поясной извилины

239. СРЕДИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ (ПРИ ОТСУТСТВИИ ОБОЛОЧЕЧНЫХ ГЕМАТОМ) В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ вентрикулярное дренирование
- 2) декомпрессивную краниэктомию с пластикой ТМО
- 3) наложение люмбального дренажа
- 4) микрохирургическую цистерностомию

240. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ хемоз, пульсирующий глаз, шум надглазным яблоком
- 2) высокое артериальное давление, боли в спине, нарушение глотания
- 3) боли в области почек, наличие назальной ликвореи, заложенность носа
- 4) кровоподтёк мягких тканей лица, заушной области и менингеальная симптоматика

241. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1)+ врача-оториноларинголога
- 2) врача-гематолога
- 3) врача-терапевта
- 4) врача-фтизиатра

242. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ОТДАЁТСЯ

- 1)+ закрытому наружному дренированию гематомы
- 2) краниотомии без иссечения капсулы гематомы
- 3) краниотомии с иссечением капсулы гематомы
- 4) декомпрессивной краниэктомии с иссечением капсулы гематомы

243. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЛЕ-ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ межчелюстная фиксация
- 2) репозиция фрагментов
- 3) проволочная фиксация
- 4) остеосинтез спицами Киршнера

244. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1)+ кратковременная потеря сознания
- 2) алкогольное или наркотическое опьянение пациента
- 3) травма, полученная в результате автомобильной аварии или падения с высоты
- 4) наличие явных признаков травмы (переломы костей свода и основания черепа)

245. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАНЕЕ УДАЛЁННОГО КОСТНОГО ЛОСКУТА, СОХРАНЁННОГО В ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПАЦИЕНТА, СОПРЯЖЕНО С ВЫСОКИМ РИСКОМ

- 1)+ резорбции лоскута
- 2) инфицирования лоскута
- 3) нарушения трофики кожного лоскута
- 4) формирования абсцессов передней брюшной стенки

246. У ПОСТРАДАВШИХ С УГНЕТЕНИЕМ СОЗНАНИЯ ДО СОПОРА ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ УЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЁМ ____ МЛ

- 1)+ 30
- 2) 20
- 3) 10
- 4) 5

247. ПРОВЕДЕНИЕ КРАНИОТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ рецидиве гематомы после нескольких попыток дренирования
- 2) содержанием гематомы в виде однородной жидкости
- 3) однокамерном строении гематомы
- 4) толстой стенке гематом по данным магнитно-резонансной томографии

248. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ЭПИДУРАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ высокая диффузия и хорошее контрастирование при магнитно-резонансной томографии
- 2) низкая диффузия и отсутствие контрастирования при магнитно-резонансной томографии
- 3) низкая диффузия и хорошее контрастирование при магнитно-резонансной томографии
- 4) высокая диффузия и отсутствие контрастирования при магнитно-резонансной томографии

249. ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА С _____ ЦЕЛЬЮ

- 1)+ лечебной
- 2) научной
- 3) экспериментальной
- 4) демонстрационной

250. ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ДОСТАТОЧНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- 1)+ окклюзионной гидроцефалии
- 2) эпидуральных гематом объемом до 20 мл
- 3) латеральных повреждений мозжечка до 20 куб. см.
- 4) эпидуральных гематом объемом 10 мл с латеральными повреждениями мозжечка объемом 10 куб.см

251. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВДАВЛЕННЫМ КОСТНЫМ ФРАГМЕНТОМ ДВУХ СТЕНОК ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА В ЗАДНЕЙ ЕГО ТРЕТИ ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование лоскута серповидного отростка с перемещением его на верхнюю стенку синуса
- 2) лигирование верхнего сагиттального синуса проксимальнее и дистальнее места повреждения
- 3) формирование лоскута конвексимальной твердой мозговой оболочки с перемещением его на верхнюю стенку синуса
- 4) тампонада дефектов синуса фрагментами мышечной ткани или височной фасции

252. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ НЕВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ толщине гематомы более 10 мм, смещении срединных структур более 5 мм, угнетении сознания до умеренного оглушения
- 2) объеме гематомы 30 мл височной локализации, смещении срединных структур до 5 мм, внутричерепном давлении не выше 25 мм.рт.ст
- 3) объеме гематомы 40 мл лобной локализации, смещении срединных структур до 5 мм, внутричерепном давлении не выше 20 мм.рт.ст
- 4) асимптомной гематоме объемом 45 мл

253. К ОПИСАННОЙ ЯКОБСОНОМ ТРИАДЕ СИМПТОМОВ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ светлый промежуток, гомолатеральный мидриаз, контралатеральный гемипарез
- 2) светлый промежуток, контралатеральный мидриаз, гомолатеральный гемипарез
- 3) отсутствие светлого промежутка, контралатеральный мидриаз, контралатеральный гемипарез
- 4) отсутствие светлого промежутка, гомолатеральный мидриаз, гомолатеральный гемипарез.

254. ПОСРЕДСТВОМ ТРАНСПАЛЬПЕБРАЛЬНОГО ДОСТУПА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПОДХОД К

- 1)+ нижней стенке глазницы
- 2) верхней стенке глазницы
- 3) передней стенке лобной пазухи
- 4) надпереносью

255. ВЕНТРИКУЛОПУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО ТРЕУГОЛЬНИКА БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОВОДИТСЯ В ТОЧКЕ

- 1)+ Кина
- 2) Кохера
- 3) Денди
- 4) Фрезьера

256. ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА С ПРОВЕДЕНИЕМ КТ КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СТРУКТУР ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ НЕВОЗМОЖНА ПРИ

- 1)+ развитию окклюзионной гидроцефалии
- 2) латеральных повреждений мозжечка объемом 20 куб.см
- 3) эпидуральных гематомах объемом 20 мл
- 4) эпидуральных гематомах объемом 10 мл с латеральными повреждениями мозжечка объемом 10 куб.см

257. НАИБОЛЕЕ ЖИЗНЕОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ венозных синусов
- 2) воздухоносных пазух
- 3) твердой мозговой оболочки
- 4) коры мозга

258. ПРИ НАЛИЧИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩЕГО СВИЩА В ЗОНЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТРЕПАНАЦИИ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМОМ СЛЕДУЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ компьютерную томографию головного мозга с контрастом
- 2) компьютерную томографию головного мозга без контрастирования
- 3) магнитно-резонансную перфузию головного мозга
- 4) рентген черепа в 2 проекциях

259. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пиальные вены
- 2) оболочечные артерии
- 3) венозные синусы
- 4) корковые артерии

260. У ПОСТРАДАВШИХ С УГНЕТЕНИЕМ СОЗНАНИЯ ДО КОМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ В ВИСОЧНОЙ ДОЛЕ ПРОВОДИТСЯ УЖЕ ПРИ ОБЪЕМЕ ____ МЛ

- 1)+ 20
- 2) 15
- 3) 10
- 4) 5

261. ОТНОСИТЕЛЬНО МЕНЬШАЯ ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ ДО 2Х ЛЕТ, А ТАКЖЕ У ПОЖИЛЫХ И СТАРИКОВ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ более плотным сращением твердой мозговой оболочки с внутренней костной пластинкой
- 2) большей плотностью стенки средней оболочечной артерии и её устойчивостью к травматизации
- 3) преобладанием ротационного механизма травмы и как следствие – диффузных повреждений мозга
- 4) склонностью организма к повышенной свертываемости крови в условиях стресса при черепно-мозговой травме

262. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ОЧАГОВ РАЗМОЗЖЕНИЯ И ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ У ПОСТРАДАВШИХ С ОТСУТСТВИЕМ ВЫРАЖЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДИСЛОКАЦИИ СТВОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диаметр внутримозговой гематомы 5 см
- 2) угнетение сознания до глубокого оглушения
- 3) смещение срединных структур 4 мм
- 4) незначительная деформация охватывающей цистерны

263. ПРИ РАЗВИТИИ ЭПИДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА НЕОБХОДИМО

- 1)+ провести ревизию раны с взятием посевов
- 2) провести консервативное лечение
- 3) ввести антибиотики эндолюмбально
- 4) назначить симптоматическую терапию

264. У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ЭНТЕРОБАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ ПРЕПРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амикацин
- 2) ванкомицин
- 3) полимиксин В
- 4) цефазолин

265. К ГИПЕРДРЕНАЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ШУНТИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ внутримозговое кровоизлияние
- 2) синдром щелевидных желудочков
- 3) субдуральное скопление ликвора
- 4) внутричерепная гипотензия

266. У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЁЛОЙ ЧМТ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ стероидов
- 2) осмодиуретиков
- 3) барбитуратов
- 4) наркотических анальгетиков

267. ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первичная пластика дефекта сохранившимися фрагментами аутокости
- 2) удаление всех фрагментов повреждённого участка кости
- 3) удаление костных фрагментов с единовременной краниопластикой
- 4) широкая резекция в пределах неизменённой кости

268. ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ДОСТАТОЧЕН ОБЪЁМ В ____ МЛ

- 1)+ 40
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 15

269. У ПОСТРАДАВШИХ С УГНЕТЕНИЕМ СОЗНАНИЯ ДО КОМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ В ЛОБНОЙ ДОЛЕ ПРОВОДИТСЯ УЖЕ ПРИ ОБЪЁМЕ ____ МЛ

- 1)+ 30
- 2) 20
- 3) 10
- 4) 5

270. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ В ОБЛАСТИ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ объём гематомы 30 мл
- 2) толщина гематомы 13 мм
- 3) смещение срединных структур 5 мм
- 4) угнетение сознания до 9 баллов по Шкале Комы Глазго

271. ПЕРВИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ МАННИТОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УВЕЛИЧЕННОГО ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ реологический эффект, связанный с изменением формы красных кровяных клеток и, тем самым, снижением вязкости крови
- 2) снижение церебрального метаболизма
- 3) секвестрация свободных радикалов
- 4) осмотическое высвобождение жидкости из тканей головного мозга

272. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЫСЕВЕ ИЗ ЛИКВОРА ГРАММ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПАТОГЕНА СОСТАВЛЯЕТ (В СУТКАХ)

- 1)+ 10-14
- 2) 14-21
- 3) менее 10
- 4) более 30

273. СТАБИЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ РЕПОНИРОВАННЫХ ФРАГМЕНТОВ ЧЕРЕПА В ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ У ВЗРОСЛЫХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ДОСТИГАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1)+ титановых минипластин и минивинтов
- 2) резорбируемых пластин и винтов
- 3) проволочных швов
- 4) шелковых швов

274. КОРРЕКЦИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ ПОРОГА ____ ММ.РТ.СТ.

- 1)+ 20
- 2) 15
- 3) 10
- 4) 5

275. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проникающая травма
- 2) закрытый характер травмы
- 3) пожилой возраст пациента
- 4) сахарный диабет у пациента

276. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОРИЕНТИРУЮТСЯ НА _____ ПОЗВОНОК

- 1)+ L4
- 2) Th7
- 3) C1
- 4) S3

277. ВЕНТРИКУЛОПУНКЦИЯ ЗАДНИХ РОГОВ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОВОДИТСЯ В ТОЧКЕ

- 1)+ Денди
- 2) Кина
- 3) Кохера
- 4) Фрезьера

278. ПАЦИЕНТУ, КОТОРОМУ ВЫПОЛНЕНА ИММОБИЛИЗАЦИЯ ШЕЙНЫМ ВОРОТНИКОМ (ПРИ ПОДОЗРЕНИИ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ГРУБЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПЕРЕД ТРАНСПОРТИРОВКОЙ) ДОПОЛНИТЕЛЬНО СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ

- 1)+ метилпреднизолон
- 2) антибиотики
- 3) витаминные препараты
- 4) антигистаминные препараты

279. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИСХОДА ДАП ПО ДАННЫМ МРТ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

- 1)+ Firshing
- 2) I.F. Marshall
- 3) классификацию В.Н. Корниенко
- 4) Хьюстонскую шкалу

280. ПРИ РАЗВИТИИ ЭПИДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА В ЗОНЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ТРЕПАНАЦИИ СЛЕДУЕТ

- 1)+ выполнить ревизию раны, удалить костный лоскут
- 2) выпонить ревизию раны, костный лоскут не удалять
- 3) иссечь свищевой ход в области оперативного вмешательства
- 4) одномоментно выполнить краниопластику после удаления костного лоскута

281. ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КРАНИОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КОСТНОГО ДЕФЕКТА БОЛЕЕ __ СМ^{>2}:</sup>

- 1)+ 6
- 2) 4
- 3) 10
- 4) 15

282. РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ФУНКЦИОНИРОВАНИИ НАРУЖНОГО ДРЕНАЖА БОЛЕЕ ____ СУТОК

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 5
- 4) 7

283. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С БАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ клинически значимая внутричерепная гипотензия
- 2) повреждение твёрдой мозговой оболочки
- 3) раздражение твёрдой мозговой оболочки воздухом
- 4) развитие латеральной дислокации при напряжённой пневмоцефалии

284. НАИБОЛЕЕ ШИРОКО РАСПРОСТРАНЁННЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метилметакрилат
- 2) полиэфирэфиркетон
- 3) гидроксиапатит
- 4) силикон

285. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ОЧАГОВ РАЗМОЗЖЕНИЯ И ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ У ПОСТРАДАВШИХ С ДОПУСТИМО ОБРАТИМЫМ УГЛУБЛЕНИЕМ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ ДО СОПОРА ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженные клинические признаки дислокации ствола
- 2) максимальный диаметр внутримозговой гематомы 3 см
- 3) смещение срединных структур 4 мм
- 4) незначительную деформацию охватывающей цистерны

286. ПРИ 3D-МОДЕЛИРОВАНИИ ИМПЛАНТАТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОДНОСТОРОННЕГО ДЕФЕКТА ЧЕРЕПА ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ зеркального отражения противоположной стороны черепа
- 2) виртуального донора
- 3) построения формы имплантата вручную
- 4) автоматического компьютерного заполнения недостающей части черепа

287. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ИНСТИТУТА НЕЙРОХИРУРГИИ ИМ. БУРДЕНКО, ОБШИРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ КОСТНЫЕ ДЕФЕКТЫ ПЛОЩАДЬЮ БОЛЕЕ __ СМ²:

- 1)+ 60
- 2) 40
- 3) 50
- 4) 30

288. ВЕНТРИКУЛОПУНКЦИЯ ПЕРЕДНИХ РОГОВ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРОВОДИТСЯ В ТОЧКЕ

- 1)+ Кохера
- 2) Денди
- 3) Фрезьера
- 4) Кина

289. РЕПОЗИЦИЮ И СТАБИЛИЗАЦИЮ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЕ ПО ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ в неотложном порядке
- 2) не ранее трёх недель с момента травмы
- 3) в отдалённом периоде травмы
- 4) в течение первого месяца с момента травмы

290. ВЕНТРИКУЛОПУНКЦИЯ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ выраженной гидроцефалии
- 2) выраженном отёке структур задней черепной ямки
- 3) наличии объемных образований на пути предполагаемого введения катетера
- 4) нарушении свертываемости крови

291. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПЛОТНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

- 1)+ гиподенсная
- 2) изоденсная
- 3) гиперденсная
- 4) гетероденсная

292. ПРОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА С ПРОНИКАЮЩИМ ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ В ГОЛОВУ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ

- 1)+ атонии
- 2) отсутствии позотонических реакций
- 3) множестве инородных тел расположенных интракраниально
- 4) прогрессирующем ухудшении состояния пациента и признаках дислокации

293. К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ краниотомию с удалением гематомы
- 2) наложение фрезевого отверстия и установку дренажа в полость гематомы
- 3) наложение двух фрезевых отверстий и установку приточно-промывной системы
- 4) минимально инвазивное дренирование через субдуральный порт

294. НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ОТЛИЧИЕ ОТ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ МОГУТ

- 1)+ чаще провоцировать развитие гнойно-воспалительных осложнений
- 2) способствовать развитию посттравматической эпилепсии
- 3) вызывать длительную ликворею
- 4) приводить к формированию внутримозговых абсцессов

295. К ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКЕ В ОТНОШЕНИИ НЕБОЛЬШОГО ВДАВЛЕННОГО ПЕРЕЛОМА ЧЕРЕПА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ НА 12 ММ ИНТРАКРАНИАЛЬНО БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ репозицию вдавленного перелома с фиксацией отломков
- 2) удаление костных отломков с замещением дефекта черепа имплантатом
- 3) удаление костных отломков, дренирование раны, краниопластику в отсроченном периоде
- 4) удаление костных отломков, динамическое наблюдение, этапную краниопластику

296. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПУТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ СУБДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ распространение процесса с околоносовых пазух через диплоэтические вены
- 2) гематогенный
- 3) распространение процесса с оболочек мозга при менингите
- 4) вторичное инфицирование хронических субдуральных гематом

297. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КРАНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЧЕРЕПА СОСТАВЛЯЕТ ОТ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 6 до 12
- 2) 3 до 6
- 3) 12 и более
- 4) 2 до 3

298. БОЛЕЕ РЕДКИМ ИСТОЧНИКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ дуральные синусы
- 2) сосуды виллизиевого круга
- 3) лентикюлостриарные артерии
- 4) глубокие вены мозга

299. ПРИ ДИФFUЗНОМ АКСОНАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие очаговых изменений
- 2) мелкие диффузные геморрагические очаги
- 3) множественные внутримозговые гематомы
- 4) норма КТ

300. К ВАРИАНТАМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ классический, без первичной утраты сознания, со стертым светлым промежутком, без светлого промежутка
- 2) острый, подострый, хронический, фульминантный
- 3) классический, отсроченный, подострый, хронический
- 4) врожденный, окклюзионный, неокклюзионный, дислокационный

301. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРОВАНИЯ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ В СОЧЕТАНИИ С ХЕМОЗОМ ВЕК, ОТЕКОМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И СТРУКТУР ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пульсирующий шум над глазным яблоком
- 2) выраженный экзофтальм
- 3) блефароспазм
- 4) парез произвольного зрения вверх

302. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НЕОБХОДИМО

- 1)+ краниализировать пазуху
- 2) тампонировать пазуху мышцей или фрагментом жира
- 3) проводить консервативную терапию
- 4) по возможности дренировать пазуху через полость носа

303. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ШИРОКО ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ светлый промежуток, гомолатеральный мидриаз, контрлатеральный гемипарез
- 2) брадикардия, артериальная гипертензия, патологические паттерны дыхания
- 3) битемпоральная гемианопсия, расширение турецкого седла, дисфункция гипофиза
- 4) деменция, нарушение походки, недержание мочи

304. ГЛАВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ ОЧАГОВ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ В

- 1)+ коре головного мозга
- 2) подкорковых ядрах
- 3) области гипоталамуса
- 4) ядрах моста

305. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА В КОСТЯХ ЧЕРЕПА ДОСТАТОЧНО ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1)+ краниограммы в двух проекциях
- 2) нативной КТ
- 3) КТ с внутривенным контрастированием
- 4) МРТ в режиме диффузии

306. УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПРИ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ

- 1)+ его доступном расположении по ходу раневого канала
- 2) большом количестве инородных тел
- 3) его локализации вне желудочковой системы
- 4) его расположении в пределах коры головного мозга

307. ЭПИДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ МОЖЕТ ПОДЛЕЖАТЬ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ, ЕСЛИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЕЁ ОБЪЕМ

- 1)+ менее 30 см³, толщина менее 15 мм, смещение срединных структур менее 3 мм у больных с сохранным бодрствованием и отсутствием очаговой неврологической симптоматики
- 2) менее 40 см³, толщина менее 10 мм или смещении срединных структур менее 5 мм у больных с сохранным бодрствованием и отсутствием очаговой неврологической симптоматики
- 3) более 40 см³, толщина более 10 мм или смещении срединных структур более 5 мм у больных с сохранным бодрствованием и отсутствием очаговой неврологической симптоматики
- 4) более 30 см³, толщина более 15 мм, смещение срединных структур более 3 мм у больных с сохранным бодрствованием и отсутствием очаговой неврологической симптоматики

308. У ПАЦИЕНТА С УРОВНЕМ СОЗНАНИЯ 12 БАЛЛОВ ПО ШКГ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ В ВИСОЧНОЙ-ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА ОБЪЕМОМ 20 СМ³, ТОЛЩИНОЙ 10 ММ И СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДИННЫХ СТРУКТУР 3 ММ ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение в условиях нейрохирургического стационара
- 2) экстренная операция – удаление гематомы без декомпрессивной краниоэктомии
- 3) экстренная операция – удаление гематомы с декомпрессивной краниоэктимией
- 4) динамическое наблюдение врача в амбулаторных условиях по месту жительства

309. К НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МОДАЛЬНОСТЯМ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФФУЗНОГО АКСОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ T2 GRE, SWAN, SWI
- 2) T2, T2-FLAIR
- 3) T1, FSPGR
- 4) T1 с внутривенным контрастированием

310. ФОРМИРОВАНИЕ КАПСУЛЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПРОИСХОДИТ ПРИМЕРНО ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

- 1)+ 14
- 2) 7
- 3) 7-10
- 4) 10-14

311. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ СВЯЗАНА С

- 1)+ шунтированием артериальной крови через кавернозный синус в верхнюю глазничную вену
- 2) тромбированием кавернозного синуса и нарушением венозного оттока из глазницы
- 3) уменьшением кровоснабжения по глазной артерии
- 4) увеличением притока артериальной крови в артерии глазницы

312. ПРИ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ВОЗНИКАЕТ ЭФФЕКТ КАВИТАЦИИ, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ поражением тканей, значительно превышающем диаметр раневого канала
- 2) поражением тканей, соответствующим диаметру раневого канала
- 3) поражением тканей, немного превышающем диаметр раневого канала
- 4) возникновением отдельных очагов ушиба на значительном удалении от раневого канала

313. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ОПТИМАЛЬНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ компьютерной томографии
- 2) краниографии в двух проекциях
- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) прямой ангиографии

314. НАИМЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ОЖИДАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ

- 1)+ в стволе головного мозга
- 2) на корково-подкорковом уровне в обоих полушариях
- 3) на корково-подкорковом уровне в доминантном по речи полушарии
- 4) в проекции переднего бедра внутренней капсулы

315. ПАЦИЕНТУ С УГНЕТЕНИЕМ СОЗНАНИЯ ДО 7 БАЛЛОВ ПО ШКГ С СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ ТОЛЩИНОЙ 5 ММ И ДИСЛОКАЦИЕЙ СРЕДИННЫХ СТРУКТУР 3 ММ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ установки датчика внутричерепного давления
- 2) экстренной декомпрессивной трепанации черепа, удаления гематомы, пластика ТМО
- 3) экстренной декомпрессивной трепанации черепа, удаления гематомы
- 4) краниотомии с удалением гематомы

316. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПОВТОРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТА С ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ РАНЕВОЙ ЛИКВОРЕИ В ТЕЧЕНИЕ _____ДНЕЙ

- 1)+ 14 и более
- 2) 7 - 10
- 3) 10 - 14
- 4) 5 – 7

317. У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ДИФфуЗНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЕЕ 20 ММ.РТ.СТ. НА БОЛЕЕ ЧЕМ 15 МИНУТ, ЗА 1 ЧАС, РЕФРАКТЕРНОЕ К МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К

- 1)+ декомпрессивной краниэктомии
- 2) наложению поисковых фрезевых отверстий
- 3) установке наружного вентрикулярного дренажа
- 4) проведению управляемой гипотермии

318. НАРАСТАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОДОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С

- 1)+ гиперемией на фоне реперфузионного синдрома
- 2) наличием послеоперационной пневмоцефалии
- 3) ятрогенным повреждением коры головного мозга
- 4) нарушением венозного оттока за счет проведенной трепанации

319. ЭПИДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ ИМЕЮТ МЕНЬШУЮ ПЛОЩАДЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И БОЛЬШУЮ ТОЛЩИНУ, ЧЕМ СУБДУРАЛЬНЫЕ, ПОТОМУ ЧТО

- 1)+ чаще всего кровь распространяется в пределах черепных швов, где оболочка плотно сращена с внутренней костной пластинкой
- 2) чаще причиной их развития являются поврежденные вены, что обуславливает меньшее количество истекающей крови
- 3) такую форму обуславливают эластичность твердой мозговой оболочки и локально травмированные пиальные кровеносные сосуды
- 4) эластичность подлежащей мозговой ткани не позволяет крови распространяться по большей площади

320. БОЛЕЕ РЕДКИМ ИСТОЧНИКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ поврежденные оболочечные вены
- 2) средние мозговые артерии
- 3) лентикулостриарные артерии
- 4) глубокие вены мозга

321. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ субарахноидальное кровоизлияние
- 2) проникающий характер черепно-мозговой травмы
- 3) нарушение пульсации ликвора в условиях травматического отека мозга
- 4) возникновение интравентрикулярного блока вследствие травмы

322. ПРИ ОБЪЕМЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ БОЛЕЕ 30 СМЗ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УГНЕТЕНИЕ СОЗНАНИЯ ОТ _____ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ КОМЫ ГЛАЗГО

- 1)+ 6 до 8
- 2) 3 до 6
- 3) 8 до 10
- 4) 10 до 12

323. ПРИ ПАДЕНИИ НА ЗАТЫЛОК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ФОРМИРОВАНИЕ ОЧАГОВ ПО МЕХАНИЗМУ ПРОТИВОУДАРА В

- 1)+ полюсах обеих лобных долей
- 2) обеих затылочных долях
- 3) обеих теменных долях
- 4) височных долях

324. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ «НОРМАЛЬНОГО» ДАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ ШУНТИРУЮЩИХ СИСТЕМ С

- 1)+ программируемым клапаном
- 2) клапаном низкого давления
- 3) клапаном среднего давления
- 4) клапаном высокого давления

325. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СУБДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспаление околоносовых пазух
- 2) проникающая черепно-мозговая травма
- 3) хирургическая инфекция после проведенных вмешательств
- 4) бактериемия на фоне воспалительных заболеваний внутренних органов

326. ДИФФУЗНАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА ОБУСЛОВЛЕНА ВОЗДЕЙСТВИЕМ СИЛ

- 1)+ ускорения-замедления
- 2) ударно-противоударного воздействия
- 3) взрывного воздействия
- 4) сдавления и растяжения

327. УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ СВЯЗАНО С

- 1)+ повторными кровоизлияниями из сосудов капсулы гематомы
- 2) повторными кровоизлияниями из сосудов коры головного мозга
- 3) продолжающимся венозным кровотечением из диплоэтических вен
- 4) продолжающимся кровотечением из сосудов твердой мозговой оболочки

328. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ВЕНТРИКУЛОМЕГАЛИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ОПЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ люмбальный tap-тест
- 2) тест с ацетозоламидом
- 3) повторные люмбальные пункции
- 4) КТ-цистернографию

329. НАЛИЧИЕ МЕЖПОЛУШАРНОЙ ГИГРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ В ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ АССОЦИИРОВАНО С РАЗВИТИЕМ

- 1)+ посттравматической гидроцефалии
- 2) посттравматического менингита
- 3) атрофического процесса
- 4) арахноидальных кист

330. ПРИ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ ТРИАДОЙ СИМПТОМОВ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ светлый промежуток, мидриаз, брадикардия
- 2) паралич мягкого неба, синдром Горнера, мозжечковая атаксия
- 3) периферический паралич мимической мускулатуры, Симптом Белла, гемиплегия
- 4) брадикардия, артериальная гипертензия, патологические паттерны дыхания

331. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ОТЕКЕ МОЗГА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ нарушению ауторегуляции мозгового кровотока
- 2) гипокании
- 3) гипонатриемии
- 4) затруднению венозного оттока из полости черепа

332. ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ГЕМАТОМЫ, СОДЕРЖАЩИЕ СВЕЖУЮ НЕСВЕРНУВШУЮСЯ КРОВЬ НА КТ ИМЕЮТ

- 1)+ одинаковую или слегка пониженную плотность по сравнению с мозгом
- 2) повышенную плотность по сравнению с мозгом
- 3) ликворную плотность
- 4) плотность воздуха

333. РИСК РАЗВИТИЯ ШУНТ-ИНФЕКЦИИ СНИЖАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ антибиотик-импрегнированных катетеров
- 2) йодного раствора для замачивания компонентов шунта
- 3) инцизионной пленки на ранах
- 4) аподактильного метода манипуляций

334. ДЛЯ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ динамической и статической нагрузки
- 2) ускорения-замедления
- 3) ударно-противоударного воздействия
- 4) сдавления и растяжения

335. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ СУБДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ стрептококки
- 2) анаэробные грам «-» палочки
- 3) аэробные грам «+» палочки
- 4) стафилококки

336. К ОДНОМУ ИЗ ПОЗДНИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ очаговую неврологическую симптоматику
- 2) лихорадку
- 3) менингеальную симптоматику
- 4) головные боли

337. НАЛОЖЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ФРЕЗЕВЫХ ОТВЕРСТИЙ НАЧИНАЮТ С

- 1)+ области чешуи височной кости
- 2) проекции верхнего сагиттального синуса
- 3) лобно-орбитально-височной области
- 4) области чешуи затылочной кости

338. ПРИ СКВОЗНЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ВХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫХОДНОГО

- 1)+ меньшим диаметром и большим повреждением внутренней костной пластинки
- 2) большим диаметром и большим повреждением внутренней костной пластинки
- 3) меньшим диаметром и большим повреждением наружной костной пластинки
- 4) большим диаметром и большим повреждением наружной костной пластинки

339. ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРНЫ ПРОЦЕССЫ

- 1)+ организации повреждений и включения механизмов компенсации
- 2) взаимодействия травматического субстрата, повреждающих и защитных реакций
- 3) завершения дегенеративно-деструктивных и регенеративно-репаративных реакций
- 4) активации новых симптомов раздражения или выпадения

340. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШУНТ-ИНФЕКЦИИ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ВОЗМОЖНА ПОСЛЕ

- 1)+ трех последовательных стерильных посевов ликвора
- 2) нормализации цитоза
- 3) нормализации биохимического анализа ликвора
- 4) получения стерильного посева ликвора

341. ДИАГНОСТИКА ДЕРЕВЯННЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАТРУДНЕНА ТАК КАК ОНИ МОГУТ БЫТЬ НЕОТЛИЧИМЫ ОТ

- 1)+ воздуха
- 2) мозгового вещества
- 3) костей черепа
- 4) ликвора

342. СИМПТОМ «ДВОЙНОГО ПЯТНА» УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ В ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЯЕМОМ ПОМИМО КРОВИ

- 1)+ ликвора
- 2) слизи
- 3) серозного отделяемого
- 4) транссудата

343. СИНДРОМ КЕРНОГАНА РАЗВИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ КОМПРЕССИИ

- 1)+ контрлатеральной объемному воздействию ножки мозга
- 2) ипсилатеральной объемному воздействию ножки мозга
- 3) ствола мозга гематомой в охватывающей цистерне
- 4) ствола мозга кровоизлиянием в 4 желудочек

344. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ

- 1)+ «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности
- 2) общемозговую симптоматику, повышение температуры
- 3) потерю сознания, очаговую неврологическую симптоматику, менингеальные знаки
- 4) кратковременную потерю сознания, рвоту, ретроградную амнезию

345. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИКВОРОЦИРКУЛЯЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзионная гидроцефалия на фоне дислокации
- 2) резорбтивная гидроцефалия
- 3) гиперпродукционная гидроцефалия
- 4) гидроцефалия нормального давления

346. АУТОРЕГУЛЯЦИЯ МОЗГОВОГО КРОВотоКА ПОДДЕРЖИВАЕТ УРОВЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ _____ ММ. РТ. СТ.

- 1)+ выше 70
- 2) от 40 до 50
- 3) от 50 до 60
- 4) от 60 до 70

347. ДЛЯ ОЧАГОВ УШИБА 1 ТИПА НА КТ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ ограниченная зона гиподенсивных изменений в веществе головного мозга
- 2) зона гиподенсивных изменений с точечными гиперденсивными включениями в веществе головного мозга
- 3) ограниченная зона неоднородных гиперденсивных изменений в веществе головного мозга
- 4) распространенная зона однородных гиперденсивных изменений в веществе головного мозга

348. К ВТОРИЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ постдислокационную ишемию в бассейне задней мозговой артерии
- 2) очаги ушиба в веществе головного мозга
- 3) травматическое субарахноидальное кровоизлияние
- 4) травматическую эпидуральную гематому

349. К ПЕРВИЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ очаги ушиба в веществе головного мозга
- 2) постдислокационную ишемию в бассейне задней мозговой артерии
- 3) венозные инфаркты при повреждении синусов
- 4) развитие окклюзионной гидроцефалии при дислокации

350. ПОИСКОВЫЕ ФРЕЗЕВЫЕ ОТВЕРСТИЯ НАКЛАДЫВАЮТСЯ НАЧИНАЯ С

- 1)+ височной области в проекции средней оболочечной артерии
- 2) теменного бугра
- 3) лобной области впереди от коронарного шва
- 4) ключевой точки

351. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ АНТИДИУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ полиурией
- 2) гипонатриемией
- 3) гипоосмолярности
- 4) увеличением объема плазмы

352. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОЦЕФАЛИИ У ПАЦИЕНТА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повреждение твердой мозговой оболочки
- 2) нарушение целостности костей свода черепа
- 3) инфицирование анаэробными микроорганизмами
- 4) повреждение кожных покровов

Тема 6. Общие вопросы нейрохирургии. Лучевая терапия.

1. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА НЕОБХОДИМО ПРИ

- 1)+** невриноме слухового нерва
- 2) менингиоме ольфакторной ямки
- 3) аневризме передней соединительной артерии
- 4) опухоли четвертого желудочка

2. ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ТРЕПАНАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** край поперечного синуса
- 2) край сигмовидного синуса
- 3) крыша орбиты
- 4) начало воздухоносных ячеек сосцевидного отростка

3. РАЗВИТИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ ИДЕТ ПО ПУТИ

- 1)+** малоинвазивному, минимально травматичному
- 2) максимально инвазивному
- 3) минимально радикальному
- 4) максимально радикальному

4. ВО ВРЕМЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+** трепанобиопсия костного мозга
- 2) нейронавигация
- 3) ультразвуковое сканирование
- 4) нейромониторинг черепных нервов

5. ОСНОВНЫМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ФРЕЗЕВОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** астерион
- 2) иниион
- 3) вырезка сосцевидного отростка
- 4) сосцевидный выпускник

6. ОСНОВНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ЗАШИВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СТЕЙПЛЕРОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+** скорости
- 2) экономичности
- 3) доступности
- 4) косметическом эффекте

7. ОПАСНОСТЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТРОМБИНА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+** отека головного мозга при попадании его на кору
- 2) тромбозов глубоких вен нижних конечностей
- 3) гематом в ложе удаленной опухоли в отдаленном периоде операции
- 4) инфекционных осложнений

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ПРИ ПТЕРИОНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗЕКЦИЯ

- 1)+** гребня клиновидной кости
- 2) заднего наклоненного отростка
- 3) скулового отростка
- 4) крыши орбиты

9. ПТЕРИОНАЛЬНЫЙ ДОСТУП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ АНЕВРИЗМАХ

- 1)+ передних отделов вилизиева круга
- 2) позвоночной артерии
- 3) перикаллезной артерии
- 4) дистальных отделов средней мозговой артерии

10. К НАИБОЛЕЕ РЕДКО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В НЕЙРОХИРУРГИИ ВИДАМ ГЕМОСТАЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ лигатуры
- 2) биполярную коагуляцию
- 3) монополярную коагуляцию
- 4) костный воск

11. К ИСТОЧНИКАМ ЭМБОЛИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ОТНОСЯТ

- 1)+ венозные выпускники
- 2) артерии мышц шеи
- 3) незарощенное овальное окно
- 4) воздухоносные ячеи сосцевидного отростка

12. БАЙОНЕТНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ - ЭТО ИНСТРУМЕНТЫ

- 1)+ изогнутые вдоль оси, с тем чтобы рукоятка не перекрывала обзор в узкой операционной ране
- 2) сплавленные из 2 разных металлов
- 3) с насечкой на рукоятке, предотвращающие скольжение
- 4) используемые для рассечения тканей

13. ВНУТРИКОЖНЫЕ ШВЫ МОЖНО НАКЛАДЫВАТЬ

- 1)+ проленом
- 2) шелком
- 3) кетгутом
- 4) скобами

14. ПРОИЗВОДСТВО МИКРОИНСТРУМЕНТОВ, ОКРАШЕННЫХ В ЧЕРНЫЙ МАТОВЫЙ ЦВЕТ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ снизить вероятность возникновения бликов света в операционной ране
- 2) идентифицировать микроинструмент от макроинструмента
- 3) защитить микроинструменты от коррозии
- 4) проводить «холодную» стерилизацию любой продолжительности цикла

15. К ОБЩИМ ПРИНЦИПАМ КРАНИОТОМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ регулировка операционного оборудования
- 2) жесткая фиксация головы пациента
- 3) позиционирование больного на столе
- 4) разрез кожи и мягких тканей

16. К МИКРОИНСТРУМЕНТАРИЮ ОТНОСЯТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

- 1)+ используемые для микрохирургических вмешательств
- 2) длина которых не превышает 4,5 см
- 3) длина которых не превышает 7 см
- 4) длина которых не превышает 8,5 см

17. ИГЛУ В КРАЙ РАНЫ НЕОБХОДИМО ВКАЛЫВАТЬ ПОД _____ГРАДУСОВ

- 1)+ 90
- 2) 45
- 3) 60
- 4) 30

18. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ «БЕЗОПАСНЫМ» С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА?

- 1)+ «лежа»
- 2) 3\4
- 3) «на боку»
- 4) «сидя»

19. ЖЕЛАТИНОВАЯ ГУБКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ поглощением жидкости в 45 раз больше своего веса
- 2) отсутствием абсорбции
- 3) выраженным локальным коагуляционным эффектом
- 4) развитием тканевой реакции

20. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ТЕХНИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неодимовая
- 2) платиновая
- 3) золотая
- 4) серебряная

21. АСТЕРИОН НЕ ОБРАЗУЕТ _____ ШОВ

- 1)+ височный
- 2) лямбдовидный
- 3) затылочно-сосцевидный
- 4) теменно-сосцевидный

22. НАИБОЛЕЕ «УДОБНЫМ» ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сидя
- 2) лежа
- 3) 3\4
- 4) на боку

23. НАКОНЕЧНИК АСПИРАТОРА FUKUSHIMA ИМЕЕТ

- 1)+ отверстие в виде капли
- 2) одно круглое отверстие
- 3) два круглых отверстия
- 4) несколько отверстий разной формы

24. ПТЕРИОНАЛЬНАЯ КРАНИОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В _____ ОБЛАСТИ

- 1)+ лобно-височной
- 2) лобно-теменной
- 3) теменно-височной
- 4) теменно-затылочной

25. ОКИСЛЕННАЯ ЦЕЛЛЮЛОЗА

- 1)+ замедляет регенерацию костей
- 2) не абсорбируется
- 3) не обладает бактерицидной активностью
- 4) используется для достижения гемостаза вокруг спинного мозга

26. ШВЫ, НАЛОЖЕННЫЕ НА КОЖУ В ОБЛАСТИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ СНИМАЮТ В СРЕДНЕМ НА _____ СУТКИ

- 1)+ 7-8
- 2) 10-14
- 3) 2-3
- 4) 3-5

27. К ОСОБЕННОСТЯМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖЕСТКОЙ ФИКСАЦИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ высокий риск формирования эпидуральных гематом
- 2) снижение риска смещения интубационной трубки
- 3) полное использование всех возможностей операционного стола
- 4) любое положение ретракторов (при их использовании)

28. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ИСПОЛЬЗУЮЩИМСЯ ВИДОМ ГЕМОСТАЗА В НЕЙРОХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лигатура
- 2) биполярная коагуляция
- 3) монополярная коагуляция
- 4) костный воск

29. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПТЕРИОНАЛЬНОГО ДОСТУПА, ВАЖНЫМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАЖЕНИЕ ОСНОВАНИЯ

- 1)+ передней черепной ямки и гребня клиновидной кости
- 2) средней черепной ямки
- 3) орбиты
- 4) скуловой дуги

30. НА АПОНЕВРОЗ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАКЛАДЫВАЕТСЯ _____ ШОВ

- 1)+ инвертированный
- 2) кисетный
- 3) непрерывный
- 4) матрацный

31. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛАССИЧЕСКОГО СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция заднего полукольца первого шейного позвонка
- 2) пластика ТМО аутофасцией
- 3) резекция остистого отростка 3 шейного позвонка
- 4) перевязка поперечного синуса

32. НЕЙРОХИРУРГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ самостоятельной дисциплиной
- 2) частью неврологии
- 3) частью нейроморфологии
- 4) частью нейроанатомии

33. К НЕДОСТАТКАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАЖИМОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ РАЗРЕЗЕ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ травмирование подкожной жировой клетчатки и апоневроза
- 2) сложность наложения
- 3) сдавление эпидермиса и дермы
- 4) высокая стоимость

34. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ лежа на боку
- 2) полусидя
- 3) сидя
- 4) с приподнятым головным концом

35. ВОЗДУХОНОСНЫЕ ЯЧЕЙКИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА, ВСКРЫТЫЕ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА, МОЖНО ГЕРМЕТИЗИРОВАТЬ

- 1)+ мышечной тканью
- 2) гемостатической губкой
- 3) протакрилом
- 4) воском

36. МОНОПОЛЯРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ НА НЕРВНЫХ СТРУКТУРАХ ВВИДУ

- 1)+ риска проведения электрического тока по чувствительным нервным структурам
- 2) риска развития пароксизмальной симптоматики
- 3) отсутствия коагуляционного эффекта
- 4) риска появлений артефактов на аппаратах слежения анестезиологической службы

37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ОПАСНЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воздушная эмболия
- 2) падение АД
- 3) пневмоторакс
- 4) травматизация позвоночной артерии

38. СРЕДИННЫЙ СУБОКЦИПИТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ опухоли IV желудочка
- 2) невриномы слухового нерва
- 3) синдромов гиперфункции черепных нервов
- 4) опухоли намета мозжечка

39. НАИБОЛЕЕ ВАЖНО НАКЛАДЫВАТЬ УЗЛОВЫЕ ШВЫ НА

- 1)+ апоневроз
- 2) подкожно - жировую клетчатку
- 3) кожу
- 4) твердую мозговую оболочку

40. ВСКРЫТЫЕ ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ВЕНОЗНЫЕ ВЫПУСКНИКИ НУЖНО

- 1)+ замазывать костным воском
- 2) герметизировать жировой клетчаткой
- 3) герметизировать фибриновым клеем
- 4) герметизировать гемостатической губкой

41. СКАЛЫПЕЛЬ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАССЕЧЕНИЯ

- 1)+ интракраниальных артерий
- 2) кожи
- 3) твердой мозговой оболочки
- 4) арахноидальной мозговой оболочки

42. КЛЮЧЕВОЙ ТОЧКОЙ ПРИ ПТЕРИОНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ

- 1)+ скуловой отросток лобной кости
- 2) лобный отросток скуловой кости
- 3) тело скуловой кости
- 4) лобный бугор

43. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ПОЛОЖЕНИИ “СИДЯ” ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ естественная санация раны под воздействием силы тяжести
- 2) практически полное отсутствие венозной эмболии
- 3) снижение риска инфекционных осложнений
- 4) снижение риска развития отека мозга

44. СРЕДИННЫЙ СУБОКЦИПИТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ мальформации Киари
- 2) невриномы слухового нерва
- 3) синдромов гиперфункции черепных нервов
- 4) опухоли намета мозжечка

45. ВОЗМОЖНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОСИГМОВИДНОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ венозные выпускники
- 2) артериальные сосуды
- 3) воздухоносные ячейки сосцевидного отростка
- 4) арахноидальные грануляции

46. КАКОЙ ВИД РАЗРЕЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ИМЕЕТ КОСМЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ?

- 1)+ волнообразный
- 2) линейный
- 3) полукружный
- 4) полулунный

47. ПРИ ФИКСАЦИИ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА СКОБОЙ MAYFIELD-KEES ВИНТ ФИКСАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА НУЖНО ПОВЕРНУТЬ ДО ____ ДЕЛЕНИЙ

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 2

48. ПТЕРИОНАЛЬНЫЙ ДОСТУП ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передне-латеральным базальным доступом
- 2) передне-латеральным конвекситальным доступом
- 3) передним базальным доступом
- 4) латеральным базальным доступом

49. ПТЕРИОНАЛЬНЫЙ ДОСТУП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ

- 1)+ хиазмально-селлярной области
- 2) среднего мозга
- 3) медиальных отделов лобной доли
- 4) желудочковой системы

50. ПОВЫШЕНИЕ АНТИПРИГАРНЫХ СВОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО КОАГУЛЯЦИОННОГО ПИНЦЕТА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТО

- 1)+ увеличением силы тока
- 2) использованием пинцетов и электрокоагуляторов одной фирмы-производителя
- 3) использованием напыления на бранши из розового золота
- 4) использование напыления на бранши из серебра

51. ДНОМ МЕЖПОЛУШАРНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мозолистое тело
- 2) поясная извилина
- 3) зрительный бугор
- 4) прозрачная перегородка

52. МАКСИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ СКЕЛЕТИРОВАНИЯ С1 ПОЗВОНКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 1,5
- 2) 2
- 3) 0,5
- 4) 1

53. ДЛЯ ДОСТУПА К _____ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЛОБНЫЙ МЕЖПОЛУШАРНЫЙ ДОСТУП

- 1)+ дистальным аневризмам передней мозговой артерии
- 2) опухолям треугольника желудочков
- 3) артерио-венозным мальформациям полюса затылочной доли
- 4) кистам III желудочка

54. РИСК, СВЯЗАННЫЙ С ПРОВЕДЕНИЕМ КРАНИОТОМИЙ В ЦЕЛОМ (ПО СТАТИСТИКЕ ВЕДУЩИХ МИРОВЫХ КЛИНИК) СОСТАВЛЯЕТ __%

- 1)+ около 1
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 7,5

55. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЧЕРЕЗ СРЕДИННЫЙ СУБОКЦИПИТАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ краевой синус
- 2) сосцевидный эмиссарий
- 3) верхний сагиттальный синус
- 4) вена мозжечка

56. ТРЕФЕНАЦИОННЫЕ ОТВЕРСТИЯ ПРИ БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ

- 1)+ в ключевых точках
- 2) на чешуе височной кости
- 3) в проекции лобной пазухи
- 4) в области верхней височной линии

57. ЗАТЫЛОЧНЫЙ МЕЖПОЛУШАРНЫЙ ДОСТУП ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- 1)+ менингиомы фалькс-тенториального угла
- 2) дистальных аневризм передней мозговой артерии
- 3) внутримозговых опухолей колена мозолистого тела
- 4) кист III желудочка

58. ОПТИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРАЯ КРАНИОТОМИИ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ТРАКЦИИ МОЗГА ПРИ МЕЖПОЛУШАРНОМ ДОСТУПЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 4
- 2) 2
- 3) 6
- 4) 8

59. К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ ЦНС В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОСЛОЖНЯЮЩИМ МЕЖПОЛУШАРНЫЙ ДОСТУП ОТНОСЯТ

- 1)+ внутричерепную гипертензию
- 2) разветвленное строение перикаллёзных артерий
- 3) спайки межполушарной щели
- 4) крупные венозные лакуны

60. КАКОЙ ИЗ МЕЖПОЛУШАРНЫХ ДОСТУПОВ СЧИТАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ?

- 1)+ лобный
- 2) теменной
- 3) затылочный
- 4) теменно-затылочный

61. ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЗАНИЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ И НЕОБХОДИМОСТИ ЭМПИРИЧЕСКОГО ПОДБОРА СИЛЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ПРИ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ НЕРВНЫХ СТРУКТУР (ТКАНЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА) ОНА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ _____ ОТ МАКСИМАЛЬНОЙ У ДАННОГО АППАРАТА

- 1)+ 1/5
- 2) 2/5
- 3) 3/5
- 4) 3/4

62. ПОЛОЖЕНИЕ «СИДЯ» ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БОЛЬШЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ СВОБОД ЗА СЧЁТ

- 1)+ естественного пассажа жидкостей под действием силы тяжести и меньшей необходимости постоянной их аспирации
- 2) увеличенного обзора структур ЗЧЯ
- 3) удобного положения рук хирурга
- 4) удобства резекции чешуи затылочной кости

63. ПРИ РАСПИЛИВАНИИ КОСТИ ПНЕВМО- ИЛИ ЭЛЕКТРОТРЕПАНОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАКЛОНЯТЬ ЕГО НА 10 ГРАДУСОВ

- 1)+ кзади (в направлении, обратном распилу)
- 2) кпереди (по направлению распила)
- 3) только вправо
- 4) только влево

64. ДЛЯ МИКРОИНСТРУМЕНТОВ НЕ ПРИМЕНЯТСЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

- 1)+ холодная (ультранизкие температуры)
- 2) химическая
- 3) паровая
- 4) газовая

65. К СОВРЕМЕННОМУ «ЗОЛОТОМУ СТАНДАРТУ» КРАНИОТОМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ использование пилы Gigli
- 2) единственное фрезевое отверстие
- 3) свободный костный лоскут
- 4) использование краниотома

66. ОСНОВНЫМ ОРИЕНТИРОМ БЕЗОПАСНОГО РАССЕЧЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОГО СУБОКЦИПИТАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ белая линия шеи
- 2) средняя линия шеи
- 3) затылочный выступ
- 4) остистый отросток С1 позвонка

67. ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУБФРОНТАЛЬНОГО ДОСТУПА НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМО ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ

- 1)+ лежа на спине
- 2) сидя
- 3) лежа на животе
- 4) лежа на боку

68. МЕЖПОЛУШАРНЫЙ ДОСТУП ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ УДАЛЕНИИ

- 1)+ менингиомы нижнего сагиттального синуса
- 2) менингиомы переднего наклоненного отростка
- 3) нейроцитомы бокового желудочка
- 4) пинеоцитомы

69. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ОТНОСЯТ

- 1)+ золотистый стафилококк
- 2) синегнойную палочку
- 3) протей
- 4) грибы рода Кандида

70. К НЕДОСТАТКАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЖНЫХ КЛИПС ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ РАЗРЕЗЕ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сдавление эпидермиса и дермы
- 2) сложность наложения
- 3) невозможность достижения абсолютного гемостаза
- 4) травмирование подкожной жировой клетчатки и апоневроза

71. КРАНИОТОМИЯ СВОБОДНЫМ КОСТНЫМ ЛОСКУТОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ снижением риска формирования эпидуральной гематомы в послеоперационном периоде
- 2) меньшей атравматичностью процедуры
- 3) несовершенством техники в зависимости от локализации краниотомии
- 4) риском остеомиелита

72. ГОЛОВУ ПАЦИЕНТА ПРИ БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ УСТАНАВЛИВАЮТ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ без поворота с разгибанием на 10-15°
- 2) с поворотом влево на 15°
- 3) без поворота со сгибанием на 10-15°
- 4) с поворотом вправо на 30°

73. ПРИ МЕЖПОЛУШАРНОМ ДОСТУПЕ В ЛОБНО-ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

- 1)+ каллозо-маргинальную артерию
- 2) перикаллезные артерии
- 3) прекоммуникантный сегмент передней мозговой артерии
- 4) посткоммуникантный сегмент передней мозговой артерии

74. ГОЛОВУ ПАЦИЕНТА ПРИ БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ УСТАНАВЛИВАЮТ В ПОЛОЖЕНИИ ____ГРАДУСОВ

- 1)+ без поворота с разгибанием на 10-15
- 2) с поворотом влево на 15
- 3) без поворота со сгибанием на 10-15
- 4) с поворотом вправо на 30

75. ПРИ 3D КОНФОРМНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ КОНВЕНЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБЛУЧЕНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ОБЛУЧЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ

- 1)+ высокой конформности дозовых распределений и снижению дозы за пределами патологического образования
- 2) разнице в радиочувствительности и способности к восстановлению повреждений нормальных и опухолевых тканей
- 3) действию различных радиомодификаторов
- 4) позиционированию области интереса с погрешностью менее 3 мм

76. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА 72 ЛЕТ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ МЕДИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ, У КОТОРОГО ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КТ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАБЛЮДАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ СРЕДИННЫХ СТРУКТУР И ПРИЗНАКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ, KPS 60 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ консультация врача-химиотерапевта
- 2) стандартная комбинированная химиолучевая терапия
- 3) наблюдение (каждые 3 месяца МРТ с контрастом и T2/FLAIR)
- 4) лучевая терапия в самостоятельном варианте

77. ПРИ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ОБЛУЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЦНС ПОГРЕШНОСТЬ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ _____ ММ

- 1)+ 1
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 10

78. КАКОЕ МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ФРЕЗЕВЫХ ОТВЕРСТИЙ НЕОБХОДИМО НАЛОЖИТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДВУХСТОРОННЕЙ БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ?

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 5
- 4) 10

79. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА В КОНЦЕ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ реконструкция не производится
- 2) производится пластика стенок синуса свободными лоскутами надкостницы
- 3) используется искусственный имплантат в виде катетера
- 4) производится сшивание синуса конец в конец

80. ПРИ ПОПАДАНИИ В ЗОНУ ТРЕПАНАЦИИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ выполнить тщательную герметизацию лобной пазухи в конце операции перед установкой костного лоскута на место для предотвращения назальной ликвореи
- 2) прекращение операции в виду высокого риска послеоперационных осложнений
- 3) исключение установки костного лоскута на место для предотвращения гнойных осложнений и остеомиелита
- 4) обязательное использование металлических или композитных материалов для краниопластики вместо собственного костного лоскута

81. ПРИ СУБФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ВОЗМОЖЕН ДОСТУП К

- 1)+ передней черепной ямке
- 2) задней черепной ямке
- 3) подвисочной ямке
- 4) средней черепной ямке

82. РОБОТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА КИБЕРНОЖ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ осуществлять неизоцентрическое многопольное облучение
- 2) облучать пациента ротационными методами
- 3) реализовывать лучевую терапию пучками модулированной интенсивности
- 4) позиционировать пациента по компьютерной томографии в коническом пучке

83. РИСК РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНОСМИИ ПРИ БИФРОНТАЛЬНОМ ДОСТУПЕ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 80
- 2) 20
- 3) 40
- 4) 10

84. ТЕХНОЛОГИЯ ОБЛУЧЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ИЗОБРАЖЕНИЙ (IGRT)

- 1)+ позволяет позиционировать пациента с высокой точностью во время лечения
- 2) используется только для лечения подвижных мишеней
- 3) используется только для синхронизации по дыханию
- 4) используется при брахитерапии

85. ПРИ СУБФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ДОСТУП ВОЗМОЖЕН К

- 1)+ передней черепной ямке и хиазмально-селлярной области
- 2) задней черепной ямке
- 3) подвисочной ямке
- 4) средней черепной ямке

86. ДИНАМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПОДВЕДЕНИЯ ДОЗЫ ОСНОВАНЫ НА ИЗМЕНЕНИИ

- 1)+ формы апертуры коллиматора в процессе облучения
- 2) разовой дозы от фракции к фракции
- 3) контуров мишени от фракции к фракции
- 4) расстояния источник-поверхность в процессе облучения

87. ПРИ КОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА НА ФОНЕ ОТСУТСТВИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОКРУЖАЮЩИХ НОРМАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ВОЗМОЖНО БЛАГОДАРЯ

- 1)+ разнице в радиочувствительности и способности к восстановлению повреждений нормальных и опухолевых тканей
- 2) действию различных радиомодификаторов
- 3) высокой конформности дозовых распределений и снижению дозы за пределами патологического образования
- 4) позиционированию пациента и мишени с погрешностью менее 3 мм

88. ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУБФРОНТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ БОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМО

- 1)+ лежа на спине
- 2) сидя
- 3) лежа на животе
- 4) лежа на боку

89. ДОБАВЛЕНИЕ БЕВАЦИЗУМАБА К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНО ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ГЛИОБЛАСТОМЕ (Т. Е. ФРАКЦИОНИРОВАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ С ТЕМОЗОЛОМИДОМ)

- 1)+ не увеличивает общую выживаемость и связано с более высокой частотой ранних нежелательных явлений
- 2) увеличивает общую выживаемость и связано с более высокой частотой ранних нежелательных явлений
- 3) не влияет на безрецидивную выживаемость
- 4) демонстрирует увеличение показателей локального контроля на 80% и связано с более высокой частотой ранних нежелательных явлений

90. РОБОТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА КИБЕРНОЖ БЫЛА СОЗДАНА СПЕЦИАЛЬНО ДЛЯ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ

- 1)+ новообразований любой локализации
- 2) патологий ЦНС
- 3) движущихся новообразований
- 4) множественных новообразований

91. НАЛИЧИЕ _____ ПРИ ДИФФУЗНОЙ И АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ АСТРОЦИТАРНЫХ ГЛИОМАХ БЕЗ МУТАЦИИ В ГЕНЕ IDH1 ПОЗВОЛЯЕТ КЛАССИФИЦИРОВАТЬ ИХ КАК ДИФФУЗНЫЕ АСТРОЦИТАРНЫЕ ГЛИОМЫ, IDH-ДИКОГО ТИПА С МОЛЕКУЛЯРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ГЛИОБЛАСТОМЫ, КЛАСС IV WHO

- 1)+ EGFR амплификации и/или мутации промотора TERT и/или дупликации 7 хромосомы и потери 10 хромосомы (+7/-10)
- 2) BRAF V600E мутации и/или дупликации 7 хромосомы и потеря 10 хромосомы (+7/-10) и H3 K27M мутации
- 3) H3 K27M мутации, EGFR амплификации и мутации промотора TERT
- 4) FGFR1-мутации и/или дупликации 7 хромосомы и потери 10 хромосомы (+7/-10) и EGFR амплификации

92. ЗАЩИТА КРИТИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПРИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОМ ОБЛУЧЕНИИ ДОСТИГАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ

- 1)+ высокому градиенту дозы за пределами патологического очага
- 2) разнице в радиочувствительности опухолевых тканей и критических структур
- 3) использованию разовых доз ниже уровня толерантности критических структур
- 4) фиксации пациента с помощью рамы

93. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА 55 ЛЕТ С АНАПЛАСТИЧЕСКОЙ АСТРОЦИТОМОЙ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ, KPS 70 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стандартная комбинированная химиолучевая терапия
- 2) наблюдение (каждые 3 месяца МРТ с контрастом и T2/FLAIR)
- 3) консультация врача-химиотерапевта
- 4) лучевая терапия в самостоятельном варианте

94. СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЕ ОБЛУЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ высокую селективность и прецизионность лучевого воздействия
- 2) использование радиомодификаторов
- 3) использование методов контактного облучения
- 4) большое различие в радиочувствительности нормальных и опухолевых тканей

95. ПРИ СУБФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ В КОСТНЫЙ ЛОСКУТ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ только лобную кость
- 2) лобную кость и крышу орбиты
- 3) лобную и височную кости
- 4) лобную кость и скуловую дугу

96. ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ СУБФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ФРЕЗЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ НАКЛАДЫВАЕТСЯ

- 1)+ в ключевой точке кзади от скулового отростка лобной кости на 1-1,5 см
- 2) в любом удобном месте
- 3) по средней линии над проекцией лобной пазухи
- 4) по средней линии выше верхнего края лобной пазухи

97. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ РАДИОХИРУРГИИ НЕ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- 1)+ различиях в способности к восстановлению от лучевых повреждений опухолевых и нормальных тканей
- 2) высокой конформности дозовых распределений и резком снижении за пределами патологического образования
- 3) высокоточном позиционировании пациента и мишени
- 4) использовании высоких доз облучения

98. ПОКАЗАНИЕМ К БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гигантская менингиома передней черепной ямки
- 2) аневризма задних отделов виллизиева круга
- 3) краниофарингиома
- 4) менингиома наклоненного отростка

99. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА РАЗРЕЗА КОЖИ ПРИ БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ ПРОХОДИТ НА УРОВНЕ

- 1)+ верхней границы козелка
- 2) нижней границы козелка
- 3) скуловой дуги
- 4) крыши орбиты

100. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ОДНОСТОРОННЕГО СУБФРОНТАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ бифронтальный разрез кожи по Зуттеру
- 2) разрез по средней линии
- 3) дугообразный разрез кожи лба в проекции планируемой зоны трепанации
- 4) поперечный разрез в лобной области

101. ГАММА-НОЖ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1)+ стереотаксической радиохирургии
- 2) 3D конформной лучевой терапии
- 3) брахитерапии
- 4) интраоперационного облучения

102. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие признаков внутричерепной гипертензии, в т.ч. на глазном дне
- 2) функциональный статус 60-70 по шкале Карновского
- 3) число очагов >1
- 4) возраст до 18 лет

103. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА 60 ЛЕТ С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ГЛИОБЛАСТОМой ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ И МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА, ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ С ГРУБЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ И МНЕСТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ консультация врача-химиотерапевта
- 2) наблюдение (каждые 3 месяца МРТ с контрастом и T2/FLAIR)
- 3) лучевая терапия в самостоятельном варианте
- 4) стандартная комбинированная химиолучевая терапия

104. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА 45 ЛЕТ С ГЛИОСАРКОМой ТЕМЕННОЙ ДОЛИ, 3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ, KPS 70 С НЕОККЛЮЗИОННЫМ ТРОМБОЗОМ ГОЛЕНИ СПРАВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стандартная комбинированная химиолучевая терапия
- 2) наблюдение (каждые 3 месяца МРТ с контрастом и T2/FLAIR)
- 3) консультация врача-химиотерапевта
- 4) лучевая терапия в самостоятельном варианте

105. АДАПТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1)+ межфракционную коррекцию плана облучения с учетом динамики размеров и формы опухоли
- 2) высокую конформность дозовых распределений
- 3) соответствие апертуры коллиматора форме мишени с выбранного направления облучения
- 4) изменение энергии излучения в зависимости от глубины положения мишени с выбранного направления

106. ПРИ БИФРОНТАЛЬНОЙ КРАНИОТОМИИ СРАЗУ ПОСЛЕ КОЖНОГО РАЗРЕЗА НЕОБХОДИМО

- 1)+ выкроить широкий лоскут надкостницы на питающей ножке
- 2) наложить фрезевые отверстия
- 3) установить люмбальный дренаж
- 4) наложить наружный вентрикулярный дренаж

107. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОПОЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ улучшить конформность дозовых распределений
- 2) увеличить максимально допустимую глубину залегания мишени
- 3) повысить точность подведения дозы к мишени
- 4) снизить износ радиотерапевтического оборудования

Тема 7. Организация здравоохранения.

1. ПРИ ВЫПИСКЕ ГРАЖДАНИНА ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, В СЛУЧАЕ ПРОДОЛЖЕННОЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

- 1)+ 10
- 2) 15
- 3) 20
- 4) 30

2. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ (НЕ ВЫДАЕТСЯ)

- 1)+ лицам, проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- 2) постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации
- 3) застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации
- 4) иностранным гражданам

3. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩИМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ

- 1)+ не формируется (не выдается)
- 2) формируется (выдается) на 3 дня
- 3) формируется (выдается) на 10 дней
- 4) формируется (выдается) на весь период лечения

4. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ (ВЫДАЧЕ) ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧИ РУКОВОДСТВУЮТСЯ

- 1)+ приказом об утверждении условий и порядка формирования листов нетрудоспособности
- 2) основами Законодательства об охране здоровья граждан
- 3) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан
- 4) основными статьями Конституции РФ

5. ЛИСТОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ (НЕ ВЫДАЕТСЯ) ПРИ

- 1)+ нахождении лица в отпуске без сохранения заработной платы
- 2) карантине
- 3) уходе за больным членом семьи
- 4) отпуске для санаторно-курортного лечения

6. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ не допускаются ошибки
- 2) допускается одна ошибка
- 3) допускается две ошибки
- 4) допускается до пяти ошибок

7. ФЕЛЬДШЕР ЛИБО ЗУБНОЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ФОРМИРУЕТ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ ДО _____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1)+ 10
- 2) 15
- 3) 20
- 4) 25

8. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ И

- 1)+ СНИЛС
- 2) трудовой книжки
- 3) полиса ОМС
- 4) ИНН

9. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 05.05.2012 N 502Н (РЕД. ОТ 02.12.2013) «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА СОЗДАНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- 1)+ создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам
- 2) подготавливает сотрудников для прохождения аккредитации
- 3) разрабатывает стандарты медицинской помощи
- 4) проводит проверку по подготовке других медицинских организаций к прохождению аккредитации

10. В МОМЕНТ НАХОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ДНЕВНИКОВЫЕ ЗАПИСИ ОФОРМЛЯЮТСЯ

- 1)+ ежедневно
- 2) по желанию лечащего врача
- 3) еженедельно
- 4) один раз в два дня у стабильных пациентов

11. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО ОПЕРАЦИЙ, ПРОИЗВЕДЕННЫХ БОЛЬНЫМ, ВЫБЫВШИМ ИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ, И

- 1)+ число выбывших из хирургического отделения
- 2) число летальных исходов
- 3) количество произведенных операций за предыдущий год
- 4) количество оперирующих хирургов

12. ПРИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ И

- 1)+ действительность полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица на дату оказания медицинской помощи
- 2) соответствие данных о страховой медицинской организации, выдавшей полис, данным реестра страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования
- 3) соответствие данных полиса обязательного медицинского страхования паспортным данным пациента
- 4) наличие копии полиса обязательного медицинского страхования в медицинской документации пациента

13. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ НАХОЖДЕНИИ В ПРОФИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА ДОЛЖЕН БЫТЬ СФОРМИРОВАН НА

- 1)+ первичном осмотре
- 2) титульном листе
- 3) предоперационном эпикризе
- 4) выписном эпикризе

14. ОСМОТР ПАЦИЕНТА ЗАВЕДУЮЩИМ ПРОФИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ

- 1)+ 48
- 2) 24
- 3) 2
- 4) 72

15. ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ВРАЧЕБНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СТАЦИОНАРЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- 1)+ показателю совпадения (или расхождения) клинических и патологоанатомических диагнозов
- 2) показателям досуточной, послеоперационной и общей летальности в стационаре
- 3) средней длительности пребывания больного в стационаре
- 4) количеству проведенных лабораторных исследований в расчете на одного пациента

16. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗРФ №135 ОТ 19 АПРЕЛЯ 1999 ГОДА ПРИ ОКАЗАНИИ ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЗАПОЛНЯЕТ ФОРМУ

- 1)+ 027-1/y
- 2) 090/y
- 3) 030-6/y
- 4) 027-2/y

17. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ распространенность заболеваний среди населения
- 2) степень изменения уровня заболеваемости во времени
- 3) удельный вес того или иного заболевания среди населения
- 4) распространенность только социально значимых заболеваний

18. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ

- 1)+ врачебная комиссия
- 2) лечащий врач
- 3) заведующий отделением
- 4) заместитель главного врача

19. СТАНДАРТЫ И ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РФ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ НА

- 1)+ федеральном уровне
- 2) региональном уровне
- 3) областном уровне
- 4) уровне лечебно-профилактического учреждения

20. СУБЪЕКТАМИ КОНТРОЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД, ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ, СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И

- 1)+ медицинские организации
- 2) территориальные управления Росздравнадзора
- 3) врачи, осуществляющие медицинскую деятельность в государственных медицинских организациях
- 4) медицинский персонал медицинских организаций

21. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ экстренное извещение
- 2) амбулаторную карту
- 3) историю болезни
- 4) статистическую карту вышедшего из стационара

22. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ рождаемость, смертность, естественный прирост населения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении
- 2) рождаемость, смертность, первичная заболеваемость, общая заболеваемость
- 3) естественный прирост, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, заболеваемость, смертность
- 4) брачная плодовитость, общая смертность, рождаемость, патологическая пораженность

23. НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЁМКОЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, КОТОРАЯ ОКАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ в условиях круглосуточного стационара
- 2) в санаториях
- 3) бригадами скорой медицинской помощи
- 4) в условиях дневного стационара

24. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ (ИЗУЧАЕТСЯ) КАК

- 1)+ многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- 2) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- 3) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды
- 4) оценка показателей общей смертности и инвалидности

25. В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ) ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ УЧЕБЫ ВЫДАЕТСЯ

- 1)+ справка
- 2) листок нетрудоспособности
- 3) акт
- 4) копия протокола заседания врачебной комиссии

26. ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ ПО ФОРМУЛЕ

- 1)+ $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число выбывших больных}) \times 100$
- 2) $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число выписанных больных}) \times 100$
- 3) $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число поступивших больных})$
- 4) $(\text{Число умерших больных в стационаре} / \text{Число поступивших больных}) \times 100$

27. ЕДИНИЦЕЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ УЧЕТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ случай временной нетрудоспособности
- 2) листок временной нетрудоспособности
- 3) впервые выявленное в данном году заболевание
- 4) первичное заболевание

28. ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ СРЕДНЕГО ЧИСЛА ДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ КОЙКИ В ГОДУ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО

- 1)+ койко-дней, проведенных больными в стационаре, и среднегодовое число коек
- 2) переведенных из отделения больных и среднегодовое число коек
- 3) койко-дней, проведенных больными в стационаре, и число выбывших больных из стационара
- 4) койко-дней, проведенных больными в стационаре, и число дней в году

29. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗРФ №135 ОТ 19 АПРЕЛЯ 1999 ГОДА ПРИ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЗАПОЛНЯЕТ ИЗВЕЩЕНИЕ ФОРМЫ

- 1)+ 090/y
- 2) 030-6/y
- 3) 027-1/y
- 4) 027-2/y

30. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МО ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ

- 1)+ заведующий отделением
- 2) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
- 3) заместитель главного врача по лечебной работе
- 4) главный врач

31. ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ОБЪЕКТОМ КОНТРОЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ организация и оказание медицинской помощи застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования
- 2) эффективность использования финансовых средств территориального фонда обязательного медицинского страхования
- 3) материально-техническая база медицинской организации, в которой оказывали медицинскую помощь застрахованному лицу
- 4) организация и оказание медицинской помощи пациентам в рамках программ добровольного медицинского страхования

32. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бюджетно-страховой
- 2) смешанной (обязательное и добровольное страхование)
- 3) государственно-страховой
- 4) частно-государственной

33. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУР ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ И АККРЕДИТАЦИИ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ структурный компонент качества медицинской помощи
- 2) качество процесса оказания медицинской помощи
- 3) конечный результат оказания медицинской помощи
- 4) эффективность использования финансовых средств

34. ПРИ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ СУБЪЕКТАМИ КОНТРОЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД, ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ, СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

- 1)+ территориальные фонды обязательного медицинского страхования
- 2) территориальные фонды социального страхования
- 3) врачи, осуществляющие медицинскую деятельность в государственных медицинских организациях
- 4) медицинский персонал как государственных, так и частных медицинских организаций

35. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» МОЖЕТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНО КАК

- 1)+ содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации врача, минимальном риске для пациента, оптимальном использовании ресурсов и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения
- 2) качественно оказанные лечебно-диагностические мероприятия
- 3) категория, выражающая неотделимую от объекта его сущностную определенность, благодаря которой этот объект является именно этим, а не другим объектом
- 4) соответствие фактически оказанных медицинских услуг установленным медицинским стандартом

36. В СЛУЧАЕ ОКАЗАНИЯ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКЦИИ НАЛАГАЮТСЯ НА

- 1)+ медицинскую организацию
- 2) врача, оказавшего некачественную услугу
- 3) страховую компанию, обеспечивающую страхование ответственности врача
- 4) страховщика, обеспечивающего страхование данного пациента

37. ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО ВСЕХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1)+ в данном году и среднегодовую численность населения
- 2) в течение жизни пациента и среднегодовую численность населения
- 3) в данном году и общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году
- 4) в предыдущем году и среднегодовую численность населения

38. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗРФ №135 ОТ 19 АПРЕЛЯ 1999 ГОДА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЗАПОЛНЯЕТ ФОРМУ

- 1)+ 027-2/y
- 2) 090/y
- 3) 027-1/y
- 4) 030-6/y

39. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отрицательным естественным приростом
- 2) увеличением естественного прироста
- 3) нулевым естественным приростом
- 4) волнообразностью демографического прогресса

40. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ

- 1)+ 72
- 2) 24
- 3) 48
- 4) 2

41. ОСМОТР ПАЦИЕНТА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВРАЧОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ

- 1)+ 2
- 2) 24
- 3) 48
- 4) 72

42. ПОД БЕЗОПАСНОСТЬЮ ПАЦИЕНТА ПОНИМАЮТ ОТСУТСТВИЕ

- 1)+ предотвратимых ошибок в процессе оказания медицинской помощи и снижение риска неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи, до приемлемого минимума
- 2) случаев госпитализации
- 3) случаев стойкой утраты трудоспособности
- 4) случаев временной нетрудоспособности

43. ПОКАЗАТЕЛЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ ПО ФОРМУЛЕ

- 1)+ $(\text{число умерших после операции} / \text{число оперированных больных}) \times 100$
- 2) $(\text{общее число умерших} / \text{число умерших после операции}) \times 100$
- 3) $(\text{число оперированных больных} / \text{число умерших после операции}) \times 100$
- 4) $(\text{число умерших после операции} / \text{общее число умерших}) \times 100$

44. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемыми для этого ресурсами
- 2) обеспечение баланса между средствами обязательного и добровольного медицинского страхования
- 3) предоставление населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи в объеме выделяемых на эти цели ресурсов из фондов добровольного медицинского страхования
- 4) оказание всем пациентам бесплатной медицинской помощи

45. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МЗРФ №135 ОТ 19 АПРЕЛЯ 1999 ГОДА ПРИ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЗАПОЛНЯЕТ ВЫПИСКУ ФОРМЫ

- 1)+ 027-1/y
- 2) 090/y
- 3) 030-6/y
- 4) 027-2/y

**46. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ
УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ**

- | | |
|-----|----|
| 1)+ | 24 |
| 2) | 2 |
| 3) | 48 |
| 4) | 72 |

Тема 8. Сосудистая нейрохирургия.

1. ДЛЯ ИШЕМИИ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ нарушение полей зрения
- 2) атаксия туловища, дизартрия и дисфагия
- 3) снижение силы и нарушение чувствительности в нижней конечности на контралатеральной стороне
- 4) снижение чувствительности на лице, шее и верхней конечности

2. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ПО SPETZLER-MARTIN УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ максимальный линейный размер
- 2) максимальная длина дренажной вены
- 3) наличие или отсутствие кровоизлияния
- 4) объем в ммЗ

3. ТИПОМ СТРОЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рацемозный
- 2) кавернозный
- 3) склеротический
- 4) псевдоопухолевый

4. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ МЕШОТЧАТЫХ АНЕВРИЗМ (ОКОЛО 30% СРЕДИ ВСЕХ АНЕВРИЗМ КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА) ОТНОСЯТ

- 1)+ переднюю соединительную артерию
- 2) ветви средней мозговой артерии
- 3) заднюю соединительную артерию
- 4) кавернозный сегмент внутренней сонной артерии

5. ПРИ КОНТРОЛЕ РАДИКАЛЬНОСТИ ВЫКЛЮЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ_____ АНГИОГРАФИЯ

- 1)+ пункционная селективная
- 2) спиральная компьютерная
- 3) магнитно-резонансная
- 4) радионуклидная

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БЫВАЮТ ТРОМБИРОВАННЫМИ_____ АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ крупные и гигантские
- 2) блистерные
- 3) маленькие
- 4) средних размеров

7. В ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ОБРАЗОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВХОДЯТ ПАЦИЕНТЫ С СИНДРОМОМ

- 1)+ аутосомно-доминантного поликистоза почек
- 2) Такаясу
- 3) Шерешевского-Тернера
- 4) Горнера

8. ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ТИП ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ локализации мальформации
- 2) кровоизлияния в анамнезе
- 3) возраста
- 4) строения мальформации

9. АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ мешотчатые
- 2) фузиформные
- 3) эксцентрично-фузиформные
- 4) аневризматические расширения устьев мелких артерий

10. СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ПРЕДМЕТ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ коарктацией аорты
- 2) триадой Фалло
- 3) синдромом Лериша
- 4) сахарным диабетом

11. ФОРМИРОВАНИЕМ МЕЖПОЛУШАРНОЙ ГЕМАТОМЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЕ

- 1)+ перикаллезной аневризмы
- 2) аневризмы в области задней соединительной артерии
- 3) аневризмы средней мозговой артерии
- 4) аневризмы офтальмического отдела внутренней сонной артерии

12. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РАЗМЕРАМИ АНЕВРИЗМЫ И ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЕЕ РАЗРЫВА ВЫРАЖАЕТСЯ РИСКОМ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ возрастающим по мере увеличения ее размеров
- 2) снижающимся по мере увеличения ее размеров
- 3) снижающимся, если размеры аневризмы не увеличиваются при динамическом обследовании
- 4) не связанным с ее размерами

13. ДЛЯ АРТЕРИЙ, ПИТАЮЩИХ АРТЕРИОВЕНОЗНУЮ МАЛЬФОРМАЦИЮ, ХАРАКТЕРНО

- 1)+ перерождение мышечного слоя, участки утолщения и истончения сосудистой стенки
- 2) равномерное утолщение интимы
- 3) утолщение адвентиции
- 4) наличие неизменной сосудистой стенки

14. ВЕНЫ, ОТВОДЯЩИЕ КРОВЬ ОТ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

- 1)+ расширены и извиты
- 2) утолщены
- 3) спазмированы
- 4) не изменены

15. ФАКТОРОМ НАЛИЧИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У БОЛЬНОГО С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ПАРЕНХИМАТОЗНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ молодой возраст
- 2) высокое артериальное давление
- 3) менингеальный синдром
- 4) предшествовавший кровоизлиянию эпилептический приступ

16. ПОД AMAUROSIS FUGAX ПОНИМАЮТ

- 1)+ преходящую слепоту
- 2) перемежающую хромоту
- 3) транзиторную ишемическую атаку
- 4) мигреноподобную головную боль

17. ПРИ КАРОТИДО-КАВЕРНОЗНОМ СОУСТЬЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дуплексное сканирование
- 2) двухмерная эхография
- 3) эходенситометрия
- 4) объемная ультрасонография

18. ДЛЯ ВЫКЛЮЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ИЗ КРОВОТОКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ клипирования
- 2) эмболизации клеем
- 3) радиохирургии
- 4) электрокоагуляции

19. ПРЕЦЕНТРАЛЬНАЯ ИЗВИЛИНА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНОЙ МОТОРНОЙ КОРОЙ И ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ лобной доле
- 2) теменной доле
- 3) силвиевой борозде
- 4) оперкулярной коре

20. АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ЦНС ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЮТСЯ С

- 1)+ артериальными аневризмами
- 2) каверномами
- 3) венозными ангиомами
- 4) опухолями ЦНС

21. ПО ШКАЛЕ HUNT-HESS СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА С САК, ПРИ КОТОРОМ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СОНЛИВОСТЬ И ГЕМИПАРЕЗ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1)+ III
- 2) II
- 3) IV
- 4) I

22. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗРЫВА ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ОТНОСЯТ

- 1)+ размеры аневризмы
- 2) мужской пол
- 3) ожирение
- 4) сахарный диабет

23. АНЕВРИЗМЫ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ преимущественно на артериях переднего отдела виллизиева круга
- 2) преимущественно на артериях задних отделов виллизиева круга
- 3) в областях «слияния» двух бассейнов
- 4) с одинаковой частотой в обоих бассейнах

24. ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ САК СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ

- 1)+ Hunt-Hess
- 2) Graeb
- 3) Fisher
- 4) NISS

25. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ церебральная ангиография
- 2) МРТ головного мозга в режиме FLAIR
- 3) функциональная МРТ
- 4) нативное КТ-исследование головного мозга

26. АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ЦНС ОТНОСЯТСЯ К

- 1)+ врожденным порокам развития сосудов мозга
- 2) наследственным порокам развития сосудов мозга
- 3) приобретенным дефектам сосудов ЦНС
- 4) радиоиндуцированным сосудистым образованиям ЦНС

27. К СРЕДНИМ ОТНОСЯТСЯ АНЕВРИЗМЫ РАЗМЕРОМ _____ММ

- 1)+ 6 – 15
- 2) 15 – 20
- 3) 1 – 10
- 4) более 25

28. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ЛЕЧЕНИЮ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ, К ЧИСЛУ ФАКТОРОВ, ПОВЫШАЮЩИХ РИСК РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ локализацию аневризмы в области СМА
- 2) транзиторные ишемические атаки
- 3) незамкнутый Виллизиев круг
- 4) множественные аневризмы

29. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ПСЕВДОТУМОРОЗНОМ ТЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ – ПЕРЕДНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение зрения
- 2) нарушение памяти
- 3) нарушение мочеиспускания
- 4) моторная афазия

30. СОСУДИСТЫЕ КЛИПСЫ ИЗ _____ НЕ ДАЮТ ВЫРАЖЕННЫХ АРТЕФАКТОВ ПРИ КТ-АНГИОГРАФИИ

- 1)+ титана
- 2) кобальта
- 3) хрома
- 4) никеля

31. К ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИКОТИЧЕСКИХ (ИНФЕКЦИОННЫХ) АНЕВРИЗМ ОТНОСЯТ

- 1)+ дистальные ветви средней мозговой артерии
- 2) угол передней мозговой – передней соединительной артерий
- 3) кавернозный сегмент внутренней сонной артерии
- 4) развилку основной артерии

32. КАКОЙ ТИП КРОВОИЗЛИЯНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ?

- 1)+ паренхиматозное
- 2) субдуральная гематома
- 3) субарахноидальное кровоизлияние
- 4) внутрижелудочковое кровоизлияние

33. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ДЛЯ АНЕВРИЗМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА

- 1)+ артериях основания мозга в области их бифуркации
- 2) церебральных артериях 2-го порядка
- 3) мелких внутримозговых артериях
- 4) церебральных артериях 3-го порядка

34. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СТАНОВИТСЯ

- 1)+ атеросклероз
- 2) кардиогенная эмболия
- 3) антифосфолипидный синдром
- 4) васкулит на фоне эритремии

35. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЛЯ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ общемозговые и очаговые симптомы
- 2) только общемозговые симптомы
- 3) только очаговые симптомы
- 4) менингеальный и вторично стволовой синдромы

36. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЦНС БЕЗ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение давления в венозной системе мозга на фоне шунтирования крови
- 2) окклюзия ликворных путей
- 3) объемное воздействие мальформации
- 4) микрокровоизлияние

37. К БОЛЬШИМ (КРУПНЫМ) АНЕВРИЗМАМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ, ОТНОСЯТСЯ АНЕВРИЗМЫ, ДИАМЕТР КОТОРЫХ ДОСТИГАЕТ _____ММ

- 1)+ 16 – 25
- 2) 6 – 15
- 3) 25 – 30
- 4) более 30

38. ДЛЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ выраженные когнитивные расстройства, нарушение контроля за сфинктерами органов таза
- 2) эмоциональная лабильность, сниженное настроение при сохранённой работоспособности
- 3) отсутствие клинически значимых признаков псевдо-бульбарного пареза и пирамидной недостаточности
- 4) периодически возникающее головокружение, пошатывание при ходьбе, отсутствие экстрапирамидной дисфункции

39. МЕТОДОМ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АНГИОСПАЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ селективная церебральная ангиография
- 2) МР-агиография церебральных сосудов
- 3) транскраниальная ультразвуковая доплерография
- 4) МРТ головного мозга с контрастным усилением

40. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ люмбальная пункция
- 2) спиральная компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) тщательно проведенный неврологический осмотр

41. ФАКТОРОМ ВЛИЯЮЩИМ НА РИСК КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) прием аспирина
- 4) атеросклероз сосудов головного мозга

42. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГИГАНТСКИХ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ, ПОМИМО КРОВОИЗЛИЯНИЙ И МАСС-ЭФФЕКТА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие транзиторных ишемических атак
- 2) шум в ушах и головокружения
- 3) когнитивное снижение
- 4) упорные головные боли

43. ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субарахноидальное кровоизлияние
- 2) внутримозговое кровоизлияние
- 3) внутримозговое кровоизлияние
- 4) субдуральная или эпидуральная гематома

44. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ДЛЯ АНЕВРИЗМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мешотчатая
- 2) инфундибулярная
- 3) блистерная
- 4) фузиформная

45. ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический
- 2) синкопальный
- 3) фебрильный
- 4) коронарный

46. В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ АРТЕРИАЛЬНЫЕ АНЕВРИЗМЫ _____ РАЗМЕРОВ

- 1)+ средних
- 2) больших
- 3) маленьких
- 4) гигантских

47. СУБТОТАЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ ВЫКЛЮЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ, ПРИ КОТОРОМ НА АНГИОГРАММАХ КОНТРАСТИРУЕТСЯ

- 1)+ небольшая часть шейки аневризмы
- 2) вся шейка аневризмы
- 3) шейка и частично дно аневризмы
- 4) целиком шейка и дно аневризмы

48. САМОЙ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЯ

- 1)+ внутренняя сонная
- 2) передняя соединительная
- 3) основная
- 4) средняя мозговая

49. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ГИПОФИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней сонной
- 2) передней мозговой
- 3) передней ворсинчатой
- 4) средней мозговой

50. К ИЗМЕНЕНИЯМ В МОЗГЕ ФОРМИРУЮЩИМСЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ кистозно-глиозные изменения в мозговой ткани
- 2) арахноидальные кисты
- 3) хронические гематомы
- 4) слипчивый арахноидит

51. ПРИ КАВЕРНОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1)+ частота припадков варьирует в очень широких границах
- 2) отмечаются частые эпилептические приступы
- 3) отмечаются редкие эпилептические приступы
- 4) характерны Джексоновские приступы

52. К БЕССИМПТОМНЫМ АНЕВРИЗМЫ ОТНОСЯТ АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ без клинических проявлений
- 2) не вызывавшие кровоизлияний
- 3) проявившиеся только головной болью
- 4) случайно выявленные при МРТ

53. ВЕНОЗНЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ (ВЕНОЗНЫЕ АНГИОМЫ) В РЕДКИХ СЛУЧАЯХ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ локальными кровоизлияниями
- 2) гидроцефалией
- 3) головными болями
- 4) головокружениями

54. ШКАЛА СПЕЦЛЕРА-МАРТИНА ОЦЕНИВАЕТ

- 1)+ риски хирургического лечения АВМ
- 2) риски развития гемипареза после удаления АВМ
- 3) риск бульбарных нарушений
- 4) исходы хирургического лечения АВМ

55. К НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЕ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ТЯЖЕЛОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ИЗ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ отек и вклинение
- 2) тяжелые электролитные расстройства
- 3) тяжелую внутричерепную гипертензию
- 4) диффузный вазоспазм

56. ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ каверном, расположенных в непосредственной близости от желудочковой системы
- 2) крупных каверном
- 3) каверном с признаками множественных повторных кровоизлияний
- 4) пациентов с длительным анамнезом приступов

57. К БЕССИМПТОМНЫМ ОТНОСЯТ _____ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ

- 1)+ клинически не проявившиеся
- 2) проявившиеся головной болью, но без очаговых симптомов
- 3) проявившиеся симптомами, отличными от кровоизлияния (например, эпилепсиями)
- 4) проявившиеся головокружениями

58. МНОЖЕСТВЕННЫЕ АНЕВРИЗМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ С ЧАСТОТОЙ _____ %

- 1)+ 15-30
- 2) 5-10
- 3) менее 5
- 4) более 30

59. ЧАЩЕ ВСЕГО КРОВОИЗЛИЯНИЕ ИЗ АНЕВРИЗМЫ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 40-70 лет
- 2) после 70 лет
- 3) 20-40 лет
- 4) подростковом

60. В СЛУЧАЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ РАЗМЕРАМИ 6х4х3 СМ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ЛОБНО-ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙСЯ ТРЕМЯ ПИТАЮЩИМИ АРТЕРИЯМИ ИЗ БАСЕЙНА СМА СПРАВА, МЕЛКИМИ АРТЕРИЯМИ ИЗ БАСЕЙНА ПЕРИКАЛЛЕЗНЫХ АРТЕРИЙ С ОБЕИХ СТОРОН И БАСЕЙНА ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ, ИМЕЮЩАЯ ДВА ДРЕНАЖА, КОТОРЫЕ ВПАДАЮТ В СИГМОВИДНЫЙ И ВЕРХНИЙ САГИТТАЛЬНЫЙ СИНУС, ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ СПЕЦЛЕРА-МАТИНА СОСТАВИТ

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 2

61. К СРЕДНИМ ОТНОСЯТСЯ АНЕВРИЗМЫ РАЗМЕРОМ _____ ММ

- 1)+ 6-15
- 2) 15-20
- 3) более 20
- 4) менее 5

62. АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ СОЧЕТАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО С

- 1)+ аневризмами
- 2) каверномами
- 3) венозными ангиомами
- 4) менингиомами

63. СЕЛЕКТИВНАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ АНГИОГРАФИЯ ПРИ КАВЕРНОМАХ

- 1)+ не редко позволяет выявить наличие патологических вен в области расположения каверномы
- 2) помогает визуализировать характерную патологическую сосудистую сеть
- 3) часто позволяет визуализировать бессосудистую зону
- 4) обязательна в случае кровоизлияний из каверномы в анамнезе

64. ПО ОЦЕНКЕ КТ КАРТИНЫ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ СКОПЛЕНИЯ КРОВИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ аневризмы средней мозговой артерии
- 2) аневризмы вертебральной артерии
- 3) фузиформной аневризмы основной артерии
- 4) перикаллезной аневризмы

65. КАВЕРНОМЫ В ПОПУЛЯЦИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ВЕНОЗНЫМИ АНГИОМАМИ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ реже
- 2) чаще
- 3) с одинаковой частотой
- 4) с неизвестной частотой

66. К ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМОЙ ЗОНЕ ПО КЛАССИФИКАЦИИ СПЕЦЛЕР-МАРТИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ прецентральную извилину
- 2) миндалики мозжечка
- 3) прямую извилину
- 4) гиппокамп

67. ОДНОЙ ИЗ ВАЖНЫХ ЦЕЛЕЙ ИЗУЧЕНИЯ ДАННЫХ СЕЛЕКТИВНОЙ АНГИОГРАФИИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ НА ПАРАКЛИНОИДНОЙ АНЕВРИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ оценка коллатерального кровотока по соединительным артериям
- 2) оценка венозного оттока
- 3) оценка длины М1-сегментов
- 4) исключение кинкинга артерий

68. ШКАЛА SPETZLER-MARTIN ОЦЕНИВАЕТ

- 1)+ риски хирургического лечения артериовенозной мальформации
- 2) риски естественного течения артериовенозной мальформации
- 3) прогноз качества жизни
- 4) функциональный исход у пациентов с артериовенозными мальформациями

69. В СЛУЧАЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ РАЗМЕРАМИ 2x4x2 СМ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ПОЛЮСЕ ЛОБНОЙ ДОЛИ СЛЕВА, ИМЕЮЩЕЙ 2 ПОВЕРХНОСТНЫХ ДРЕНАЖА. ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ СПЕЦЛЕР-МАРТИНА СОСТАВИТ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

70. В СЛУЧАЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ РАЗМЕРАМИ 2x4x3 СМ, РАСПОЛОЖЕННОЙ НА КОНВЕКСЕ ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА, ИМЕЮЩЕЙ 3 ДРЕНАЖНЫХ ВЕНЫ, ИЗ КОТОРЫХ 2 ВПАДАЮТ В ВЕРХНИЙ САГИТТАЛЬНЫЙ СИНУС И ОДНА – В ВЕНУ ЛАББЕ, ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ СПЕЦЛЕР-МАРТИНА СОСТАВИТ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 1

71. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КАВЕРНОМЫ ЦНС ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ супратенториально
- 2) субтенториально
- 3) в спинном мозге
- 4) в периферической нервной системе

72. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТА 50 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ АСИМПТОМНОЙ КАВЕРНОМой 2,5 СМ В ДИАМЕТРЕ В ОБЛАСТИ ЛЕВОЙ ГОЛОВКИ ХВОСТАТОГО ЯДРА, БЕЗ ЧЕТКИХ ПРИЗНАКОВ ПОДОСТРЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НА МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наблюдение
- 2) хирургическое лечение
- 3) радиохирургическое лечение
- 4) эмболизация клеевой композицией

73. АРТЕРИАЛИЗИРОВАННЫЕ СОСУДЫ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ КАК ПРАВИЛО РАСШИРЕНЫ И ИМЕЮТ ИЗВИТУЮ ФОРМУ БЛАГОДАРЯ

- 1)+ дегенеративным изменениям внутренней эластичной мембраны
- 2) сопутствующей артериальной гипертензии
- 3) высокой скорости шунтирования
- 4) нарушенному венозному оттоку по дренажу

74. ПРИ КАВЕРНОМАХ, СОГЛАСНО ТЕОРИИ ВТОРИЧНОГО ЭПИЛЕПТОГЕНЕЗА

- 1)+ длительно существующие эпилептические очаги способны приводить к формированию вторичных очагов
- 2) у пациентов, длительно страдающих от генерализованных эпилептических приступов, могут формироваться каверномы
- 3) у пациентов, перенесших кровоизлияние из каверномы головного мозга, обязательно манифестирует эпилепсия
- 4) эпилептические приступы происходят вторично, после кровоизлияния из каверномы

75. ДИФУЗИОННО-ТЕНЗОРНАЯ МРТ НЕОБХОДИМА ПРИ

- 1)+ локализации каверномы в области подкорковых ядер
- 2) локализации каверномы в речевой коре
- 3) локализации каверномы в мозжечке
- 4) других патологиях и не используется при диагностике каверном из-за значительных артефактов от продуктов распада крови

76. ПРИ СЕМЕЙНЫХ КАВЕРНОМАХ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ аутосомно-доминантный тип наследования
- 2) аутосомно-рецессивный тип наследования
- 3) сцепленное с X-хромосомой доминантное наследование
- 4) X-сцепленное рецессивное наследование

77. ОЦЕНКА БОЛЬНОГО ПО ДОПОЛНЕННОЙ ШКАЛЕ СПЕЦЛЕРА-МАРТИНА (ШКАЛЕ ЛОУТОНА) ПОМОГАЕТ

- 1)+ прогнозировать риски хирургического лечения
- 2) прогнозировать кровопотерю при операции
- 3) оценивать когнитивный статус больного
- 4) оценивать степень эмболизации АВМ

78. ТЕНДЕНЦИЯ К ФОРМИРОВАНИЮ ФУЗИФОРМНЫХ АНЕВРИЗМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ СВЯЗАНА С

- 1)+ дисплазией соединительной ткани
- 2) генетическими абберациями
- 3) делецией хромосомы 17p
- 4) недоношенностью плода

79. ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ ИЗ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГЕМАТОМЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1)+ любого объема
- 2) маленькими (до 30 см3)
- 3) средними (до 60 см3)
- 4) большими (более 60 см3)

80. В СЛУЧАЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ДИАМЕТРОМ 3,5 СМ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ПОЛЮСЕ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ СЛЕВА, ИМЕЮЩЕЙ 2 ДРЕНИРУЮЩИЕ ВЕНЫ, ОДНА ИЗ КОТОРЫХ ВПАДАЕТ В СИЛЬВИЕВЫ ВЕНЫ СЛЕВА, ДРУГАЯ – ВО ВНУТРЕННЮЮ ВЕНУ МОЗГА, ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ СПЕЦЛЕРА-МАРТИНА СОСТАВИТ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

81. ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТКАНИ КАВЕРНОМЫ УЧАСТКИ ВЫРАЖЕННОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ очень редко – не более чем в 0,5% случаев
- 2) более чем в половине случаев
- 3) всегда
- 4) с неизвестной частотой

82. СОГЛАСНО ДОПОЛНЕННОЙ ШКАЛЕ СПЕЦЛЕРА-МАРТИНА, ПРЕДЛОЖЕННОЙ ЛОУТОНОМ, К ПОВЫШАЮЩИМ РИСКИ ЛЕЧЕНИЯ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ некомпактную структуру АВМ
- 2) варикс на дренажной вене
- 3) две и более питающие артерии
- 4) расположение в инсультной коре

83. БОЛЬШИЕ И ГИГАНТСКИЕ АНЕВРИЗМЫ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЮТ _____%

- 1)+ 10-44
- 2) 2-6,5
- 3) 1
- 4) 50

84. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА КАВЕРНОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) КТ
- 3) ПЭТ-КТ
- 4) АГ

85. ЧАСТОТА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ ИЗ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ %

- 1)+ 10-15
- 2) 40-50
- 3) 20-30
- 4) 0-5

86. БОЛЬШИНСТВО АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ РАСПОЛОЖЕНО

- 1)+ супратенториально
- 2) супра- и субтенториально в одинаковой пропорции
- 3) в коре больших полушарий
- 4) в лобной и височных долях

87. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ АНГИОАРХИТЕКТониКИ АВМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пункционная селективная ангиография
- 2) спиральная компьютерная ангиография
- 3) магнитно-резонансная ангиография
- 4) КТ с контрастным усилением

88. ТИПИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ асимптомным течением
- 2) локальными кровоизлияниями
- 3) эпилепсиями
- 4) рецидивирующими субдуральными кровоизлияниями

89. В СЛУЧАЕ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ (КЛУБОК ДИАМЕТРОМ 2,5 СМ), РАСПОЛОЖЕННОЙ В ЗАДНЕЛОБНОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА НА СТЫКЕ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ БОРОЗДОЙ, ИМЕЮЩЕЙ 2 ПОВЕРХНОСТНЫХ ДРЕНАЖА, ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ СПЕЦЛЕРА-МАРТИНА СОСТАВИТ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОШИБОЧНО ПОСТАВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ БОЛЬНЫМ С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ИЗ АНЕВРИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертонический криз
- 2) дисциркуляторная энцефалопатия
- 3) ишемический инсульт
- 4) остеохондроз

91. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ К

- 1)+ врачу-нейрохирургу
- 2) врачу-рентгенологу
- 3) врачу-неврологу
- 4) врачу-эпилептологу

92. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СЕМЕЙНЫХ АНЕВРИЗМ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 7-20
- 2) 25 и более
- 3) менее 1
- 4) 1-6

93. ДЛЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ паренхиматозное
- 2) субдуральное
- 3) стволное
- 4) глубинная гематома

94. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ зрительными нарушениями
- 2) диэнцефальной симптоматикой
- 3) общемозговой симптоматикой
- 4) парастволовой симптоматикой

95. КАВЕРНОМЫ II ТИПА НА МРТ

- 1)+ характеризуется сигналом неоднородной интенсивности в режимах T1 и T2
- 2) характеризуется явными признаками кровоизлияния, выходящего за пределы каверномы
- 3) представляют собой старые гематомы с большим содержанием гемосидерина
- 4) имеют очень мелкие размеры, не более 5 мм

96. ТИПИЧНАЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНАЯ АНЕВРИЗМА ИМЕЕТ РАЗМЕР _____ММ

- 1)+ до 15
- 2) более 20
- 3) до 5
- 4) 15-20

97. РОСТ И НОВООБРАЗОВАНИЕ КАВЕРНОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ при наследственной форме заболевания
- 2) при сочетании каверномы головного мозга и венозной ангиомы той же локализации
- 3) в случае декомпенсированной артериальной гипертензии у больного с каверномой головного мозга
- 4) у курильщиков

98. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ПОЯВЛЕНИЯ РАДИОИНДУЦИРОВАННЫХ КАВЕРНОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ терапевтическое облучение при онкологических заболеваниях
- 2) радиохирургическое лечение каверном ствола
- 3) последствия аварий на атомных объектах (наиболее часто это электростанции и атомные подводные лодки)
- 4) длительные разговоры по мобильному телефону

99. АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ _____ПИТАЮЩИХ АРТЕРИЙ

- 1)+ несколько
- 2) минимум две
- 3) минимум одну
- 4) равное числу дренирующих вен

100. АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В БАССЕЙНЕ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ средней мозговой
- 2) вертебральной
- 3) передней мозговой
- 4) наружной сонной

101. В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ КАВЕРНОМЫ II ТИПА НОЖКИ ПРАВОГО ГИППОКАМПА РАЗМЕРОМ ДО 1 СМ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЕЖЕДНЕВНЫМИ ЭПИПРИСТУПАМИ, ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ, НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ, РЕГИОНАРНОЙ ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ АКТИВНОСТЬЮ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ В ПРАВОЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ удаление каверномы с амиглалогиппокампэктомией
- 2) удаление каверномы и измененной перифокальной ткани
- 3) стереотаксическое облучение каверномы и гиппокампа
- 4) двусторонняя стереотаксическая криодеструкция гиппокампов

102. РИСК РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ возрастает по мере увеличения ее размеров
- 2) снижается по мере увеличения ее размеров
- 3) снижается, если размеры аневризмы не увеличиваются при динамическом обследовании
- 4) не связан с ее размерами

103. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМАХ ПОКАЗАНО

- 1)+ в индивидуальном порядке
- 2) всем пациентам с НБА
- 3) всем больным старше 50 лет
- 4) больным моложе 70 лет

104. ДЛЯ ОЦЕНКИ АНЕВРИЗМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС АНЕВРИЗМЫ (ASPECT RATIO), В КОТОРОМ УЧИТЫВАЮТСЯ ОТНОШЕНИЕ

- 1)+ высоты купола аневризмы к ширине шейки
- 2) высоты купола аневризмы к диаметру несущей артерии
- 3) ширины шейки и тела аневризмы
- 4) ширины шейки к диаметру несущей артерии

105. АНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЯМОГО КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ разрыв кавернозного сегмента ВСА
- 2) повреждение стенки кавернозного синуса
- 3) перелом стенки пазухи основной кости
- 4) формирование ложной аневризмы ВСА в кавернозном синусе

106. АНГИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ВСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефект стенки сосуда с образованием аневризмоподобного выпячивания с неровными контурами
- 2) выпячивание сосудистой стенки с ровными контурами
- 3) наличие долихоэктазии кавернозного сегмента ВСА
- 4) выраженная сосудистая сеть в проекции полости носа

107. КРОВЬ ОТ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ БОРОЗДЫ (КРОВΟΣНАБЖАЕМОЙ ИЗ М4 СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ) БУДЕТ ОТВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ _____ ВЕНУ

- 1)+ поверхностную среднюю мозговую
- 2) глазную
- 3) внутреннюю мозговую
- 4) позвоночную

108. ОБЪЕМ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ БОЛЬШИМ ПРИ РАЗМЕРЕ _____ МЛ

- 1)+ более 60
- 2) 40-60
- 3) 20-40
- 4) до 20

109. ФАКТОРОМ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локализация внутримозговой гематомы
- 2) длительность гипертонической болезни
- 3) оценка по шкале Ханга-Хесса
- 4) АД после инсульта

110. СООТНОШЕНИЕ МУЖЧИН/ЖЕНЩИН В ГРУППЕ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ РАВНО

- 1)+ 1:3
- 2) 1:1
- 3) 3:1
- 4) 4:1

111. ПРИ РАЗВИТИИ АНЕВРИЗМЫ БАЗИЛЛЯРНОЙ АРТЕРИИ В МЕЖНОЖКОВОЙ ЯМКЕ МОЖЕТ НАРУШАТЬСЯ ФУНКЦИЯ _____ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА

- 1)+ глазодвигательного
- 2) зрительного
- 3) отводящего
- 4) блокового

112. КЛИНИЧЕСКИ МНОЖЕСТВЕННЫЕ АНЕВРИЗМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ субарахноидальным кровоизлиянием (САК)
- 2) псевдотуморозным течением
- 3) эпилептическими приступами
- 4) ишемическими инсультами

113. СТЕНКОЙ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ СИФОНА ВСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слизистая оболочка пазухи основной кости
- 2) стенка артерии
- 3) костная пластинка
- 4) сгусток крови

114. К НЕРАЗОРВАВШИМСЯ БЕССИМПТОМНЫМ АНЕВРИЗМАМ (НБА) ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ аневризмы, не имеющие типичных клинических проявлений
- 2) крупные аневризмы без кровоизлияния, с псевдотумозроном течением
- 3) аневризмы, проявившиеся ишемией в бассейне несущей артерии
- 4) гигантские аневризмы кавернозного сегмент ВСА

115. ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ДАВФ СВЯЗАНА С

- 1)+ кровоснабжением из оболочечных ветвей экстра- и интракраниальных артерий, а также пиально-дуральных анастомозов вне зависимости от скорости артерио-венозного сброса
- 2) ранним контрастированием синусов головного мозга в артериальной фазе при ангиографии
- 3) кровоснабжением из дистальных ветвей мозговых сосудов с низкой скоростью шунтирования и дренированием в мозговые вены
- 4) исключительно высокой скоростью артерио-венозного шунтирования и сбросом крови в синусы мозга

116. ДЛЯ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ДАВФ В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ кровоснабжение фистулы из оболочечных ветвей ВСА и НСА
- 2) контрастирование кавернозного синуса и путей оттока из него в артериальной фазе
- 3) расширение заинтересованного кавернозного синуса
- 4) расширение заинтересованного кавернозного синуса и его дренажных путей

117. КАКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ОБУСЛОВЛИВАЮТ ВЫСОКИЙ РИСК КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ДАВФ?

- 1)+ ретроградный дренаж в мозговые вены
- 2) выраженная гипертрофия афферентных сосудов
- 3) значительная дилатация синусов мозга
- 4) высокая скорость артерио-венозного шунтирования

118. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ ОТНОСЯТ

- 1)+ внутреннюю сонную артерию
- 2) ветви средней мозговой артерии
- 3) ветви передней мозговой артерии
- 4) ветви позвоночной артерии

119. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ, ИМЕЮЩИМИ НАИБОЛЕЕ БОГАТОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ И ТРЕБУЮЩИМИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ менингиомы основания черепа, ангиофибромы, параганглиомы
- 2) конвекситальные менингиомы, хориоидпапилломы, пинеаломы
- 3) парасагиттальные менингиомы, глиобластомы, аденомы гипофиза
- 4) краниофарингиомы, эпендимомы

120. ДУРАЛЬНЫЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫЕ ФИСТУЛЫ СПИННОГО МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ экстрамедуллярной локализацией в заднем пространстве позвоночного канала и пожилым возрастом больных
- 2) локализацией на передней поверхности спинного мозга и молодым возрастом больных
- 3) локализацией на задней поверхности спинного мозга и пожилым возрастом больных
- 4) интрамедуллярной локализацией фистулы независимо от возраста больных

121. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МР-АГ
- 2) СКТ-АГ
- 3) дуплексное УЗ-ое сканирование
- 4) селективная церебральная ангиография

122. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ____%

- 1)+ 2 до 3
- 2) 10 до 15
- 3) 0,05 до 1
- 4) 4 до 7

123. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С НЕРАЗОРВАВШИМИСЯ БЕССИМПТОМНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ головная боль
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) профилактический осмотр
- 4) ТИА

124. ДВУХСТОРОННИЕ ЗАСТОЙНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ОРБИТАХ ПРИ ДАВФ В КАВЕРНОЗНЫХ СИНУСАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ дренажем крови по межкавернозным анастомозам на противоположную сторону при односторонней фистуле
- 2) двухсторонней фистулой
- 3) симпатическим воспалением противоположного глазного яблока
- 4) тромбозом вен контрлатеральной орбиты

125. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ первоначальное выключение разорвавшейся аневризмы
- 2) выключение всех аневризм в любом случае
- 3) первоначальное выключение самой большой аневризмы
- 4) первоначальное выключение аневризмы ВББ

126. РАЗВИТИЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ АНЕВРИЗМЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1)+ не является показанием для прерывания беременности
- 2) является показанием для прерывания беременности
- 3) является показанием для прерывания беременности и выключения аневризмы
- 4) требует динамического наблюдения

127. МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография головы
- 2) компьютерная томография головы с контрастом
- 3) КТ в режиме перфузии
- 4) ультразвуковая доплерография

128. МНОЖЕСТВЕННЫЕ АНЕВРИЗМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1)+ в одном или обоих каротидных бассейнах
- 2) в вертебро-базилярном бассейне
- 3) в области СМА и ПСА
- 4) индивидуально

129. КАПИЛЛЯРНЫЕ ГЕАНГИОМЫ МЯКШЕЙ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У

- 1)+ детей до 1 года и требуют динамического наблюдения в виду высокой частоты самопроизвольной инволюции
- 2) детей до 1 года и требуют эмболизации в виду возможного быстрого прогрессирования
- 3) взрослых и не требуют эмболизации
- 4) взрослых и требуют динамического наблюдения

130. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ (САК) ИЗ АНЕВРИЗМЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ клинических рекомендаций по лечению больных с САК вследствие разрыва аневризмы
- 2) сроков беременности
- 3) акушерских показаний
- 4) оценки по шкале Хант-Хесс

131. ЕЖЕГОДНЫЙ РИСК РАЗРЫВА НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 0,05-2,5
- 2) 5-10
- 3) 10-15
- 4) более 15

132. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ НСА К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ эмболию церебральных сосудов
- 2) кровоизлияние в опухоль
- 3) парезы и параличи черепно-мозговых нервов
- 4) ишемический некроз опухоли

133. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПРЯМЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТНОСЯТ

- 1)+ травму головы и шеи
- 2) генетические факторы
- 3) тромбоз интракраниальных венозных коллекторов
- 4) тромбоз экстракраниальных венозных коллекторов

134. ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГЕМАТОМЫ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЮТСЯ В

- 1)+ базальных ганглиях и таламусе
- 2) коре больших полушарий
- 3) мозжечке
- 4) стволе головного мозга

135. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗРЫВА НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ ОТНОСЯТ

- 1)+ диаметр более 5 мм, срединную локализацию, наличие дивертикула
- 2) петрифицированные стенки аневризмы, наличие тромбов
- 3) наличие различных форм коагулопатий
- 4) тромбоцитопению

136. ПРИ ПУНКЦИОННОМ ВВЕДЕНИИ ЭМБОЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ОПУХОЛЬ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ

- 1)+ миграции препарата в венозное русло
- 2) выхода препарата за пределы опухоли
- 3) увеличения объема опухоли и развития отека мозга в перифокальной зоне
- 4) некроза опухоли

137. ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ АМИЛОИДНОЙ АНГИОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субкортикальная локализация гематом
- 2) формирование больших гематом
- 3) сопутствующий сахарный диабет
- 4) молодой возраст

138. ПРИ ОККЛЮЗИИ ЧЕТВЕРОХОЛМНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМАТИКА СО СТОРОНЫ

- 1)+ верхних и нижних холмиков
- 2) медиального и латерального коленчатых тел
- 3) шишковидной железы и поводка
- 4) верхней ножки мозжечка

139. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЛОБНОЙ ИЗВИЛИНЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА ОККЛЮЗИЯ_____ АРТЕРИИ

- 1)+ мозолисто-краевой
- 2) угловой
- 3) лентикюлостриарной
- 4) задней мозговой

140. ЧАСТОТА МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ_____%

- 1)+ от 20 до 30
- 2) от 2 до 3
- 3) от 6 до 15
- 4) более 50

141. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА СПИНАЛЬНЫХ АВМ И ДАВФ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ПО ДАННЫМ

- 1)+ МРТ
- 2) ангиосцинтиграфии
- 3) СКТ – ангиографии
- 4) селективной спинальной ангиографии

142. К МЕДИАЛЬНОМУ ИНСУЛЬТУ ОТНОСЯТ ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГЕМАТОМЫ

- 1)+ зрительного бугра
- 2) путаменальные
- 3) медиальных отделов височной доли
- 4) в белом веществе больших полушарий

143. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТА 23 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ КАВЕРНОМНОЙ II ТИПА, 4 СМ В ДИАМЕТРЕ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ОБЛАСТИ ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ ЛОБНОЙ ИЗВИЛИНЫ, ПРОЯВИВШЕЙСЯ ОДНОКРАТНЫМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРИСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) наблюдение
- 3) радиохирургическое лечение
- 4) эмболизация клеевой композицией

144. ГЕНЕЗ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДАВФ В ЛАТЕРАЛЬНЫХ СИНУСАХ СВЯЗАН С

- 1)+ нарушением венозного оттока из полости черепа
- 2) окклюзией на уровне синусового водопровода с расширением боковых и 3 желудочка
- 3) атрофией мозгового вещества с расширением всей желудочковой системы и субарахноидальных пространств
- 4) ликворным блоком на уровне кранио-вертебрального перехода

145. ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМАХ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ ИЗ

- 1)+ наибольшей аневризмы
- 2) наименьшей аневризмы
- 3) аневризм, расположенных на ПСА и СМА
- 4) фузиформной аневризмы

146. РИСК РАЗРЫВА НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ ВЫШЕ ПРИ

- 1)+ увеличении размеров аневризмы в ходе динамического наблюдения
- 2) отклонении угла аневризмы от несущей артерии менее 90°
- 3) отклонении угла аневризмы от несущей артерии менее 60°
- 4) индексе аневризмы менее 1

147. ЧАСТОТА КРОВОИЗЛИЯНИЙ В СТОЛБ МОЗГА ПРИ ГЕМОГРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 5-7
- 2) 15-20
- 3) менее 5
- 4) 30

148. ПРИ БОЛЕЗНИ РАНДЮ-ОСЛЕРА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суперселективная эмболизация цианакрилатами с последующей неселективной эмболизацией твердыми частицами
- 2) эмболизация неадгезивной композицией
- 3) суперселективная этапная эмболизация цианакрилатами
- 4) эмболизация твердыми частицами

149. СЧИТАЕТСЯ, ЧТО РИСК РАЗРЫВА НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПОВЫШЕН ПРИ ИНДЕКСЕ АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ более 1,6
- 2) 1
- 3) 1, 2
- 4) менее 1

150. К ФАКТРАМ, ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ОБНАРУЖЕНИЯ НЕРАЗОРВАВШИХСЯ БЕССИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ, ОТНОСЯТ

- 1)+ женский пол, курение, гипертоническую болезнь
- 2) наличие опухоли ЦНС
- 3) ишемическую болезнь сердца
- 4) рассеянный склероз

151. У ПАЦИЕНТА С ВНЕЗАПНО РАЗВИВШИМСЯ ЛЕВОСТОРОННИМ ГЕМИПАРЕЗОМ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ДВИЖЕНИЙ ПРАВОГО ГЛАЗА С РАСШИРЕНИЕМ ЕГО ЗРАЧКА МИДРИАЗ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ ПРЕАНГЛИОНАРНЫХ ВОЛОКОН ОТ

- 1)+ ядра Вестфаля-Эдингера
- 2) ресничного узла
- 3) нижнего слюноотделительного ядра
- 4) верхнего шейного узла

152. У ПАЦИЕНТА С ОТЕКОМ МОЗГА И ДВУСТОРОННИМ ИНФАРКТОМ ТАЛАМУСОВ ВЫЯВЛЕННЫМИ НА МРТ, МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ТРОМБОЗ_____ СИНУСА

- 1)+ прямого
- 2) верхнего сагиттального
- 3) левого поперечного
- 4) правого сигмовидного

153. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ВНЕЗАПНОГО ПАДЕНИЯ С УМЕРЕННОЙ СПУТАННОСТЬЮ СОЗНАНИЯ И ПОТЕРЕЙ ПАМЯТИ, А ТАКЖЕ ВЫЯВЛЕННОЙ НА МРТ ЗОНОЙ СТАРОГО ИНФАРКТА В БАССЕЙНЕ ТАЛАМОПЕРФОРИРУЮЩЕЙ АРТЕРИИ ПОВРЕЖДЕНО ЯДРО

- 1)+ вентральное переднее
- 2) центромедианное
- 3) медиальное коленчатое
- 4) вентральное заднемедиальное

154. ИНФАРКТ В БАССЕЙНЕ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ВЕТВЕЙ БАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ПОВРЕЖДЕНИЮ

- 1)+ красного ядра
- 2) отводящего нерва
- 3) медиальной петли
- 4) кортикоспинального пути в пирамидах

155. У ПАЦИЕНТА С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В СТОЛ В ОБЛАСТИ РУЧКИ НИЖНЕГО ХОЛМИКА И ВЕЩЕСТВЕ МОЗГА ПОД НИМ ТАКЖЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ПУТИ

- 1)+ спиноталамического
- 2) центрального покрывающего
- 3) лобно-мосто-мозжечкового
- 4) среднемозгового

156. У ПАЦИЕНТА С НЕПРОИЗВОЛЬНЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ В ЛЕВОЙ РУКЕ ПО ТИПУ БАЛЛИЗМА И ЗОНОЙ ИНФАРКТА НА МРТ ОЧАГ БУДЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ В

- 1)+ правом субталамическом ядре
- 2) левой черной субстанции
- 3) двигательной коре справа
- 4) правом зубчатом ядре

157. НА СТОРОНУ ИНФАРКТА У ПАЦИЕНТА С ДЕВИАЦИЕЙ ЯЗЫКА ВЛЕВО И НАРУШЕНИЕМ ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ТУЛОВИЩЕ И КОНЕЧНОСТЯХ СПРАВА УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ девиация языка
- 2) парез верхней конечности
- 3) потеря дискриминационной чувствительности
- 4) потеря вибрационной чувствительности

158. ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ ТАЛАМУСОМ И ЧЕЧЕВИЦЕОБРАЗНЫМ ЯДРОМ, В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ СТРАДАЕТ

- 1)+ заднее бедро внутренней капсулы
- 2) передняя спайка
- 3) самая наружная капсула
- 4) зачечевицеобразная часть внутренней капсулы

159. У ПАЦИЕНТА С НАРУШЕНИЕМ ДВИЖЕНИЙ ПРАВОГО ГЛАЗА ВНУТРЬ И НАРУЖУ И НАРУШЕНИЕМ ДВИЖЕНИЙ ЛЕВОГО ГЛАЗА ВНУТРЬ С ИНФАРКТОМ В КАУДО-МЕДИАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПОКРЫШКИ МОСТА ИМЕЕТ МЕСТО

- 1)+ полуторный синдром
- 2) межъядерная офтальмоплегия
- 3) синдром Парино
- 4) внутренняя офтальмоплегия

160. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ГОЛОВКЕ ХВОСТАТОГО ЯДРА С ПРОРЫВОМ В ПЕРЕДНИЙ РОГ БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА УКАЗЫВАЕТ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ медиальной стриарной (ветвь А2)
- 2) передней ворсинчатой (ветвь ВСА)
- 3) таламоперфорирующей
- 4) лентикюлостриарных ветвей М1

161. ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНЫЙ БАССЕЙН ОБРАЗУЕТСЯ ПУТЕМ СЛИЯНИЯ

- 1)+ правой и левой позвоночных артерий
- 2) правой и левой внутренних сонных артерий
- 3) контралатеральных позвоночной и сонной артерий
- 4) ипсилатеральных позвоночной и сонной артерий

162. У ПАЦИЕНТА С НАРУШЕНИЕМ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ЛИЦЕ СПРАВА И КОНЕЧНОСТЯХ СЛЕВА ИМЕЕТ МЕСТО СИНДРОМ

- 1)+ альтернирующей гемианестезии
- 2) эпидуральной анестезии
- 3) лицевой гемиплегии
- 4) гемифациального спазма

163. У ПАЦИЕНТА С АТАКСИЕЙ И ОБНАРУЖЕННОЙ НА КТ ЗОНОЙ ИНФАРКТА В ПРОДОЛГОВАТОМ МОЗГЕ В БАССЕЙНЕ ЗНМА СИМПТОМАТИКА ВЫЗВАНА ПОРАЖЕНИЕМ

- 1)+ веревчатого тела
- 2) кортикоспинального пути
- 3) двойного ядра
- 4) переднелатеральной системы

164. У ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ В МЕДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ОЛИВ СЛЕВА И НАРУШЕНИЕМ ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ПРАВОЙ РУКЕ ТЕЛА НЕЙРОНОВ ПОВРЕЖДЕННЫХ АКСОНОВ НАХОДЯТСЯ В

- 1)+ клиновидном ядре справа
- 2) тонком ядре слева
- 3) спинномозговых узлах слева
- 4) постцентральной извилине справа

165. У ПАЦИЕНТА С ВНЕЗАПНО РАЗВИВШИМСЯ ГЕМИПАРЕЗОМ И ВЫЯВЛЕННЫМ НА КТ ОЧАГОМ В ПРОДОЛГОВАТОМ МОЗГЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ кортикоспинального пути
- 2) медиальной петли
- 3) руброспинального пути
- 4) вестибулоспинальных волокон

166. У ПАЦИЕНТА С ДИСДИАДОХОКИНЕЗОМ И ИНТЕНЦИОННЫМ ТРЕМОРОМ В ЛЕВОЙ РУКЕ, ОТКЛОНЕНИЕМ ВЛЕВО ПРИ ХОДЬБЕ ЗОНА ИНФАРКТА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- 1)+ коре и ядре мозжечка слева
- 2) базальных ядрах слева
- 3) покрывке среднего мозга справа
- 4) орбитофронтальной коре справа

167. ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МЕДИАЛЬНОЕ И ЛАТЕРАЛЬНОЕ КОЛЕНЧАТЫЕ ТЕЛА, УЧИТЫВАЯ БЛИЗКОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ, ТАКЖЕ МОЖЕТ ПОСТРАДАТЬ ЯДРО

- 1)+ подушки
- 2) субталамическое
- 3) переднее таламическое
- 4) бледный шар

168. ДЛЯ ОПИСАНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ (АВМ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1)+ Гамбургская
- 2) Стэнфордская
- 3) Нью-Йоркская
- 4) Бостонская

169. У ПАЦИЕНТА С ГЕМИПАРАЗОМ, ГЕМИГИПЕСТЕЗИЕЙ, ДВУХСТОРОННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ И ЗОНОЙ ИНФАРКТА В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ ПЕРЕДНЕЙ ВОРСИНЧАТОЙ АРТЕРИИ ИМЕЕТ МЕСТО ГЕМИАНОПСИЯ

- 1)+ левосторонняя гомонимная
- 2) левосторонняя гетеронимная
- 3) правосторонняя верхнеквадрантная
- 4) правосторонняя гомонимная

170. У ПАЦИЕНТА С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПРОЗОПАРЕЗОМ И ПОТЕРЕЙ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ ВСЛЕДСТВИЕ ИНФАРКТА В ЛАТЕРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПОКРЫШКИ МОСТА, ПАРЕЗ СВЯЗАН С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЯДРА _____ НЕРВА

- 1)+ лицевого
- 2) отводящего
- 3) подъязычного
- 4) тройничного

171. У ПАЦИЕНТА С НИЖНИМ ПАРАПАРЕЗОМ И НЕБОЛЬШОЙ ЗОНОЙ ИНФАРКТА НА ГРАНИЦЕ СТВОЛА И СПИННОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЕННОЙ НА МРТ, ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ перекресте пирамид
- 2) правой пирамиде
- 3) левых кортикоспинальных путях
- 4) оливах с двух сторон

172. БОЛЬШАЯ АВМ, РАСПОЛОЖЕННАЯ МЕЖДУ ЧЕЧЕВИЦЕОБРАЗНЫМ ЯДРОМ И ДОРСАЛЬНЫМ ТАЛАМУСОМ, БУДЕТ ВОЗДЕЙСТВОВАТЬ НА

- 1)+ заднее бедро внутренней капсулы
- 2) ножку мозга
- 3) наружную капсулу
- 4) нижний мозговой парус

173. У ПАЦИЕНТА С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПРОЗОПАРЕЗОМ И ПОТЕРЕЙ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ ВСЛЕДСТВИЕ ИНФАРКТА В ЛАТЕРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПОКРЫШКИ МОСТА, ГИПЕСТЕЗИЯ СВЯЗАНА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1)+ спиноталамического пути
- 2) латеральной петли
- 3) ядра тройничного нерва
- 4) медиальной петли

174. ГЕМИПАРЕЗ И ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ИНСУЛЬТЕ В БАССЕЙНЕ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ передней ворсинчатой
- 2) глазной
- 3) задней мозговой
- 4) передней мозговой

175. ОКУЛЯРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОРАЖЕНИЯ КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Amaurosis fugax (Стойкая или преходящая слепота)
- 2) мидриаз
- 3) миоз
- 4) птоз верхнего века

176. МОТОРНО-СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЛИЦА И ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В КОРЕ И ПРИЛЕЖАЩИХ ПОДКОРКОВЫХ ОБЛАСТЯХ СООТВЕТСТВУЮТ ПОВРЕЖДЕНИЮ _____ СЕГМЕНТА СОСУДА

- 1)+ M4
- 2) A1
- 3) P4
- 4) M2

177. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ПАЦИЕНТА С ВНЕЗАПНО РАЗВИВШИМСЯ ПАРЕЗОМ НОГИ, ПРОШЕДШИМ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ИЗМЕНЕНИЙ НА МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транзиторная ишемическая атака
- 2) синрингобульбия
- 3) центральный синдром спинного мозга
- 4) ишемический кардиоэмболический инсульт

178. ПРИ ОККЛЮЗИИ ЗАДНЕЙ СПИННОМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ НА УРОВНЕ C4-T2 ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ тонкий пучок
- 2) латеральный кортикоспинальный путь
- 3) медиальный продольный пучок
- 4) тонкое ядро

179. У ПАЦИЕНТА С ДИСДИАДОХОКИНЕЗОМ И ИНТЕНЦИОННЫМ ТРЕМОРОМ В ЛЕВОЙ РУКЕ, ОТКЛОНЕНИЕМ ВЛЕВО ПРИ ХОДЬБЕ ИНФАРКТ РАЗВИЛСЯ В БАССЕЙНЕ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ верхней мозжечковой слева
- 2) передней нижней мозжечковой справа
- 3) лентикюлостриарной слева
- 4) задней мозговой справа

180. У ПАЦИЕНТА С ПРАВОСТОРОННИМ ГЕМИПАРЕЗОМ И ДИПЛОПИЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ИНФАРКТА В МЕДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МОСТА НА ГРАНИЦЕ С ПРОДОЛГОВАТЫМ МОЗГОМ ДИПЛОПИЯ ОБУСЛОВЛЕНА ПОРАЖЕНИЕМ _____ НЕРВА

- 1)+ отводящего
- 2) глазодвигательного
- 3) зрительного
- 4) блокового

181. У ПАЦИЕНТА С ВНЕЗАПНО РАЗВИВШИМСЯ ЛЕВОСТОРОННИМ ГЕМИПАРЕЗОМ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ДВИЖЕНИЙ ПРАВОГО ГЛАЗА С РАСШИРЕНИЕМ ЕГО ЗРАЧКА ГЕМИПАРЕЗ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ АКСОНОВ, ИДУЩИХ ОТ НЕЙРОНОВ

- 1)+ соматодвигательной коры справа
- 2) правой прецентральной извилины
- 3) правой ножки мозга
- 4) правой передней парацентральной извилины

182. У ПАЦИЕНТА С ОТСУТСТВИЕМ БОЛЕВОЙ, ТЕМПЕРАТУРНОЙ, ДИСКРИМИНАЦИОННОЙ, ТАКТИЛЬНОЙ И ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ОДНОЙ ПОЛОВИНЕ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ ЗОНА ИНФАРКТА РАСПОЛОЖЕНА В

- 1)+ среднем мозге
- 2) каудальном мосте
- 3) ростральном продолговатом мозге
- 4) верхних шейных сегментах

183. У ПАЦИЕНТА С НАРУШЕНИЕМ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ЛИЦЕ СЛЕВА И КОНЕЧНОСТЯХ СПРАВА (ОЧАГ В СТВОЛЕ МОЗГА) ГИПЕСТЕЗИЯ В КОНЕЧНОСТЯХ ОБУСЛОВЛЕНА ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПУТИ

- 1)+ левого спиноталамического
- 2) правого тектоспинального
- 3) левого ретикулоспинального
- 4) правого заднего спинномозжечкового

184. У МУЖЧИНЫ С ДИЗАРТРИЕЙ И ЗОНОЙ ИНФАРКТА В СТВОЛЕ СПРАВА, ВЫЯВЛЕННОЙ НА МРТ, ПОВРЕЖДЕНО _____ ЯДРО

- 1)+ двойное
- 2) клиновидное
- 3) вестибулярное
- 4) одиночного пути

185. У ПАЦИЕНТА С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИЗМЕНЕНИЯМИ ЛИЧНОСТИ ПРИ ВЫЯВЛЕННОМ НА МРТ УВЕЛИЧЕНИИ ПЕРЕДНЕГО РОГА БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ ГИБЕЛЬ МОЗГОВОЙ ТКАНИ

- 1)+ головки хвостатого ядра
- 2) чечевицеобразного ядра
- 3) прозрачной перегородки
- 4) свода

186. ПРИ УСТАНОВКЕ НАРУЖНОГО ВЕНТРИКУЛЯРНОГО ДРЕНАЖА В ТОЧКЕ КОХЕРА ДРЕНАЖ ПРОВОДИТСЯ В

- 1)+ передний рог бокового желудочка
- 2) задний рог бокового желудочка
- 3) тело бокового желудочка
- 4) третий желудочек

187. РЕКОМЕНДУЕМОЕ РАССТОЯНИЕ ПОДКОЖНОГО ТУННЕЛИРОВАНИЯ (КОНТРАППЕРТУРЫ) ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ НАРУЖНОГО ВЕНТРИКУЛЯРНОГО ДРЕНАЖА СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 5
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 7

188. КЛАССИЧЕСКИМ МЕСТОМ ИМПЛАНТАЦИИ НАРУЖНОГО ВЕНТРИКУЛЯРНОГО ДРЕНАЖА ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКА

- 1)+ Кохера
- 2) Пейна
- 3) Денди
- 4) Кушинга

189. РЕЖИМОМ МРТ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ ОЧАГА ИШЕМИИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ DWI
- 2) T1
- 3) T2
- 4) FLAIR

190. УСТАНОВКА НАРУЖНОГО ВЕНТРИКУЛЯРНОГО ДРЕНАЖА ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ ИЗ АВМ НЕОБХОДИМА ПРИ

- 1)+ развитии окклюзионной гидроцефалии в результате блокады ликворных путей
- 2) АВМ паравентрикулярной локализации
- 3) АВМ задней черепной ямки
- 4) глубоких АВМ для релаксации мозга

191. «ТРЕППИНГ» ЯВЛЯЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ

- 1)+ наложения сосудистых клипс проксимальнее и дистальнее аневризмы для полного исключения кровотока в изолированном участке сосудистого русла
- 2) наложения сосудистой клипсы проксимальнее аневризмы
- 3) создания сосудистого анастомоза
- 4) редукции кровотока в результате исключения одного из сосудов

192. ПРИ УСПЕШНО ПРОВЕДЕННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ И СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ церебральный спазм
- 2) сепсис
- 3) менингит
- 4) артеробитивная гидроцефалия

193. РЕЗЕКЦИОННАЯ КРАНИОТОМИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ, НАПРАВЛЕНА НА

- 1)+ борьбу с неконтролируемым отеком мозга
- 2) предотвращение ишемии мозга
- 3) профилактику вазоспазма
- 4) улучшение внутричерепной гемодинамики и ликвороциркуляции

194. ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГЕМАТОМЫ ОБЪЕМОМ _____ ОТНОСЯТ К МАЛЕНЬКИМ

- 1)+ менее 30 см³
- 2) менее 20 см³
- 3) до 60 см³
- 4) до 15 см³

195. ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ САК СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЛЮМБАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ

- 1)+ отсутствии признаков САК на КТ головного мозга
- 2) отсутствии технической возможности проведения ангиографии
- 3) стертой клинической картине
- 4) выявлении признаков кровоизлияния на КТ головного мозга

196. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО САК, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ОТСРОЧЕННОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ церебральный ангиоспазм
- 2) отек мозга
- 3) внутримозговая гематома
- 4) повторный разрыв аневризмы

197. ОРИЕНТИРОМ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ГЕМИКРАНИЭКТОМИИ ПРИ ЕЕ ВЫПОЛНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сагитальный шов
- 2) коронарный шов
- 3) лямбдовидный шов
- 4) теменной бугор

198. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ АВМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЗАТРУДНЕНО ПРИ

- 1)+ отеке мозгового вещества
- 2) окклюзионной гидроцефалии
- 3) системных нарушениях гемостаза
- 4) внутримозговой гематоме

199. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕДНЕ-ЗАДНИЙ РАЗМЕР НАРУЖНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЧЕРЕПА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОМ САК СОСТАВЛЯЕТ_____СМ

- 1)+ 12-15
- 2) 10-12
- 3) 15-18
- 4) До 10

200. ДОСТУПОМ, ПОМИМО ПТЕРИОНАЛЬНОГО, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМ БИФУРКАЦИИ ОСНОВНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ орбито-зигматический
- 2) супраорбитальный
- 3) ретросигмовидный
- 4) подвисочный

201. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дробное временное клипирование несущего сосуда на этапах выделения аневризмы
- 2) максимальное дренирование ликвора до краниотомии через наружный вентрикулярный дренаж
- 3) сокращение времени выделения и клипирования аневризмы
- 4) экономная тракция мозга

202. ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ СТАНДАРТНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субокципитальный
- 2) субвисочный
- 3) птериональный
- 4) межполушарный

203. ПРИ ФИКСАЦИИ ГОЛОВЫ СКОБОЙ МЕЙФИЛД, ПОВОРОТ ГОЛОВЫ ПРИ ПТЕРИОНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ (В ГРАДУСАХ) СОСТАВЛЯЕТ_____ГРАДУСОВ

- 1)+ 15-30
- 2) 0
- 3) 90
- 4) 60-90

204. ПРОГНОЗИРОВАТЬ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ШКАЛА

- 1)+ Фишера
- 2) Ханга-Хесса
- 3) Комы Глазго
- 4) Рэнкина

205. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С АВМ ПРИ НАЛИЧИИ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ЖЕЛУДОЧКОВУЮ СИСТЕМУ МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ наложение наружного вентрикулярного дренажа и проведение мероприятий для поддержания жизненно важных функций в условиях ОРИТ
- 2) динамическое наблюдение и симптоматическую терапию
- 3) установку люмбального дренажа
- 4) выполнение декомпрессивной трепанации черепа по экстренным показаниям

206. ХИРУРГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ «ВНУТРЕННЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ» В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ САК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наружное вентрикулярное дренирование
- 2) декомпрессивная трепанация
- 3) люмбальный дренаж
- 4) датчик ВЧД

207. ОСНОВНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ птериональный
- 2) межполушарный
- 3) подвисочный
- 4) субфронтальный

208. ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ КАВЕРНОЗНОГО СЕГМЕНТА ВСА ПРОИСХОДИТ

- 1)+ формирование прямой каротидно-кавернозной фистулы
- 2) массивное САК
- 3) массивное САК с прорывом крови в желудочковую систему
- 4) образование гематомы на основании черепа

209. К ОСНОВНОМУ ФАКТОРУ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ анатомо-топографические особенности аневризмы
- 2) размер аневризмы
- 3) стадию заболевания
- 4) количество аневризм

210. ОСТРЫЙ ПЕРИОД САК СОСТАВЛЯЕТ (В СУТКАХ)

- 1)+ 14
- 2) 7
- 3) 5
- 4) 3

211. УРГЕНТНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО САК, ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ интраартериальное введение блокаторов кальциевых каналов, баллонную дилатацию
- 2) стентирование
- 3) локальную тромболитическую терапию
- 4) интраартериальное введение гепарина

212. КОНТРОЛЬ ПРОХОДИМОСТИ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ КЛИПИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ эндоскопической ассистенции
- 2) контактной доплерографии
- 3) флюоресцентной видеоангиографии
- 4) флуометрии

213. ПРИ ФИКСАЦИИ ГОЛОВЫ СКОБОЙ МЕЙФИЛД, ПОВОРОТ ГОЛОВЫ ПРИ МЕЖПОЛУШАРНОМ ДОСТУПЕ (В ГРАДУСАХ) СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ

- 1)+ 0
- 2) 15-30
- 3) 20 -40
- 4) 60-90

214. НА ТАКТИКУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АВМ ВЛИЯЕТ

- 1)+ наличие гемодинамических аневризм
- 2) наличие двух и более дренажных вен
- 3) сопутствующая гипертоническая болезнь
- 4) оценка по шкале Fisher

215. В СЛУЧАЯХ ТЯЖЕЛОГО САК БОЛЬНЫМ ВЫПОЛНЯЮТ ДЕКОМПРЕССИВНУЮ ТРЕПАНАЦИЮ ЧЕРЕПА, КОТОРАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ первичная (профилактическая) и отсроченная
- 2) полная и неполная
- 3) первичная и вторичная
- 4) профилактическая и ранняя

216. ПОГРАНИЧНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ВЧД, ПРИ КОТОРОМ АКТИВНО ПРОВОДЯТСЯ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КУПИРОВАНИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПРИНЯТО СЧИТАТЬ _____ ММ РТ СТ

- 1)+ более 20
- 2) менее 15
- 3) более 30
- 4) более 10

217. К ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ САК ОТНОСЯТ

- 1)+ назначение нимодипина
- 2) введение верапамила
- 3) введение тромболитиков
- 4) ЗН-терапию

218. ПО ШКАЛЕ ФИШЕРА ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ количество крови по данным КТ
- 2) неврологический статус больного
- 3) обширность ишемического очага
- 4) выраженность спазма мозговых сосудов

219. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выключение аневризмы из кровотока
- 2) санация базальных цистерн
- 3) удаление гематомы и крови из цистерн основания
- 4) наружная декомпрессия черепа

220. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ НА ЭТАПЕ

- 1)+ диссекции артерий и шейки аневризмы
- 2) начальной тракции мозга
- 3) клипирования шейки аневризмы
- 4) ревизии положения бранш клипсы

221. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНОЙ АНЕВРИЗМЫ БИФУРКАЦИИ БАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИИ С ШИРОКОЙ ШЕЙКОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частичная окклюзия полости аневризмы микроспиральями с последующим радикальным лечением в холодном периоде
- 2) установка потокоперенаправляющего стента
- 3) тотальная окклюзия аневризмы микроспиральями со стент-ассистенцией
- 4) микрохирургическое клипирование аневризмы

222. СОВРЕМЕННЫМ ТИПОМ ДАТЧИКОВ ВЧД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрочип
- 2) гидростатический датчик
- 3) фиброоптический датчик
- 4) баллон-катетер

223. К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ГЕМОДИНАМИКИ, ТРЕБУЮЩИМ МОНИТОРИНГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ САК НА ОСНОВЕ КОТОРЫХ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СРОКИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АНЕВРИЗМЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ линейную скорость кровотока по СМА, уровень АД
- 2) уровень АД, сатурацию кислорода в крови
- 3) скорость кровотока по экстракраниальным отделам магистральных сосудов головы, АД
- 4) центральное венозное давление

224. ПРИ ФИКСАЦИИ ГОЛОВЫ СКОБОЙ МЕЙФИЛД, ПОВОРОТ ГОЛОВЫ ПРИ СРЕДИННОМ СУБОКЦИПИТАЛЬНОМ ДОСТУПЕ (В ГРАДУСАХ) СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ

- 1)+ 0
- 2) 15-30
- 3) 20 -40
- 4) 60 -90

225. РАННИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ СЧИТАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ, ПРОВЕДЕННАЯ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ ЧАСОВ С МОМЕНТА КРОВОИЗЛИЯНИЯ

- 1)+ 72
- 2) 24
- 3) 12
- 4) 48

226. НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АРТЕРИИ ГЮБНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АНЕВРИЗМАХ

- 1)+ передней мозговой – передней соединительной артерий
- 2) средней мозговой артерии
- 3) позвоночной артерии
- 4) внутренней сонной артерии

227. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ предотвращение интракраниального кровоизлияния
- 2) улучшение кровоснабжения головного мозга
- 3) устранение последствий интракраниального кровоизлияния
- 4) предотвращение формирования аневризм сосудов головного мозга

228. ОРИЕНТИРОМ ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЫ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ГЕМИКРАНИЭКТОМИИ ПРИ ЕЕ ВЫПОЛНЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ лямбдовидный шов и теменной бугор
- 2) сагиттальный шов и теменной бугор
- 3) лобный бугор и теменной бугор
- 4) лямбдовидный шов и скуловая дуга

229. ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ ДО КЛИПИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ профилактики разрыва аневризмы
- 2) профилактики церебрального вазоспазма
- 3) предотвращения западения мозгового вещества и изменения анатомических взаимоотношений
- 4) последовательного удаления гематомы и клипирования аневризмы, зависящего только от предпочтений оперирующего хирурга

230. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕВРИЗМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ПО ДАННЫМ

- 1)+ СКТ – ангиографии
- 2) ангиосцинтиграфии
- 3) МРТ – ангиографии
- 4) селективной церебральной ангиографии

231. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ЕЕ КЛИПИРОВАНИИ, КАК ПРАВИЛО ПРИВОДИТ К

- 1)+ ухудшению исхода лечения
- 2) ухудшению оценки по шкале Ханта-Хесса
- 3) снижению оценки по Фишеру
- 4) нарастанию вазоспазма

232. РИСК РАЗРЫВА ИНСИДЕНТАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОВЫШАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ каротидной эндартерэктомии
- 2) стентирования бедренной артерии
- 3) аорто-коронарного шунтирования
- 4) эндопротезирования брюшной аорты

233. ОРИЕНТИРОМ НИЖНЕЙ ГРАНИЦЫ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ГЕМИКРАНИЭКТОМИИ ПРИ ЕЕ ВЫПОЛНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ скуловая дуга
- 2) наружный слуховой проход
- 3) корень височной мышцы
- 4) ключевая точка

234. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИНТРАКРАНИАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПРОИСХОДИТ ПРИ

- 1)+ артериальной аневризме
- 2) дуральной артерио-венозной фистуле
- 3) артерио-венозной мальформации
- 4) прямой каротидно-кавернозной фистуле

235. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ КРАНИОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция чешуи височной кости до основания средней черепной ямки
- 2) коагуляция височной мышцы
- 3) резекция сосцевидного отростка
- 4) резекция скуловой кости

236. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДИСЕКЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ имплантация стента на уровне аневризмы
- 2) окклюзия аневризмы спиралями
- 3) окклюзия аневризмы спиралями со стент-ассистенцией
- 4) клипирование аневризмы

237. ПОПЫТКА ТРОМБЭНДАРТЕРЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ

- 1)+ отсутствии крупных очагов ишемии по данным МРТ/КТ
- 2) выраженном неврологическом дефиците
- 3) наличии признаков обширного ишемического инсульта
- 4) критическом состоянии больного

238. ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ТРОМБОЗЕ ИМПЛАНТИРОВАННОГО СТЕНТА СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ

- 1)+ локальный и системный тромболизис
- 2) механическую тромбэкстракцию
- 3) дополнительную окклюзию сосуда спиралями
- 4) прекращение хирургических действий

239. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ низкомолекулярный гепарин
- 2) альтеплазу
- 3) клопидогрель
- 4) апиксабан

240. ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ РАЗРЫВЕ МЕШОТЧАТОЙ АНЕВРИЗМЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ

- 1)+ максимально быстро окклюзировать аневризму микроспиральями
- 2) снизить АД и дожидаться спонтанной остановки кровотечения
- 3) завершить эндоваскулярную операцию и произвести клипирование
- 4) временно пережать сонную артерию на шее и дожидаться остановки кровотечения

241. ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ С ОБШИРНЫМ ОЧАГОМ НА МРТ В РЕЖИМЕ DWI И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ ВСА 85% НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ консервативную терапию
- 2) экстренную КЭА
- 3) экстренную ангиопластику и стентирование ВСА
- 4) наложение ЭИКМА

242. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ К НАРУШЕНИЮ СОЗНАНИЯ НЕ ПРИВОДИТ

- 1)+ отсроченная церебральная ишемия
- 2) диффузный отек головного мозга
- 3) острая окклюзионная гидроцефалия
- 4) эпилептический статус

243. АНЕВРИЗМА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ РАЗМЕРОМ 7 ММ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ средней
- 2) гигантской
- 3) маленькой
- 4) крупной

244. УСТАНОВКА ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩЕГО СТЕНТА ПРОТИВОПОКАЗАНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ВВИДУ

- 1)+ необходимости назначения двойной дезагрегантной терапии
- 2) наличия вазоспазма
- 3) риска ишемии
- 4) тяжелого состояния пациента

245. ПОМИМО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ FISHER ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ШКАЛА

- 1)+ Hijdra
- 2) Graeb
- 3) ASPECTS
- 4) NISS

246. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) КТ
- 3) ПЭТ
- 4) ОФЭКТ

247. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В СОПОРЕ С УМЕРЕННЫМ ПРАВОСТОРОННИМ ГЕМИПАРЕЗОМ ПО ШКАЛЕ ХАНТА-ХЕССА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК СТЕПЕНЬ

- 1)+ IV
- 2) II
- 3) III
- 4) V

248. СОГЛАСНО ШКАЛЕ FISHER, ДИФФУЗНОЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ТОЛЩИНОЙ МЕНЕЕ 1 ММ НА КТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОЦЕНИВАЕТСЯ В (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

249. ПРОЦЕНТ СУЖЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ МЕНЕЕ _____% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК СУБКРИТИЧЕСКИЙ

- 1)+ 79
- 2) 89
- 3) 99
- 4) 59

250. КАКОЙ ПРОЦЕНТ СУЖЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ОККЛЮЗИЯ?

- 1)+ 100%
- 2) 70%
- 3) 80%
- 4) 90%

251. ИЗМЕНЕНИЕ ЛСК В ОБЛАСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА БОЛЕЕ 95% СОСТАВЛЯЕТ_____ СМ/СЕК

- 1)+ 400-500
- 2) 120-130
- 3) 180-230
- 4) 40

252. В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ИНСУЛЬТА ВЫДЕЛЯЮТ _____ ПЕРИОДОВ

- 1)+ 5
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 8

253. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ АСИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЕ КАВЕРНОЗНОГО СЕГМЕНТА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ РАЗМЕРОМ МЕНЕЕ 5 ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ контроль через 6 месяцев
- 2) клипирование аневризмы
- 3) эндоваскулярная окклюзия
- 4) хирургическое вмешательство

254. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярная окклюзия
- 2) клипирование аневризмы
- 3) динамическое наблюдение
- 4) хирургическое вмешательство

255. СРЕДИ ВСЕХ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ, ИНВАЛИДИЗАЦИЯ, ВСЛЕДСТВИЕ ИНСУЛЬТА, ЗАНИМАЕТ _____ МЕСТО

- 1)+ первое
- 2) второе
- 3) третье
- 4) четвертое

256. В ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ АВМ НЕ ВХОДИТ

- 1)+ краниограмма
- 2) КТ головного мозга
- 3) церебральная ангиография
- 4) МРТ головного мозга

257. ОСНОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДУРАЛЬНЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОГО СИНУСА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ клеевые композиции
- 2) микроспирали
- 3) микрочастицы ПВА
- 4) микросферы 700-900 микрон

258. ОСНОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ОККЛЮЗИИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ микроспирали
- 2) микроэмболы ПВА
- 3) жидкие (адгезивные или неадгезивные) композиции
- 4) микросферы 700-900 микрон

259. КРАЕВАЯ ДОЗА ПРИ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АВМ РАВНА ____ ГР

- 1)+ 18-24
- 2) 12-14
- 3) 85-90
- 4) 28-30

260. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОНМК РАСЦЕНИВАЮТСЯ КАК

- 1)+ высокие
- 2) низкие
- 3) средние
- 4) не значимые

261. ПОД КОЙЛИНГОМ СОСУДА ПОНИМАЮТ

- 1)+ петлеобразование
- 2) перегиб сосуда под острым углом
- 3) изгиб сосуда под тупым углом
- 4) S-образную извитость

262. ПРИ НЕДОСТАТКЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ДОПОЛНЕНО

- 1)+ КТ-АГ/ МРА
- 2) ЦАГ
- 3) МРТ DWI
- 4) МРТ Flair

263. К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ АРТЕРИВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ клубок измененных сосудов
- 2) варикоз измененных сосудов
- 3) капилляры
- 4) диплоические вены

264. ТРЕТИЙ (РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ) ПЕРИОД ИНСУЛЬТА СОСТАВЛЯЕТ ДО_____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 6
- 2) 7
- 3) 8
- 4) 9

265. ПО КЛАССИФИКАЦИИ СЕПТАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ МЕТЦА К ПЕРВОМУ ТИПУ ОТНОСЯТ УГЛООБРАЗОВАНИЕ АРТЕРИИ _____ГРАДУСОВ

- 1)+ более 60
- 2) от 30 до 60
- 3) менее 30
- 4) более 90

266. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИНСТВА АВМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое удаление
- 2) радиотерапия в режиме гипофракционирования
- 3) эндоваскулярная эмболизация
- 4) радиохирургия

267. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КАРОТИДНЫМИ СТЕНОЗАМИ (КС) ОБЫЧНО ОСНОВЫВАЕТСЯ НА АНАЛИЗЕ _____ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2

268. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ разрыв аневризмы
- 2) некроз опухоли
- 3) гипоксия мозга
- 4) разрыв ангиомы

269. ЧЕТВЕРТЫЙ (ПОЗДНИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ) ПЕРИОД ИНСУЛЬТА СОСТАВЛЯЕТ ДО_____ЛЕТ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

270. В СЛУЧАЕ ПРОТИВОРЕЧИЙ В ДАННЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИЛИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ рентгеноконтрастную ангиографию
- 2) транскраниальную ультразвуковую доплерографию
- 3) дуплексное сканирование
- 4) ангиографические режимы МРТ

271. СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЕ ОБЛУЧЕНИЕ НЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИ

- 1)+ аневризме
- 2) АВМ
- 3) дуральной фистуле
- 4) каверноме

272. ПО КЛАССИФИКАЦИИ СЕПТАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ МЕТЦА КО ВТОРОМУ ТИПУ ОТНОСЯТ УГЛООБРАЗОВАНИЕ АРТЕРИИ _____ГРАДУСОВ

- 1)+ от 30 до 60
- 2) более 60
- 3) менее 30
- 4) более 90

273. ПОД КИНКИНГОМ СОСУДА ПОНИМАЮТ

- 1)+ перегиб сосуда под острым углом
- 2) изгиб сосуда под тупым углом
- 3) петлеобразование
- 4) S-образную извитость

274. ЧАСТОТА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ СТАРШЕ 50-55 ЛЕТ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В _____РАЗА В КАЖДОМ ПОСЛЕДУЮЩЕМ ДЕСЯТИЛЕТИИ ЖИЗНИ

- 1)+ 1,8-2
- 2) 3,8-4
- 3) 4,8-5
- 4) 5,8-6

275. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ порок развития сосудов
- 2) курение
- 3) атеросклероз
- 4) травма

276. ПРОЦЕНТ СУЖЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ _____% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК КРИТИЧЕСКИЙ

- 1)+ 80
- 2) 70
- 3) 60
- 4) 50

277. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДУРАЛЬНЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эмболизация оболочечных ветвей наружной сонной артерии цианокрилатами
- 2) трансвенозная окклюзия заинтересованного синуса микроспиральями
- 3) эмболизация оболочечных ветвей наружной сонной артерии неадгезивной композицией с тотальной окклюзией кавернозного синуса
- 4) перевязка наружной сонной артерии

278. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ВОЗМОЖНО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ

- 1)+ УЗИ
- 2) КТ-АГ
- 3) ЦАГ
- 4) МРА

279. ЧАЩЕ ВСЕГО К ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ внезапное кровоизлияние в головной мозг
- 2) эпилепсии
- 3) неврологический дефицит
- 4) головную боль

280. ВТОРОЙ (ОСТРЫЙ) ПЕРИОД ИНСУЛЬТА СОСТАВЛЯЕТ ДО _____ СУТОК

- 1)+ 28
- 2) 38
- 3) 48
- 4) 58

281. ШКАЛА ASPECTS ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИИ В БАССЕЙНЕ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ средней мозговой
- 2) основной
- 3) задней мозговой
- 4) передней мозговой

282. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ

- 1)+ эмболизации ветвей наружной сонной артерии
- 2) эмболизации артерий предстательной железы
- 3) трансартериальной химиоэмболизации печени
- 4) стентировании левой подключичной артерии

283. ПРОРЫВ В ЖЕЛУДОЧКОВУЮ СИСТЕМУ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ медиальных гематомах
- 2) латеральных гематомах
- 3) субдуральном кровоизлиянии
- 4) субарахноидальном кровоизлиянии

284. ОБЩЕПРИЗНАННЫМ МЕХАНИЗМОМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АВМ ПОСЛЕ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стимуляция пролиферации эндотелиальных клеток с последующей облитерацией просвета сосудов
- 2) некроз вен и склерозирование окружающей глии
- 3) ионизация клеточной среды патологического сосуда и восстановление эластичности
- 4) моментальное повреждение циркулирующих тромбоцитов с их последующей деактивацией

285. ПРОЛОНГИРОВАННАЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА ИМЕЕТ ДЛИНУ _____ММ

- 1)+ >15
- 2) >12
- 3) >11
- 4) >14

286. ПРОЦЕНТ СУЖЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ _____% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК СУБОККЛЮЗИЯ

- 1)+ 98
- 2) 90
- 3) 85
- 4) 75

287. СМЕРТНОСТЬ ОТ ИНСУЛЬТА СРЕДИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА УВЕЛИЧИЛАСЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____%

- 1)+ 30
- 2) 50
- 3) 40
- 4) 10

288. АТЕРОСКЛЕРОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ____ ВСЕХ ИНСУЛЬТОВ

- 1)+ 1/3
- 2) 1/4
- 3) 1/5
- 4) 1/6

289. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНОЙ МЕТОДИКОЙ ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ СТЕНО-ОККЛЮЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ
- 2) ТКУЗДГ
- 3) ЦАГ
- 4) МРА

290. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ аневризмой на приводящем сосуде
- 2) венозным пороком развития
- 3) кавернозной ангиомой
- 4) телеангиоэктазией

291. СТИЛ-СИНДРОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ окклюзии первого сегмента подключичной артерии
- 2) окклюзии позвоночной артерии
- 3) стенозе второго сегмента подключичной артерии
- 4) окклюзии внутренней сонной артерии

292. ПО КЛАССИФИКАЦИИ СЕПТАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ МЕТЦА К ТРЕТЬЕМУ ТИПУ ОТНОСЯТ УГЛООБРАЗОВАНИЕ АРТЕРИИ _____ ГРАДУСОВ

- 1)+ менее 30
- 2) более 60
- 3) от 30 до 60
- 4) более 90

293. ИЗМЕНЕНИЕ ЛСК В ОБЛАСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА БОЛЕЕ 70% ПО NASCET СОСТАВЛЯЕТ (В СМ/СЕК)

- 1)+ 180-230
- 2) 400-500
- 3) 120-130
- 4) 40

294. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ АВМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоизлияние в анамнезе (острый, подострый период)
- 2) возраст пациента < 3 лет
- 3) эндоваскулярная эмболизация в анамнезе
- 4) ранее проведенное стереотаксическое облучение АВМ без эффекта

295. ЕЖЕГОДНО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВОЗНИКАЕТ ИНСУЛЬТ БОЛЕЕ ЧЕМ У _____ ЧЕЛОВЕК

- 1)+ 500 000
- 2) 400 000
- 3) 300 000
- 4) 200 000

296. КАКОВА СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА, ПРИ КОТОРОЙ РИСК ЕЖЕГОДНОГО РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ?

- 1)+ 75-95%
- 2) 95-99%
- 3) 100%
- 4) 55-75%

297. ПЕРВЫЙ (ОСТРЕЙШИЙ) ПЕРИОД ИНСУЛЬТА НАБЛЮДАЕТСЯ НА _____ СУТКИ

- 1)+ 1-3
- 2) 4-6
- 3) 6-8
- 4) 9-11

298. СРЕДНИЙ ПЕРИОД, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ АВМ ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 3-5 лет
- 2) 2-3 месяца
- 3) 6-12 месяцев
- 4) 8-10 лет

299. ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ ПОКАЗАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия внутренней сонной артерии с выраженной асимметрией перфузии более 30%, истощенными цереброваскулярными резервами, давностью инсульта от 3 до 15 месяцев
- 2) асимптомная окклюзия внутренней сонной артерии
- 3) асимптомная окклюзия средней мозговой артерии
- 4) окклюзия внутренней сонной артерии в остром периоде тяжелого острого нарушения мозгового кровообращения

300. ПРИ ПРЯМОМ ХОДЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДИАМЕТРОМ МЕНЕЕ 4 ММ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- 1)+ прямую каротидную эндартерэктомию с заплатой
- 2) комбинированную эверсионную эндартерэктомию
- 3) прямую каротидную эндартерэктомию без заплаты
- 4) эндартерэктомию по Де-Бейки

301. ПОРЯДКОМ ЗАПУСКА КРОВотоКА ПО АРТЕРИЯМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ НСА-ОСА-ВСА
- 2) ВСА-НСА-ОСА
- 3) НСА-ВСА-ОСА
- 4) НСА и ВСА и ОСА запускаются одновременно

302. РИСКИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПО SUNDT СОСТАВЛЯЮТ 2% ПРИ

- 1)+ контралатеральной окклюзии/разомкнутом виллизиевом круге
- 2) неосложненной каротидной эндартерэктомии
- 3) соматических факторах риска
- 4) остром периоде нарушения мозгового кровообращения

303. ТАКТИКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БИКАРОТИДНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В СИТУАЦИИ СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛЕВА 85%, СПРАВА 75%, ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каротидная эндартерэктомия справа первым этапом, затем каротидная эндартерэктомия слева
- 2) каротидная эндартерэктомия слева первым этапом
- 3) каротидная эндартерэктомия слева, затем решение вопроса о необходимости экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза
- 4) создание экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза справа, затем решение вопроса о каротидной эндартерэктомии слева

304. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ВО ВРЕМЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ

- 1)+ детском возрасте пациента
- 2) возможности интраоперационного использования временного внутрипросветного шунта
- 3) наличии отягощенных соматических факторов риска
- 4) невозможности проведения интраоперационного мониторинга

305. ПРИ НАЛИЧИИ СУБКРИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, НЕВЫРАЖЕННОГО СТЕНОЗА ПРАВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ОБЕИХ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ каротидную эндартерэктомию слева
- 2) эндартерэктомию из устья левой позвоночной артерии
- 3) каротидную эндартерэктомию справа
- 4) эндартерэктомию из устья правой позвоночной артерии

306. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ РУТИННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ наличием гиперлипидемии и артериальной гипертензии
- 2) инфекционными заболеваниями головного мозга
- 3) эпилепсией и с психическими расстройствами
- 4) дегенеративно-дистрофическими заболеваниями

307. ВЕТВИ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К КАРОТИДНЫМ АРТЕРИЯМ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1)+ между наружной и внутренней сонными артериями в области каротидного тельца
- 2) над верхним краем сонных артерий
- 3) по нижнему краю яремной вены
- 4) под подъязычной мышцей поперек внутренней и наружной сонных артерий

308. НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ В ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЗАНИМАЕТ ____ МЕСТО

- 1)+ второе
- 2) третье
- 3) четвертое
- 4) пятое

309. ПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеноз брахиоцефального ствола
- 2) кальцифицированная атеросклеротическая бляшка
- 3) грубая деформация деформация внутренней сонной артерии
- 4) окклюзия внутренней сонной артерии

310. ПОКАЗАНИЕМ К РЕЗЕКЦИИ И РЕДРЕССАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ грубая деформация внутренней сонной артерии
- 2) рестеноз
- 3) стеноз брахиоцефального ствола
- 4) окклюзия внутренней сонной артерии

311. ПРИ _____ ПОКАЗАНА СНАЧАЛА КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- 1)+ острым инсульте тяжелого течения с обширным очагом на МРТ в режиме DWI и атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 85%
- 2) транзиторной ишемической атаке/ малом инсульте при наличии критического стеноза внутренней сонной артерии
- 3) неглубоком остром ишемическом инсульте (небольшой очаг на МРТ в режиме DWI), атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 90%
- 4) переходящем нарушении мозгового кровообращения, атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 95%

312. ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К КАРОТИДНЫМ АРТЕРИЯМ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ под подъязычной мышцей поперек внутренней и наружной сонных артерий
- 2) над верхним краем сонных артерий
- 3) по нижнему краю яремной вены
- 4) между наружной и внутренней сонными артериями в области каротидного тельца

313. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЕЖЕГОДНО ПОВТОРЯТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИЛИ РЕГРЕССА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, У КОТОРЫХ РАНЕЕ БЫЛ ВЫЯВЛЕН СТЕНОЗ БОЛЕЕ ____%

- 1)+ 50
- 2) 40
- 3) 30
- 4) 20

314. ПРИ _____ ПОКАЗАНА РЕКОНСТРУКЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СПУСТЯ 14 ДНЕЙ

- 1)+ неглубоком остром ишемическом инсульте (небольшой очаг DWI), стенозе внутренней сонной артерии 90%
- 2) острым клинически неглубоким инсульте менее 6 часов с момента острого нарушения мозгового кровообращения со стенозом внутренней сонной артерии около 30%
- 3) острым нарушением мозгового кровообращения (на МРТ в режиме DWI –сформировавшийся полушарный инсульт), атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 90%
- 4) асимптомном атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 45%

315. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ВО ВРЕМЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ

- 1)+ выраженном неврологическом дефиците
- 2) возможности интраоперационного использования временного внутрипросветного шунта
- 3) наличии контралатеральной окклюзии
- 4) невозможности проведения интраоперационного мониторинга

316. ПРИ НАЛИЧИИ ВЫРАЖЕННОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- 1)+ комбинированную эверсионную эндартерэктомию
- 2) эндартерэктомию по Де-Бейки
- 3) прямую каротидную эндартерэктомию без заплаты
- 4) прямую каротидную эндартерэктомию с заплатой

317. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптоматический стеноз внутренней сонной артерии 75%
- 2) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии 55%
- 3) симптоматический стеноз внутренней сонной артерии 45%
- 4) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии до 60%

318. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАРКОЗА И ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НЕЙРОМОНИТОРИНГА НЕЛЬЗЯ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ нарастание или появление неврологического дефицита
- 2) падение линейной скорости кровотока при пережатии общей сонной артерии
- 3) декомпенсацию церебральной оксиметрии
- 4) падение системного артериального давления

319. ТАКТИКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БИКАРОТИДНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В СИТУАЦИИ СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛЕВА 65%, ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СПРАВА, СОХРАНЯЮЩИХСЯ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ создание экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза справа, затем решение вопроса о каротидной эндартерэктомии слева
- 2) каротидная эндартерэктомия справа первым этапом, затем каротидная эндартерэктомия слева
- 3) каротидная эндартерэктомия слева, затем решение вопроса о необходимости экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза
- 4) каротидная эндартерэктомия слева первым этапом

320. РИСКИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПО SUNDT СОСТАВЛЯЮТ 1% ПРИ

- 1)+ неосложненной каротидной эндартерэктомии
- 2) контралатеральной окклюзии/разомкнутом виллизиевым круге
- 3) соматических факторах риска
- 4) остром периоде нарушения мозгового кровообращения

321. РИСКИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПО SUNDT СОСТАВЛЯЮТ 10% ПРИ

- 1)+ остром периоде нарушения мозгового кровообращения
- 2) неосложненной каротидной эндартерэктомии
- 3) контралатеральной окклюзии/разомкнутом виллизиеве круге
- 4) соматических факторах риска

322. РЕГИОНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ВО ВРЕМЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ

- 1)+ наличии соматических факторов риска
- 2) выраженном неврологическом дефиците
- 3) детском возрасте пациента
- 4) высоком расположении деформации внутренней сонной артерии

323. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ОНМК ПО ГЕМОМРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ НЕОТЛОЖНО СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ КТ
- 2) МРТ
- 3) УЗИ
- 4) рентген черепа

324. ПРИ КАКОМ СОЧЕТАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СЛЕДУЕТ СПЕРВА ВЫПОЛНИТЬ ВЫКЛЮЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ, А ЗАТЕМ РЕКОНСТРУКЦИЮ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ?

- 1)+ асимптомный стеноз внутренней сонной артерии около 85% + аневризма с субарахноидальным кровоизлиянием
- 2) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии 55% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 3) атеросклеротический стеноз внутренней сонной артерии 45% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 4) атеросклеротический стеноз внутренней сонной артерии 35% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния

325. ТАКТИКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БИКАРОТИДНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В СИТУАЦИИ СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛЕВА 90%, ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каротидная эндартерэктомия слева, затем решение вопроса о необходимости экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза
- 2) каротидная эндартерэктомия справа первым этапом, затем каротидная эндартерэктомия слева
- 3) создание экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза справа, затем решение вопроса о каротидной эндартерэктомии слева
- 4) каротидная эндартерэктомия слева первым этапом

326. ПРИ ПРЯМОМ ХОДЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ШИРОКИМ ДИАМЕТРОМ БОЛЕЕ 5 ММ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКОЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- 1)+ прямую каротидную эндартерэктомию без заплаты
- 2) комбинированную эверсионную эндартерэктомию
- 3) эндартерэктомию по Де-Бейки
- 4) прямую каротидную эндартерэктомию с заплатой

327. БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К КАРОТИДНЫМ АРТЕРИЯМ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ над верхним краем сонных артерий
- 2) под подъязычной мышцей поперек внутренней и наружной сонных артерий
- 3) по нижнему краю яремной вены
- 4) между наружной и внутренней сонными артериями в области каротидного тельца

328. ПОКАЗАНИЕМ К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптоматический стеноз внутренней сонной артерии 45%
- 2) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии 85%
- 3) симптоматический стеноз стеноз внутренней сонной артерии 75%
- 4) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии до 99%

329. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асимптомный стеноз внутренней сонной артерии 85%
- 2) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии 55%
- 3) симптоматический стеноз внутренней сонной артерии 45%
- 4) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии до 60%

330. К ОПЕРАЦИЯМ НА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ каротидная эндартерэктомия
- 2) транспозиция позвоночной артерии в общую сонную артерию или в щито-шейный ствол
- 3) трансподключичная эндартерэктомия
- 4) подключично-сонное шунтирование

331. ПОД ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОНИМАЮТ ГРУППУ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1)+ головного мозга, обусловленных патологическими изменениями церебральных сосудов с нарушением мозгового кровообращения
- 2) сердца, обусловленных патологическими изменениями артерий, питающих его
- 3) артерий шеи, не питающих головной мозг
- 4) обусловленных патологическими изменениями в артериях нижних конечностей

332. ПОКАЗАНИЕМ К УСТАНОВКЕ ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТА ПРИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОМ МОНИТОРИНГЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ падение системного артериального давления
- 2) падение линейной скорости кровотока при пережатии общей сонной артерии
- 3) декомпенсация церебральной оксиметрии
- 4) разомкнутый виллизиев круг

333. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ВО ВРЕМЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ

- 1)+ высоком расположении деформации внутренней сонной артерии
- 2) при возможности интраоперационного использования временного внутрипросветного шунта
- 3) наличии контралатеральной окклюзии
- 4) невозможность проведения интраоперационного мониторинга

334. ТАКТИКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БИКАРОТИДНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В СИТУАЦИИ СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛЕВА 85%, СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СПРАВА 70%, АСИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ каротидная эндартерэктомия слева первым этапом
- 2) каротидная эндартерэктомия справа первым этапом, затем каротидная эндартерэктомия слева
- 3) каротидная эндартерэктомия слева, затем решение вопроса о необходимости экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза
- 4) создание экстра-интракраниального микрососудистого анастомоза справа, затем решение вопроса о каротидной эндартерэктомии слева

335. НИСХОДЯЩАЯ ВЕТВЬ ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К КАРОТИДНЫМ АРТЕРИЯМ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ по нижнему краю яремной вены
- 2) над верхним краем сонных артерий
- 3) между наружной и внутренней сонными артериями в области каротидного тельца
- 4) под подъязычной мышцей поперек внутренней и наружной сонных артерий

336. ОЦЕНИТЬ ПЛОТНОСТЬ И ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ НА ПОВЕРХНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОДИКА ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 1)+ УЗ дуплексное сканирование
- 2) транскраниальная ультразвуковая доплерография
- 3) прямая ангиография
- 4) МР-ангиография

337. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ каротидную эндартерэктомию
- 2) экстра-интракраниальные микрососудистые анастомозы
- 3) ангиопластику и стентирование
- 4) протезирование артерии

338. ПОЯВЛЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ОБУСЛАВЛИВАЕТ

- 1)+ денервация каротидного тельца
- 2) реперфузия головного мозга после устранения стеноза
- 3) раздражение подъязычного нерва
- 4) эмоциональный стресс

339. В КАЧЕСТВЕ НАЧАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ ультразвукового дуплексного сканирования
- 2) компьютерной ангиографии
- 3) магнитно-резонансной ангиографии
- 4) церебральной ангиографии

340. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОНМК В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ БАССЕЙНЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 10 часов
- 2) сутки
- 3) 30 минут
- 4) около 8 часов

341. РЕЖИМОМ МРТ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЗОН ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ (СИМПТОМ «ПЛОЩА») ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ FLAIR
- 2) DWI
- 3) T1
- 4) T2

342. РЕГИОНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ВО ВРЕМЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ПРИ

- 1)+ невозможности проведения интраоперационного мониторинга
- 2) выраженном неврологическом дефиците
- 3) детском возрасте пациента
- 4) высоком расположении деформации внутренней сонной артерии

343. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз
- 2) травма
- 3) тромбоз
- 4) диссекция

344. РИСКИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ПО SUNDT СОСТАВЛЯЮТ 7% ПРИ

- 1)+ соматических факторах риска
- 2) неосложненной каротидной эндартерэктомии
- 3) контралатеральной окклюзии/разомкнутом виллизиевом круге
- 4) острым периоде нарушения мозгового кровообращения

345. ПОКАЗАНИЕМ К КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кальцифицированная атеросклеротическая бляшка
- 2) рестеноз
- 3) стеноз брахиоцефального ствола
- 4) окклюзия внутренней сонной артерии

346. МОДИФИЦИРОВАННАЯ ШКАЛА РЭНКИН ВКЛЮЧАЕТ _____ СТЕПЕНЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

- 1)+ 5
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 8

347. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНО-ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНОЙ МЕТОДИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗ дуплексное исследование
- 2) транскраниальная ультразвуковая доплерография
- 3) прямая ангиография
- 4) МР-ангиография

348. К РАННИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ нестабильное артериальное давление
- 2) нарушение мозгового кровообращения
- 3) раневые осложнения
- 4) гиперперфузию

349. КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА У ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ с инсультом в развитии
- 2) со стенозом внутренней сонной артерии более 95%
- 3) со стенозом внутренней сонной артерии 65-85%
- 4) с малым инсультом 2х недельной давности

350. ФАКТОРОМ НЕ ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ степень стеноза
- 2) контралатеральная окклюзия
- 3) нестабильная неврологическая симптоматика
- 4) острый период нарушения мозгового кровообращения

351. КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНА БЕССИМПТОМНЫМ ПАЦИЕНТАМ СО СТЕНОЗАМИ ОТ 70 ДО 99%, ЕСЛИ ОПЕРАЦИОННЫЙ РИСК СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ____%

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 9

352. _____ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ

- 1)+ экстра-интракраниальный микрососудистый анастомоз
- 2) подключично-общесонное шунтирование
- 3) эндартерэктомия из устья позвоночной артерии
- 4) сонно-позвоночное шунтирование

353. ПРИ СОЗДАНИИ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ОБЕ ВЕТВИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ окклюзией М1 сегмента средней мозговой артерии
- 2) асимптомной окклюзией внутренней сонной артерии
- 3) окклюзией ветвей средней мозговой артерии 3-4 порядка
- 4) критическими стенозами внутренней сонной артерии в каменистом и супраклиноидном сегментах

354. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНО У СИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ БОЛЕЕ ____%

- 1)+ 60
- 2) 50
- 3) 40
- 4) 30

355. КОМБИНИРОВАННАЯ КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭВЕРСИОННОЙ

- 1)+ дополнительным разрезом стенки ОСА
- 2) отсечением НСА от бифуркации ОСА
- 3) вшиванием заплаты
- 4) вшиванием протеза ВСА

356. ТЯЖЕСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЦЕНИВАТЬ В ДИНАМИКЕ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ

- 1)+ NIHSS
- 2) шкала Рэнкина
- 3) ASPECTS
- 4) Хант-Хесс

357. К ВИДУ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ_____ ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ непрямая
- 2) прямая (классическая)
- 3) эверсионная
- 4) комбинированная

358. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ ОТ НАЧАЛА ПОСЛЕДНЕГО ЭПИЗОДА ОНМК ПРИ МАЛЫХ ИНСУЛЬТАХ И КОЛИЧЕСТВУ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ ИСХОДОВ ИНСУЛЬТОВ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЕ РЭНКИН НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 6

359. У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫБОРЕ ДОНОРСКОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ЖЕЛАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ теменную ветвь поверхностной височной артерии
- 2) лобную ветвь поверхностной височной артерии
- 3) предпочтительно использовать обе ветви поверхностной височной артерии
- 4) высоко поточный шунт

360. ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ОСЛОЖНЕНИЙ_____%

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 10

361. ОСНОВАТЕЛЕМ НАПРАВЛЕНИЯ ХИРУРГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В СССР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ А.В. Покровский
- 2) Ф.А. Сербиненко
- 3) А.Н. Коновалов
- 4) Ю.М. Филатов

362. К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАНИЕМ ЛОКАЛЬНОГО СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ 80%, С ГРУБЫМ ПЕРЕГИБОМ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ эверсионную эндартерэктомию из общей сонной артерии (по Де-Бейки)
- 2) этапные реконструкции на двух уровнях
- 3) протезирование сонных артерий
- 4) только прямую каротидную эндартерэктомию в области стеноза

363. СИНДРОМ ПОДКЛЮЧИЧНОГО-ПОЗВОНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ первого сегмента подключичной артерии
- 2) окклюзии общей сонной артерии 1А типа
- 3) окклюзии v4 сегмента позвоночной артерии
- 4) окклюзии общей сонной артерии 2 типа

364. В СЕРЕДИНЕ XX ВЕКА_____ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНИЛ КАРОТИДНУЮ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЮ

- 1)+ М. Де-Бейки
- 2) Г. Яшаргиль
- 3) У. Денди
- 4) А. Покровский

365. ДОПУСТИМЫМ ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА/ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КАРОТИДНЫХ ЭНДАРТЕКТОМИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛУЖИТ ПОРОГ ____%

- 1)+ 6
- 2) 7
- 3) 8
- 4) 9

366. ИССЛЕДОВАНИЕ _____ ПОКАЗАЛО, ЧТО ДАННЫЕ О ТОЛЩИНЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ СТЕНОК СОННЫХ АРТЕРИИ МОГУТ УЛУЧШИТЬ ОЦЕНКУ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1)+ ARIC
- 2) BACASS
- 3) SPACE
- 4) SAPPHIRE

367. ИНТРА-ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫЙ МИКРОСОСУДИСТЫЙ АНАСТОМОЗ ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНИЛ

- 1)+ Г.Яшаргиль
- 2) М. Де-Бейки
- 3) У. Денди
- 4) Х. Кушинг

368. МЕТОДОМ ЗАЩИТЫ МОЗГА ВО ВРЕМЯ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕЖАТИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутривенное введение атропина
- 2) временное внутрипросветное шунтирование
- 3) управляемая артериальная гипертензия
- 4) внутривенное введение тиопентала натрия

369. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст старше 70-ти лет
- 2) предшествующий инсульт или черепно-мозговая травма в течение 3-х месяцев
- 3) хирургическое вмешательство на головном или спинном мозге в анамнезе
- 4) геморрагический инсульт в анамнезе

370. СЛЕДСТВИЕМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ 1-ГО СЕГМЕНТА ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ онемение 1 и 2 пальца кисти
- 2) отсутствие пульса на лучевой артерии
- 3) разница в значениях артериального давления на левой и правой плечевых артериях
- 4) разница в температуре кожи на левой и правой руках

371. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асимптомная окклюзия внутренней сонной артерии
- 2) симптомный стеноз внутренней сонной артерии более 65%
- 3) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии более 80%
- 4) окклюзия общей сонной артерии 1а типа

372. В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ _____ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ РИСКОВ РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА

- 1)+ гипоплазия одной из позвоночных артерий
- 2) отсутствие передней соединительной артерии
- 3) трифуркация внутренней сонной артерии
- 4) тандемные стенозы внутренней сонной артерии

373. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пристеночный тромб
- 2) кальцинированность
- 3) гладкая поверхность
- 4) циркулярность расположения

374. ОКОЛО _____ ИНСУЛЬТОВ ЕЖЕГОДНО РЕГИСТРИРУЕТСЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- 1)+ 500 000
- 2) 300 000
- 3) 700 000
- 4) 600 000

375. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ РИСКОВ ПО SUNDT.T.M. _____ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ

- 1)+ курение
- 2) артериальная гипертензия
- 3) наличие тромба на поверхности атеросклеротической бляшки
- 4) ожирение III-IV стадии

376. КАКУЮ ВЕТВЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ ДОНОРСКОЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕАТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И МАЛЫМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ?

- 1)+ лобную, так как она больше по диаметру и имеет большие перспективы для увеличения объемных показателей кровотока в анастомозе на будущее
- 2) теменную, так как лобная ветвь принимает активное участие в формировании каротидно-офтальмического анастомоза у молодых
- 3) аутошунт для высокопоточкового микрососудистого анастомоза
- 4) создание микрососудистых анастомозов у таких пациентов неэффективно. Предпочтителен пожизненный прием двойной дезагрегантной терапии.

377. КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНА БЕССИМПТОМНЫМ ПАЦИЕНТАМ СО СТЕНОЗАМИ ОТ _____ %

- 1)+ 70
- 2) 80
- 3) 90
- 4) 60

378. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ВВЕДЕНИЕМ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В СОСУДИСТОМ РЕЖИМЕ (АРТЕРИАЛЬНАЯ ФАЗА) ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

- 1)+ конфигурацию артерии изнутри
- 2) конфигурацию артерии снаружи
- 3) плотность атеросклеротической бляшки
- 4) окружающие мягкие ткани

379. КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА СИМПТОМНЫМ ПАЦИЕНТАМ СО СТЕНОЗАМИ МЕНЕЕ _____ %

- 1)+ 50
- 2) 60
- 3) 70
- 4) 80

380. ДОПУСТИМЫМ ПОРОГОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ИНСУЛЬТА/ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ КАРОТИДНЫХ ЭНДАРТЕРАТОМИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С АСИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ_____%

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 5
- 4) 4

381. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ДЕНЕРВАЦИИ КАРОТИДНОГО ТЕЛЦА ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ

- 1)+ нестабильную гемодинамику
- 2) головную боль
- 3) боль в шее
- 4) потери сознания

382. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ПРОВЕДЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ У ПАЦИЕНТА С ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫМ КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ СРОК В

- 1)+ 3 месяца
- 2) 3 дня
- 3) 12 месяцев
- 4) 24 месяца

383. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ грубая моторная афазия
- 2) возраст старше 80 лет
- 3) возраст моложе 70 лет
- 4) отягощенный соматический статус

384. ХРОНИЧЕСКАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ за грудиной болью
- 2) транзиторными ишемическими атаками
- 3) головными болями
- 4) прогрессирующим неврологическим дефицитом

385. У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ С МОМЕНТА ПОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ ДОПУСТИМО ПРОВЕДЕНИЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ_____ЧАСОВ

- 1)+ 4,5
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 9

386. ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ ПАЦИЕНТАМ ДЛИТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИЕМ

- 1)+ антиагрегантов
- 2) гипокоагулянтов
- 3) антибиотиков
- 4) статинов

387. У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫБОРЕ ДОНОРСКОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ЖЕЛАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТЕМЕННУЮ ВЕТВЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ АРТЕРИИ С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ

- 1)+ лобной ветви
- 2) артерии с большим диаметром
- 3) артерии с большей длиной
- 4) артерии с меньшим током крови

388. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ МЕХАНИЗМОМ ФОРМИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение липидного обмена
- 2) длительная артериальная гипертензия
- 3) нарушение углеводного обмена
- 4) нарушение гормонального фона

389. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пролонгированность
- 2) изъязвление
- 3) кровоизлияние в бляшку
- 4) флотация интимы/пристеночный тромб

390. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ Рэнкина
- 2) NIHSS
- 3) ASPECTS
- 4) Спецлер-Мартин

391. В ФОРМИРОВАНИИ КАРОТИДНО-ОФТАЛЬМИЧЕСКОГО АНАСТОМОЗА УЧАСТВУЕТ

- 1)+ лобная ветвь поверхностной височной артерии
- 2) теменная ветвь поверхностной височной артерии
- 3) позвоночная артерия
- 4) задняя мозговая артерия

392. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАЧАЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА КТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ ASPECTS
- 2) NIHSS
- 3) Хант-Хесс
- 4) Сильвермана

393. КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕЙБЕЛЯ-ФИЛДСА ДЕФОРМАЦИЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОЦЕНИВАЕТ

- 1)+ форму деформации
- 2) грубую гемодинамическую значимость
- 3) наличие дисплазии
- 4) распространенность деформации

394. ОТСУТСТВИЕ ОБЕИХ ЗАДНИХ СОЕДИНИТЕЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

- 1)+ синкопальных состояний при запрокидывании головы назад
- 2) психических заболеваний
- 3) инфекции центральной нервной системы
- 4) подключично-позвоночного обкрадывания

395. ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ АСИМПТОМНЫХ СТЕНОЗОВ ДОПУСТИМЫЙ УРОВЕНЬ ОСЛОЖНЕНИЙ____%

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 10
- 4) 5

396. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ КАСАЛОСЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ?

- 1)+ ARUBA
- 2) ECST
- 3) GALA
- 4) NYCASS

397. ОПТИМАЛЬНЫ СРОКОМ СОЗДАНИЯ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТА С ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ СРОК В

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1 месяц
- 3) 36 месяцев
- 4) 3-6 дней

398. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ РИСКОВ ПО SUNDT.T.M. _____ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ

- 1)+ сахарный диабет второго типа
- 2) биологический возраст старше 75 лет
- 3) окклюзия контралатеральной внутренней сонной артерии
- 4) стеноз внутренней сонной артерии в сифоне

399. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 95% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК _____ СТЕНОЗ

- 1)+ критический
- 2) субкритический
- 3) выраженный
- 4) невыраженный

400. ПОКАЗАНИЕМ К РЕЗЕКЦИИ И РЕДРЕССАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СЛУЖИТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ клинической картины заболевания с признаками дисплазии и грубой гемодинамической значимостью деформации
- 2) общемозговой симптоматики без признаков дисплазии и умеренной гемодинамической значимостью
- 3) асимптомного течения без признаков дисплазии и без гемодинамической значимости
- 4) общемозговой симптоматики без признаков дисплазии и без гемодинамической значимости

401. ОТ ПОВТОРНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖАТЬСЯ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИ БЕССИМПТОМНЫХ БОЛЬНЫХ С РЕСТЕНОЗОМ СОННОЙ АРТЕРИИ МЕНЬШЕ _____%

- 1)+ 70
- 2) 85
- 3) 90
- 4) 95

402. У ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧШЕ, ПОТОМУ ЧТО

- 1)+ анастомоз функционирует и дает дополнительное питание головного мозга
- 2) операция позволяет снять внутричерепное давление
- 3) выполнялась трепанация черепа
- 4) проводилась терапия, улучшающая реологию

403. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СТЕНО-ОККЛЮЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ПОКАЗАНО У ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ с тотальной окклюзией сосуда (применительно к ВСА)
- 2) с параличом контралатерального гортанного нерва
- 3) со стенозами на уровне C1-C2 сегментов ВСА
- 4) с рестенозами после КЭА

404. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 75% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК_____ СТЕНОЗ

- 1)+ субкритический
- 2) критический
- 3) выраженный
- 4) невыраженный

405. ГЛАВНЫМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ДОСТУПЕ К СОННЫМ АРТЕРИЯМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лицевая вена, впадающая во внутреннюю яремную вену
- 2) подъязычный нерв
- 3) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- 4) блуждающий нерв

406. У ДЕТЕЙ ТЯЖЕСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОЦЕНИВАТЬ В ДИНАМИКЕ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ

- 1)+ PedNIHSS
- 2) Рэнкина
- 3) ASPECTS
- 4) Хант-Хесс

407. ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ ПЕРЕД ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ И ПРОДОЛЖАТЬСЯ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 1

408. СИСТЕМНАЯ РЕАКЦИЯ В ВИДЕ БРАДИКАРДИИ, НАБЛЮДАЕМАЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ СВЯЗАНА С

- 1)+ механическим раздражением блуждающего нерва
- 2) денервацией каротидного тельца
- 3) десимпатизацией сосудисто-нервного пучка
- 4) фармакологическими особенностями течения анестезии

409. СИНДРОМ ПОДКЛЮЧИЧНО-ПОЗВОНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1)+ прямая ангиография
- 2) транскраниальная ультразвуковая доплерография
- 3) МР-ангиография
- 4) СКТ-ангиография

410. СРЕДНЯЯ МОЗГОВАЯ АРТЕРИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ БАССЕЙНА_____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней сонной
- 2) позвоночной
- 3) подключичной
- 4) наружной сонной

411. У ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕПРЯМОГО МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧШЕ (ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА), ПОТОМУ ЧТО

- 1)+ успевает образоваться новая сосудистая сеть области ревакуляризации
- 2) происходит компенсация за счет цереброваскулярных резервов
- 3) происходит реканализация артерий
- 4) происходит частичный апоптоз клеток мозга

412. В МЕЖДУНАРОДНУЮ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА TOAST (ADAMS H.P. ET AL, 1993) НЕ ВХОДИТ ____ ИНСУЛЬТ

- 1)+ персистирующий
- 2) атеротромботический
- 3) кардиоэмболический
- 4) лакунарный

413. СРОКИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ГИПЕРПЕРФУЗИИ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЮТ _____ ДНЕЙ

- 1)+ 1-7
- 2) 8-10
- 3) 15-30
- 4) 10-14

414. В СИНДРОМ ГОРНЕРА НЕ ВХОДИТ

- 1)+ мидриаз
- 2) птоз
- 3) миоз
- 4) энофтальм

415. У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ УСТРАНЯТЬ СТЕНОЗ

- 1)+ сонных артерий
- 2) артерий нижних конечностей
- 3) нижних конечностей, стеноз сонных динамически наблюдать
- 4) сонных артерий и артерий нижних конечностей одновременно

416. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие асимметрии мозгового кровоснабжения
- 2) наличие окклюзии внутренней сонной артерии
- 3) инсульт в анамнезе
- 4) возраст моложе 50 лет

417. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 70% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК _____ СТЕНОЗ

- 1)+ субкритический
- 2) критический
- 3) выраженный
- 4) невыраженный

418. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ выявить развитие ишемии головного мозга
- 2) определить показания к установке временного внутрипросветного шунта
- 3) оценить функционирование временного внутрипросветного шунта
- 4) регистрировать микроэмболии во время операции

419. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ (БОЛЕЗНЬ ТАКАЯСУ) ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У _____ ЛЕТ

- 1)+ женщин 15-30
- 2) мужчин 15-30
- 3) женщин 30-50
- 4) мужчин 30-50

420. УРОВНЕМ РАСПОЛОЖЕНИЯ БИФУРКАЦИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ C3-C4
- 2) C2-C3
- 3) C5-C6
- 4) C6-C7

421. ВНУТРЕННЯЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ БАССЕЙНА _____ АРТЕРИИ

- 1)+ общей сонной
- 2) позвоночной
- 3) подключичной
- 4) наружной сонной

422. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ЛОКО-РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ возраст больного старше 70 лет, сопутствующую соматическую патологию
- 2) операции на позвоночных артериях, высокие патологические деформации
- 3) короткую, толстую шею больного в сочетании с высокой бифуркацией ОСА
- 4) выраженные признаки энцефалопатия (неадекватность, эмоциональная лабильность больного)

423. В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ _____ НЕ ПРОВОДЯТ

- 1)+ эндартерэктомию из устья позвоночной артерии
- 2) каротидную эндартерэктомию
- 3) пластику наружной сонной артерии
- 4) экстра-интракраниальный микрососудистый анастомоз

424. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ акалькулия
- 2) головокружение
- 3) нарушение зрительных функций
- 4) дизартрия

425. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМПЕНСАЦИИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВотоКА ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ тест Вада
- 2) проба Матаса
- 3) транскраниальная ультразвуковая доплерография
- 4) бифронтальная церебральная оксиметрия

426. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1)+ разомкнутый Виллизиев круг
- 2) глубину залегания артерии
- 3) глубину яремной вены
- 4) размеры щитовидной железы

427. ФОРМОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ W-образная извитость
- 2) С-образная извитость
- 3) S-образная извитость
- 4) петлеобразование

428. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКТ-АНГИОГРАФИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие заболеваний сердца
- 2) полиорганная недостаточность
- 3) почечная недостаточность
- 4) аллергическая реакция на йод

429. У ДЕТЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1)+ Рэнкина
- 2) PedNIHSS
- 3) ASPECTS
- 4) Спецлер-Мартин

430. СУММАРНОЕ ВРЕМЯ УСТАНОВКИ И УДАЛЕНИЯ ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ _____ МИНУТ

- 1)+ 6
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 12

431. СИНДРОМ ПОДКЛЮЧИЧНО-ПОЗВОНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- 1)+ ультразвуковое дуплексное сканирование
- 2) СКТ-ангиография
- 3) МР-ангиография
- 4) транскраниальная ультразвуковая доплерография

432. ПОВЕРХНОСТНАЯ ВИСОЧНАЯ АРТЕРИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ИЗ БАССЕЙНА _____ АРТЕРИИ

- 1)+ наружной сонной
- 2) внутренней сонной
- 3) подключичной
- 4) позвоночной

433. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАД ОБЩЕЙ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ меньшая частота развития синдрома гиперперфузии
- 2) ранняя диагностика развивающегося неврологического дефицита
- 3) возможность оперировать соматически более ослабленных пациентов
- 4) меньшая частота установки временного внутрипросветного шунта

434. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ЛОЦИРОВАНИИ КРОВОТОКА ПО СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДАТЧИКИ ЧАСТОТЫ _____ МГЦ

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 8
- 4) 16

435. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНСУЛЬТА ВО ВРЕМЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эмболия
- 2) диссекция сонных артерий
- 3) тромбоз зоны реконструкции
- 4) падение артериального давления

436. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ЛОКО-РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие возможности проведения интраоперационного нейромониторинга
- 2) операции на позвоночных артериях, высокие патологические деформации
- 3) наличие очаговой неврологической симптоматики (речевые расстройства, осложняющие контакт с больным)
- 4) детский возраст

437. В ФОРМИРОВАНИИ ЕСТЕСТВЕННОГО АНАСТОМОЗА МЕЖДУ НАРУЖНОЙ СОННОЙ И ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИЯМИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ _____АРТЕРИЯ

- 1)+ затылочная
- 2) верхнечелюстная
- 3) верхняя щитовидная
- 4) поверхностная височная

438. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ГИПЕРПЕРФУЗИИ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ транзиторную ишемическую атаку
- 2) эпилептический приступ
- 3) внутримозговое кровоизлияние
- 4) психические нарушения

439. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атаксия
- 2) акалькулия
- 3) агнозия
- 4) амнезия

440. ВО ВРЕМЯ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СИМПТОМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ПОДДЕРЖАНИЕМ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ НЕ НИЖЕ _____ ММ РТ.СТ

- 1)+ 140/90
- 2) 120/80
- 3) 220/90
- 4) 180/90

441. У ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЯМОГО МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧШЕ, ПОТОМУ ЧТО

- 1)+ анастомоз функционирует и дает дополнительное питание
- 2) операция позволяет снять внутричерепное давление
- 3) выполнялась трепанация черепа
- 4) проводилась терапия, улучшающая реологию

442. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 65% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК _____ СТЕНОЗ

- 1)+ выраженный
- 2) критический
- 3) субкритический
- 4) невыраженный

443. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 80% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК _____ СТЕНОЗ

- 1)+ критический
- 2) субкритический
- 3) выраженный
- 4) невыраженный

444. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ проба Матаса
- 2) тест Вада
- 3) проба Ромберга
- 4) тест Люшера

445. ОНЕМЕНИЕ В ОБЛАСТИ РАНЫ И ВОКРУГ УША ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ОБУСЛОВЛЕНО ДИСФУНКЦИЕЙ

- 1)+ большого ушного нерва
- 2) шейного сплетения
- 3) шейной петли
- 4) затылочного нерва

446. «КЛАССИЧЕСКОЙ» КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая
- 2) эверсионная
- 3) эндартерэктомия по Де-Бейки
- 4) комбинированная

447. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ЛОКО-РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ операции на позвоночных артериях, высокие патологические деформации
- 2) отсутствие возможности проведения интраоперационного нейромониторинга
- 3) возраст больного старше 70 лет
- 4) сопутствующую соматическую патологию

448. МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ комплексный
- 2) комбинированный
- 3) прямой
- 4) непрямой

449. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 100% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ окклюзия
- 2) субокклюзия
- 3) критический стеноз
- 4) субкритический стеноз

450. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ТАКТИКОЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УСТАНОВКА ШУНТА, ЕСЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ

- 1)+ линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии более 60% + контрлатеральная окклюзия ВСА
- 2) церебральной оксиметрии не более 10% + хороший ретроградный кровоток
- 3) церебральной оксиметрии около 5% + удовлетворительный ретроградный кровоток
- 4) линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии около 50% + удовлетворительный ретроградный кровоток

451. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

- 1)+ в течение суток не рекомендована транспортировка пациента, проведение внутримышечных инъекций, катетеризация центральных вен
- 2) лечение может проводиться в условиях обычной палаты клинического отделения
- 3) необходимо дополнительно назначать сосудорасширяющие препараты
- 4) не следует прекращать прием пероральных антиагрегантных и антикоагулянтных средств

452. ПРИ СТЕНО-ОККЛЮЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПОКАЗАНО У ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ с внутримозговым кровоизлиянием в сроки до 1 месяца
- 2) с параличом контралатерального гортанного нерва,
- 3) со стенозами на уровне C1-C2 сегментов ВСА
- 4) с рестенозами после КЭА

453. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ РЕКОНСТРУКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В СОЧЕТАНИИ С ВЫСОКИМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ БИФУРКАЦИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА УРОВНЕ С2 ПОЗВОНКА И ДИАМЕТРОМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО 7ММ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая каротидная эндартерэктомия
- 2) резекция внутренней сонной артерии с АСБ
- 3) эверсионная каротидная эндартерэктомия
- 4) протезирование ВСА

454. ПОКАЗАНИЕМ К ДИНАМИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ s-образной извитости внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 360см/сек, асимптомное течение
- 2) с-образной извитости с дивертикулами в стенке внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 190см/сек, асимптомное течение
- 3) s-образной извитости с перекрутом с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 240см/сек, острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне деформации
- 4) аневризмы экстракраниального отдела внутренней сонной артерии в сочетании с S-образной извитостью, асимптомное течение

455. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОДОЛЖЕНИЮ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОККЛЮЗИЯ

- 1)+ внутренней сонной артерии в остром периоде тяжелого острого нарушения мозгового кровообращения
- 2) внутренней сонной артерии с ишемическим инсультом от 3 до 12 месяцев с последующей прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 3) передней мозговой артерии и стенозом средней мозговой артерии с выраженной асимметрией перфузии более 40% и прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 4) внутренней сонной артерии с выраженной асимметрией перфузии более 30%, исчерпанными цереброваскулярными резервами, давностью инсульта от 3 до 15 месяцев

456. ПОКАЗАНИЕМ К ДИНАМИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ петлеобразования внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 180 см/сек, асимптомное течение
- 2) с-образной извитости с дивертикулами в стенке внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 190см/сек, асимптомное течение
- 3) s-образной извитости с перекрутом с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 240см/сек, острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне деформации
- 4) аневризмы экстракраниального отдела внутренней сонной артерии в сочетании с s-образной извитостью, асимптомное течение

457. ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПОРЯДКОМ ПЕРЕЖАТИЯ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наружная сонная артерия, внутренняя сонная артерия, общая сонная артерия
- 2) внутренняя сонная артерия, общая сонная артерия, наружная сонная артерия
- 3) внутренняя сонная артерия, наружная сонная артерия, общая сонная артерия
- 4) одновременное наложение клипс на все артерии

458. ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (СТЕНОЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО 85%, СТЕНОЗ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ДО 60%, НАЧАЛЬНЫЙ СТИЛ-СИНДРОМ)

- 1)+ первым этапом следует выполнение каротидной эндартерэктомии
- 2) первым этапом следует выполнение эндартерэктомии из устья позвоночной артерии
- 3) одномоментное выполнение эндартерэктомии из устья позвоночной артерии каротидной эндартерэктомии
- 4) операция не показана, динамическое наблюдение

459. ПОКАЗАНА НЕОТЛОЖНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ

- 1)+ транзиторной ишемической атаке/малом инсульте при наличии критического стеноза внутренней сонной артерии
- 2) острым клинически негрубым инсульте менее 6 часов с момента острого нарушения мозгового кровообращения со стенозом внутренней сонной артерии около 30%
- 3) острым нарушением мозгового кровообращения (на МРТ в режиме DWI –сформировавшийся полушарный инсульт), атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 90%
- 4) асимптомном атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 45%

460. СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI ВЫДЕЛЯЮТСЯ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1)+ прямой селективной ангиографии
- 2) компьютерно-томографической ангиографии
- 3) магнитно-резонансной томографии
- 4) позитронно-эмиссионной томографии

461. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80-ТИ ЛЕТ РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР ДОЛЖЕН ВЫПОЛНЯТЬ ТРОМБОЛИЗИСНУЮ ТЕРАПИЮ В КОЛИЧЕСТВЕ НЕ МЕНЕЕ ____ ОПЕРАЦИЙ В ГОД

- 1)+ 40
- 2) 100
- 3) 25
- 4) 75

462. АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ кальцинированными атеросклеротическими бляшками
- 2) рестенозом внутренней сонной артерии после предыдущего хирургического вмешательства
- 3) последствиями лучевой терапии органов шеи
- 4) интракраниальными стенозами

463. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ s-образной извитости внутренней сонной артерии со стептальным стенозом 3го типа по классификации метц с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 360см/сек, транзиторная ишемическая атака
- 2) s-образной извитости внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 360см/сек, асимптомное течение
- 3) петлеобразования внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 180см/сек, асимптомное течение
- 4) с-образной извитости внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 160см/сек

464. ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ(СТЕНОЗ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ДО 65%, СТЕНОЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО 85%)

- 1)+ первым этапом следует выполнять каротидную эндартерэктомию
- 2) первым этапом следует выполнять эндартерэктомию из устья позвоночной артерии
- 3) одномоментное выполнение эндартерэктомии из устья позвоночной артерии каротидной эндартерэктомии
- 4) операция не показана, динамическое наблюдение

465. РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подключично-общесонное шунтирование
- 2) пиальный синангиоз
- 3) энцефалодуроартериосинангиоз
- 4) экстра-интракраниальный микрососудистый анастомоз

466. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОДОЛЖЕНИЮ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ асимптомная окклюзия внутренней сонной артерии
- 2) окклюзия внутренней сонной артерии с ишемическим инсультом от 3 до 12 месяцев с последующей прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 3) окклюзия передней мозговой артерии и стенозом средней мозговой артерии с выраженной асимметрией перфузии более 40% и прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 4) окклюзия внутренней сонной артерии с выраженной асимметрией перфузии более 30%, исчерпанными цереброваскулярными резервами, давностью инсульта от 3 до 15 месяцев

467. ПАЦИЕНТЫ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОТКРЫТЫЕ ИЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТЕНОЗОВ ВСА, ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬ ТЕРАПИЮ, ПОДДЕРЖИВАЮЩУЮ

- 1)+ гипокоагуляцию
- 2) гиперкоагуляцию
- 3) гипертензию
- 4) гипотензию

468. ПРИ СОЧЕТАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СЛЕДУЕТ СПЕРВА ВЫПОЛНИТЬ ВЫКЛЮЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ, А ЗАТЕМ РЕКОНСТРУКЦИЮ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ

- 1)+ асимптомном стенозе внутренней сонной артерии около 70% + аневризма (более 5мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 2) асимптомном стенозе внутренней сонной артерии 55% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 3) атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 45% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 4) атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 35% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния

469. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОДОЛЖЕНИЮ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОККЛЮЗИЯ

- 1)+ внутренней сонной артерии с умеренной асимметрией перфузии (менее 20%) и давним нарушением мозгового кровообращения в анамнезе
- 2) внутренней сонной артерии с ишемическим инсультом от 3 до 12 месяцев с последующей прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 3) передней мозговой артерии и стенозом средней мозговой артерии с выраженной асимметрией перфузии более 40% и прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 4) внутренней сонной артерии с выраженной асимметрией перфузии более 30%, исчерпанными цереброваскулярными резервами, давностью инсульта от 3 до 15 месяцев

470. ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ КАМЕНИСТОГО И СУПРАКЛИНОИДНОГО СЕГМЕНТОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ БЛЯШКАМИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ двойную дезагрегантную терапию
- 2) ангиопластику и стентирование
- 3) эндоваскулярное удаление бляшки
- 4) удаление бляшки открытым способом

471. ВЫПОЛНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО У НЕВРОЛОГИЧЕСКИ БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 50
- 2) 70
- 3) 80
- 4) 40

472. ПРИ СОЧЕТАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СЛЕДУЕТ СПЕРВА ВЫПОЛНИТЬ ВЫКЛЮЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ, А ЗАТЕМ РЕКОНСТРУКЦИЮ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ

- 1)+ деформации ВСА + аневризма без субарахноидального кровоизлияния
- 2) асимптомного стеноза внутренней сонной артерии 55% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 3) атеросклеротического стеноза внутренней сонной артерии 45% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния
- 4) атеросклеротического стеноза внутренней сонной артерии 35% + аневризма (не более 5 мм) без субарахноидального кровоизлияния

473. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ РУТИННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ семейным отягощенным анамнезом среди ближайших родственников
- 2) инфекционными заболеваниями головного мозга
- 3) эпилепсией и с психическими расстройствами
- 4) дегенеративно-дистрофическими заболеваниями

474. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ аневризмы экстракраниального отдела внутренней сонной артерии в сочетании с s-образной извитостью, асимптомное течение
- 2) s-образной извитости внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 360 см/сек, асимптомное течение
- 3) петлеобразования внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 180 см/сек, асимптомное течение
- 4) с-образной извитости внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 160 см/сек

475. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ТАКТИКОЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УСТАНОВКА ШУНТА, ЕСЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ падение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии ниже 20 см/сек
- 2) снижение церебральной оксиметрии около 25% + удовлетворительный ретроградный кровоток
- 3) снижение церебральной оксиметрии около 5% + удовлетворительный ретроградный кровоток
- 4) снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии около 50% + удовлетворительный ретроградный кровоток

476. НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ВНУТРИПРОСВЕТНЫЙ ШУНТ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ЕСЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии около 50% + удовлетворительный ретроградный кровоток
- 2) падение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии ниже 20 см/сек
- 3) снижение церебральной оксиметрии более 20% + слабый ретроградный кровоток
- 4) снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии более 60% + контралатеральная окклюзия внутренней сонной артерии

477. АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ сочетании стеноза с патологической извитостью ВСА
- 2) рестенозе предыдущего хирургического вмешательства на органах шеи
- 3) лучевой терапии органов шеи
- 4) интракраниальных стенозах

478. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ с-образной извитости с дивертикулами в стенке внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 190 см/сек, асимптомное течение
- 2) s-образной извитости внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 360 см/сек, асимптомное течение
- 3) петлеобразования внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 180 см/сек, асимптомное течение
- 4) с-образной извитости внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 160 см/сек

479. ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ АНАЛИЗЕ ОСЛОЖНЕНИЙ УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ инсульт/летальность
- 2) инсульт/инфаркт
- 3) инсульт/раневые осложнения
- 4) инсульт/инфекционные осложнения

480. У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ УСТРАНЯТЬ СТЕНОЗ

- 1)+ сонных артерий
- 2) коронарных артерий
- 3) коронарных артерий, стеноз сонных динамически наблюдать
- 4) сонных и коронарных артерий одновременно

481. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 55% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ невыраженный стеноз
- 2) субокклюзия
- 3) критический стеноз
- 4) субкритический стеноз

482. ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ(АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ДО 90%, СТЕНОЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДО 70%, АСИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ)

- 1)+ первым этапом следует выполнять эндартерэктомию из устья позвоночной артерии
- 2) первым этапом следует выполнять каротидную эндартерэктомию
- 3) одномоментное выполнение эндартерэктомии из устья позвоночной артерии каротидной эндартерэктомии
- 4) операция не показана, динамическое наблюдение

483. ПРИ НАЛИЧИИ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА ТОЛЬКО ПРИ

- 1)+ наличии клинической картины заболевания, признаков дисплазии, грубой гемодинамической значимости
- 2) асимптомном течении, без признаков дисплазии, без гемодинамической значимости
- 3) наличии общемозговой симптоматики, без признаков дисплазии, без гемодинамической значимости
- 4) наличии общемозговой симптоматики, без признаков дисплазии и умеренной гемодинамической значимостью

484. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НЕ СЛЕДУЕТ УСТАНАВЛИВАТЬ ШУНТ, ЕСЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ снижение церебральной оксиметрии около 5% + удовлетворительный ретроградный кровоток
- 2) падение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии ниже 20см/сек
- 3) снижение церебральной оксиметрии более 20% + слабый ретроградный кровоток
- 4) снижение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии более 60% + контралатеральная окклюзия внутренней сонной артерии

485. НАЧАЛЬНОЕ СУЖЕНИЕ БИФУРКАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ СООТВЕТСТВУЕТ___ СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

486. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ S-образной извитости внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 160см/сек
- 2) S-образной извитости с дивертикулами в стенке внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 190см/сек, асимптомное течение
- 3) S-образной извитости с перекрутом с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 240см/сек, острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне деформации
- 4) аневризмах экстракраниального отдела внутренней сонной артерии в сочетании с S-образной извитостью, асимптомном течение

487. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ s-образной извитости с перекрутом с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 240см/сек, острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне деформации
- 2) s-образной извитости внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 360 см/сек, асимптомное течение
- 3) петлеобразования внутренней сонной артерии без дисплазии, с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 180 см/сек, асимптомное течение
- 4) с-образной извитости внутренней сонной артерии с гемодинамической значимостью (ЛСК) до 160см/сек

488. ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI ВЫДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО СТАДИЙ

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3

489. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ДЕНЕРВАЦИИ КАРОТИДНОГО ТЕЛЬЦА С 2-Х СТОРОН ПОСЛЕ КАРОТИДНЫХ ЭНДАРТЕРАТОМИЙ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ

- 1)+ нестабильную гемодинамику
- 2) головную боль
- 3) боль в шее
- 4) потерю сознания

490. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ РЕКОНСТРУКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КРИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА УСТЬЯ ПРАВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В СОЧЕТАНИИ С ГРУБОЙ С-ОБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ В ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ С ФОРМИРОВАНИЕМ СЕПТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эверсионная каротидная эндартерэктомия
- 2) прямая каротидная эндартерэктомия с вшиванием заплаты
- 3) прямая каротидная эндартерэктомия без вшивания заплаты
- 4) стентирование сонной артерии

491. ПОКАЗАНИЕМ К КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТЕНОЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ асимптомный; до 60%
- 2) асимптомный; до 85%
- 3) симптоматический; до 75%
- 4) асимптомный; до 99%

492. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ ТАКТИКОЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ УСТАНОВКА ШУНТА, ЕСЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ

- 1)+ церебральной оксиметрии более 20% + слабый ретроградный кровоток
- 2) церебральной оксиметрии не более 10% + хороший ретроградный кровоток
- 3) церебральной оксиметрии около 5% + удовлетворительный ретроградный кровоток
- 4) линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии около 50% + удовлетворительный ретроградный кровоток

493. ПРИ ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОКАЗАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия внутренней сонной артерии с ишемическим инсультом от 3 до 12 месяцев с последующей прогрессирующей хронической церебральной ишемией, которая проявляется частыми транзиторными ишемическими атаками
- 2) асимптомная окклюзия внутренней сонной артерии
- 3) асимптомная окклюзия средней мозговой артерии
- 4) окклюзия внутренней сонной артерии в остром периоде тяжелого острого нарушения мозгового кровообращения

494. ПОКАЗАНА СНАЧАЛА КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ

- 1)+ остром клинически негрубом инсульте менее 6 часов с момента острого нарушения мозгового кровообращения
- 2) малом инсульте при наличии критического стеноза внутренней сонной артерии
- 3) негрубом остром ишемическом инсульте (небольшой очаг на МРТ в режиме DWI), атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 90%
- 4) переходящем нарушении мозгового кровообращения, атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 95%

495. СУЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА 98% РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ субокклюзия
- 2) выраженный стеноз
- 3) критический стеноз
- 4) субкритический стеноз

496. ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ КАК МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К УСТАНОВКЕ ВРЕМЕННОГО ШУНТА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ падение системного артериального давления
- 2) падение значений церебральной оксиметрии
- 3) определение ретроградного кровотока
- 4) падение значений ЛСК по средней мозговой артерии

497. ПРИ СОЧЕТАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СЛЕДУЕТ СПЕРВА ВЫПОЛНИТЬ РЕКОНСТРУКЦИЮ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, А ЗАТЕМ ВЫКЛЮЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ ПРИ

- 1)+ симптоматическом стенозе внутренней сонной артерии 75% + аневризма без субарахноидального кровоизлияния
- 2) асимптомном стенозе внутренней сонной артерии около 55% + аневризма (более 5мм) с субарахноидальным кровоизлиянием
- 3) атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии 45% + аневризма (не более 5 мм) с субарахноидальным кровоизлиянием
- 4) асимптомном стенозе внутренней сонной артерии около 85% + аневризма с субарахноидальным кровоизлиянием

498. ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (СТЕНОЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ 60%, СТЕНОЗ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ДО 75%, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ)

- 1)+ следует выполнять эндартерэктомию из устья позвоночной артерии
- 2) следует выполнять каротидную эндартерэктомию
- 3) одномоментное выполнение эндартерэктомии из устья позвоночной артерии каротидной эндартерэктомии
- 4) операция не показана, динамическое наблюдение

499. ПОДШИВАНИЕ ВЕТВИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ К МЯГКОЙ ОБОЛОЧКЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ пиального синангиоза
- 2) миосинангиоза
- 3) дурального синангиоза
- 4) галеосинангиоза

500. СОЧЕТАНИЕ ДУРАЛЬНОЙ ИНВЕРСИИ С УКЛАДЫВАНИЕМ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ НА КОРУ И С ПОДШИВАНИЕМ АРТЕРИИ К ПИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ энцефало-дуро-мио-артериосинангиоза
- 2) энцефало-дуро-артериосинангиоза
- 3) энцефало-дуро-миосинангиоза
- 4) энцефало-артериосинангиоза

501. УКЛАДЫВАНИЕ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ НА КОРУ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ миосинангиоза
- 2) галеосинангиоза
- 3) дурального синангиоза
- 4) пиального синангиоза

502. К НАРУЖНОЙ ОБОЛОЧКЕ АРТЕРИИ (АДВЕНТИЦИИ) СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1)+ нервы и кровеносные сосуды, питающие стенку
- 2) гладкие мышечные клетки
- 3) наружную эластическую мембрану
- 4) подэндотелиальный слой

503. В ХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ

- 1)+ низкопоточные микрососудистые анастомозы чаще используются для увеличения объема имеющегося кровотока, а высокопоточные шунты – для его замещения
- 2) интра-интракраниальные микрососудистые анастомозы используются чаще, чем экстра-интракраниальные
- 3) при создании высокопоточного межартериального шунта используется поверхностная височная артерия
- 4) для создания низкопоточного микрососудистого анастомоза всегда необходимо выделять лучевую артерию

504. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ГРАФТАМИ ПРИ СОЗДАНИИ ВЫСОКОПОТОЧНОГО МЕЖАРТЕРИАЛЬНОГО ШУНТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ лучевая артерия, большая подкожная вена ноги
- 2) локтевая артерия, добавочная подкожная вена ноги
- 3) кубитальная вена, наружная грудная артерия
- 4) восходящая шейная артерия, наружная яремная вена

505. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИБЕГАЮТ К СОЗДАНИЮ ЭИКМА ПРИ АНЕВРИЗМАХ

- 1)+ средней мозговой артерии
- 2) передней соединительной артерии
- 3) задней нижней мозжечковой артерии
- 4) перикаллезной артерии

506. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ БАЗАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОМ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ птериональный доступ и его модификации
- 2) межполушарный доступ
- 3) срединный субокципитальный
- 4) субвисочный

507. ОККЛЮЗИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В СОЧЕТАНИИ С УМЕНЬШЕНИЕМ ИНТЕНСИВНОСТИ БАЗАЛЬНОЙ СЕТИ КОЛЛАТЕРАЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕМ СПОНТАННЫХ АНАСТОМОЗОВ ИЗ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ СООТВЕТСТВУЕТ___ СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

508. УКЛАДЫВАНИЕ НАДКОСТНИЦЫ НА КОРУ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ галеосинангиоза
- 2) миосинангиоза
- 3) дурального синангиоза
- 4) пиального синангиоза

509. ПРИМЕРОМ ИНТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анастомоз между А2-А2 сегментами передних мозговых артерий «бок-в-бок»
- 2) поверхностная височная артерия – средняя мозговая артерия «конец-в-бок»
- 3) наружная сонная артерия – средняя мозговая артерия с применением графта
- 4) затылочная артерия – задняя нижняя мозжечковая артерия

510. ПРИ ПТЕРИОНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОРИДОР ЛЕЖИТ ВДОЛЬ

- 1)+ основания передней черепной ямки и гребня клиновидной кости
- 2) основания средней черепной ямки
- 3) крыши орбиты
- 4) основания скуловой дуги

511. СОСУДИСТЫЕ СТЕНКИ СШИВАЕМЫХ СОСУДОВ ПРИ ПРАВИЛЬНО НАЛОЖЕННОМ МИКРОСОСУДИСТОМ ШВЕ

- 1)+ должны лишь плотно соприкасаться
- 2) должны перекрывать друг друга
- 3) имеют между собой просвет 0,5-1,0 мм
- 4) имеют между собой просвет 1,0-1,5 мм

512. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКА С АВМ В ОБЛАСТИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ИЗВИЛИН ФИСТУЛЬНОГО ТИПА С РЕЦИДИВНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярная эмболизация
- 2) микрохирургическое удаление АВМ
- 3) комбинированное лечение (удаление после эмболизации)
- 4) радиохирургия

513. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ И НАДЕЖНЫМ СПОСОБОМ ИЗМЕРЕНИЯ ВЧД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ интрапаренхиматозный датчик ВЧД
- 2) наружный вентрикулярный дренаж
- 3) папилометрия
- 4) транскраниальная доплерография

514. УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ САК ПОСЛЕ УСТАНОВКИ НАРУЖНОГО ВЕНТРИКУЛЯРНОГО ДРЕНАЖА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прогностическим признаком более благоприятного исхода операции
- 2) противопоказанием к хирургическому вмешательству
- 3) диагностическим критерием для проведения эндоваскулярного лечения
- 4) показанием к шунтирующей операции

515. ПРИ НАЛОЖЕНИИ МИКРОСОСУДИСТОГО ШВА (ЭКИМА) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ НИТЬ С ____ ИГЛОЙ

- 1)+ колющей
- 2) шпательной
- 3) режущей
- 4) тупоконечной

516. ОККЛЮЗИЯ ВСЕХ ОСНОВНЫХ АРТЕРИЙ ИЗ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В СОЧЕТАНИИ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ УМЕНЬШЕНИЕМ ИНТЕНСИВНОСТИ БАЗАЛЬНОЙ СЕТИ КОЛЛАТЕРАЛЕЙ И ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ УСИЛЕНИЕМ СПОНТАННЫХ АНАСТОМОЗОВ ИЗ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 3

517. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В НЕЙРОХИРУРГИИ ТИПОМ МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «Конец-в-бок»
- 2) «Конец-в-конец»
- 3) «Бок-в-бок»
- 4) анастомоз с использованием синтетического графта

518. ИНВЕРТИРОВАНИЕ РАССЕЧЕННОЙ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПОД КРАЯ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ дурального синангиоза
- 2) галеосинангиоза
- 3) миосинангиоза
- 4) пиального синангиоза

519. СОЧЕТАНИЕ ДУРАЛЬНОЙ ИНВЕРСИИ С УКЛАДЫВАНИЕМ НАДКОСТНИЦЫ НА КОРУ ГОЛОВНОГО МОЗГА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ энцефало-дуро-галеосинангиоза
- 2) энцефало-дуро-артериосинангиоза
- 3) энцефало-галео-миосинангиоза
- 4) энцефало-артериосинангиоза

520. ДЛЯ СИНДРОМА МОЙЯ-МОЙЯ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие причинного заболевания
- 2) отсутствие выявленной причины
- 3) типичное двустороннее поражение
- 4) отсутствие эффекта хирургического лечения

521. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С АВМ В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ХВОСТАТОГО ЯДРА С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В АНАМНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радиохирургическое лечение
- 2) комбинированное лечение (удаление после эмболизации)
- 3) наблюдение
- 4) эндоваскулярная эмболизация

522. ПОЛНОЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ КОНТРАСТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ ИЗ СИСТЕМЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, РЕГРЕСС БАЗАЛЬНОЙ СЕТИ КОЛЛАТЕРАЛЕЙ, КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ТОЛЬКО ЗА СЧЕТ НАРУЖНЫХ СОННЫХ И ЗАДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3

523. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБАМ СНИЖЕНИЯ ВЧД ОТНОСЯТ

- 1)+ осмодиуретики, наружный дренаж, декомпрессионную краниотомию
- 2) барбитураты, наружный дренаж, гипотермию
- 3) миорелаксанты, гипотермию, маннитол
- 4) осмодиуретики, барбитураты, декомпрессионную краниотомию

524. К НЕДОСТАТКАМ ВЕНОЗНОГО ГРАФТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ клапанная структура
- 2) предрасположенность к спазмированию
- 3) меньший объем кровотока, чем артерия
- 4) более короткий графт, чем артерия

525. ФАКТОРОМ РИСКА ПОВТОРНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ПОДКОРКОВОЙ АВМ ПОМИМО ДИФФУЗНОГО СТРОЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отток в глубинные вены
- 2) отток в вены коры
- 3) многоканальное кровоснабжение
- 4) извитая дренажная вена

526. ПРИ СОЗДАНИИ АНАСТОМОЗА ТИПА ЭИКМА В СОСУДИСТОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ

- 1)+ 7/0-12/0
- 2) 3/0-5/0
- 3) 1/0-3/0
- 4) 4/0-7/0

527. ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПОНИМАЮТ

- 1)+ сочетание прямых анастомозов с непрямыми синангиозами
- 2) создание нескольких экстра-интракраниальных анастомозов
- 3) сочетание хирургических методов лечения с консервативными
- 4) выполнение нескольких хирургических вмешательств в различные промежутки времени

528. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБИРОВАНИЯ МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ ацетилсалициловую кислоту
- 2) ривароксабан
- 3) тикагрелор
- 4) низкомолекулярные гепарины

529. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗРЫВА АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОМИМО КРОВОИЗЛИЯНИЙ В АНАМНЕЗЕ, ГЛУБИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ молодой возраст
- 2) возраст старше 50 лет
- 3) многоканальное кровоснабжение
- 4) гипертоническую болезнь

530. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ВЫСОКОПОТОЧНОГО МЕЖАРТЕРИАЛЬНОГО ШУНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ СОЗДАЕТСЯ АНАСТОМОЗОВ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

531. ПРИ СОЗДАНИИ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОАНАСТОМОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ СЕГМЕНТ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ M4
- 2) M2
- 3) M3
- 4) M1

532. ВЫСОКОПОТОЧНЫЙ МЕЖАРТЕРИАЛЬНЫЙ ШУНТ В СРЕДНЕМ ДОЛЖЕН ОБЕСПЕЧИВАТЬ МИНУТНЫЙ КРОВОТОК СО СКОРОСТЬЮ _____ МЛ/МИН

- 1)+ 60-120
- 2) 10-30
- 3) 5-15
- 4) 20-60

533. ДЛЯ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫМ АНГИОГРАФИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стеноз бифуркации общей сонной артерии
- 2) стеноз бифуркации внутренней сонной артерии
- 3) окклюзия средней мозговой артерии
- 4) аномальная сосудистая сеть на основании головного мозга

534. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С БОЛЬШОЙ АВМ ПРАВОЙ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ, КРОВΟΣНАБЖАЕМОЙ ИЗ ВЕТВЕЙ СМА И ЗМА, С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В АНАМНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ комбинированное лечение (удаление после эмболизации)
- 2) радиохирургия
- 3) наблюдение
- 4) эндоваскулярная эмболизация

535. ПРИ АНЕВРИЗМАХ ОФТАЛЬМИЧЕСКОГО СЕГМЕНТА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ЭТАПОМ ДОСТУПА К АНЕВРИЗМУ ЯВЛЯЕТСЯ ИНТРАДУРАЛЬНАЯ ИЛИ ЭКСТРАДУРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ

- 1)+ переднего наклоненного отростка
- 2) заднего наклоненного отростка
- 3) скулового отростка
- 4) крыши орбиты

536. ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМА ПЕРИКАЛЛЕЗНОЙ АРТЕРИИ СТАНДАРТНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ межполушарный
- 2) птериональный
- 3) транскаллезный
- 4) трансхороидальный

537. СОЧЕТАНИЕ ДУРАЛЬНОЙ ИНВЕРСИИ С ПОДШИВАНИЕМ АРТЕРИИ К ПИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ энцефало-дуро-артериосинангиоза
- 2) энцефало-дуро-миосинангиоза
- 3) энцефало-дуросинангиоза
- 4) энцефало-артериосинангиоза

538. ПРОХОДИМОСТЬ МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ПРОВЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ контактной доплерографии
- 2) дуплексной доплерографии
- 3) ЭХО-кардиографии
- 4) электромагнитной флоуметрии

539. БОЛЕЗНЬ МОЙЯ-МОЙЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНА В

- 1)+ Азии
- 2) Африке
- 3) Америке
- 4) Европе

540. НАЧАЛЬНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ РАСШИРЕННЫХ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НА ОСНОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

541. СОЧЕТАНИЕ ДУРАЛЬНОЙ ИНВЕРСИИ С УКЛАДЫВАНИЕМ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ НА КОРУ ГОЛОВНОГО МОЗГА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ энцефало-дура-миосинангиоза
- 2) энцефало-дура-артериосинангиоза
- 3) энцефало-дуросинангиоза
- 4) энцефало-артериосинангиоза

542. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевой
- 3) консервативный
- 4) динамическое наблюдение

543. ОСНОВНЫМИ ВЕТВЯМИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ лобная и теменная
- 2) скуловая и лобная
- 3) щечная и скуловая
- 4) теменная и височная

544. ПРИ ПТЕРИОНАЛЬНОМ ДОСТУПЕ КЛЮЧЕВОЙ ТОЧКОЙ (МЕСТО ТРЕФИНАЦИОННОГО ОТВЕРСТИЯ) ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

- 1)+ основание скулового отростка лобной кости
- 2) основание лобного отростка скуловой кости
- 3) тоже, что птерион
- 4) лобный бугор

545. ИСТОРИЧЕСКИ СЛОЖИЛОСЬ, ЧТО ПЕРВЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ПРИ ГИГАНТСКИХ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМАХ БЫЛИ

- 1)+ деконструктивные операции
- 2) реконструктивные операции
- 3) реваскуляризирующие операции
- 4) трансплантации

546. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СУЖЕНИЕ СРЕДНИХ И ПЕРЕДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ В СОЧЕТАНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕТЬЮ РАСШИРЕННЫХ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НА ОСНОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ПО SUZUKI

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

547. ХИРУРГИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НЕПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ широкопрофильные анастомозы
- 2) экстра-интракраниальные микроанастомозы
- 3) не прямые синангиозы
- 4) множественные трепанационные отверстия

548. ПРИ СОЗДАНИИ АНАСТОМОЗА МЕЖДУ ПОВЕРХНОСТНОЙ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ И СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ КРАНИОТОМИЯ

- 1)+ птериональная
- 2) орбито-зигматическая
- 3) подвисочная
- 4) межполушарная

549. В КАЧЕСТВЕ ПАЛЛИАТИВНОГО МЕТОДА ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИМЕНИМА ПРИ КРУПНЫХ, НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ, УМЕНЬШЕНИИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, А ТАКЖЕ

- 1)+ для профилактики эпилептических приступов
- 2) для лечения гипертонической болезни
- 3) с целью профилактики разрастания АВМ
- 4) после радиохирургического лечения

550. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМАХ ДЛЯ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕДНЕГО НАКЛОНЕННОГО ОТРОСТКА ПРИМЕНЯЕМЫМ ИНСТРУМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ краниотом с алмазным бором
- 2) ультразвуковой деструктор
- 3) кусачки листона
- 4) кусачки люэра

551. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ НА АВМ РАЗРЕЗ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ широко, над всей площадью краниотомии
- 2) в области основных афферентов
- 3) в зависимости от расположения дренажной вены
- 4) в каждом случае индивидуально

552. ШИРОКАЯ КРАНИОТОМИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ АВМ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ конвексально расположенным АВМ
- 2) глубинно расположенных АВМ
- 3) АВМ задней черепной ямки
- 4) всех АВМ Spetzler-Martin III и выше

553. ДОКАЗАНО, ЧТО РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АВМ НА УСТАНОВКЕ «ГАММА-НОЖ» ЭФФЕКТИВНО В ОТНОШЕНИИ

- 1)+ малых АВМ (до 3 см)
- 2) средних АВМ (до 6 см)
- 3) малых и среднего размера АВМ
- 4) любых компактных АВМ Spetzler-Martin I-II

554. В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЬШИМИ (НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМИ) АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРОВОДИТСЯ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КОТОРОЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ выключении фистулезной части АВМ
- 2) выключении корковых афферентов
- 3) контроле АД
- 4) комбинированном лечении АВМ

555. К ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ МЕТОДАМ ОЦЕНКИ КРОВОТОКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АНЕВРИЗМАХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ ультразвуковую флуометрию
- 2) венографию
- 3) транскраниальную доплерографию
- 4) дуплексное ангиосканирование

556. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С САК ИЗ АНЕВРИЗМЫ В РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ включение аневризмы и сохранение беременности
- 2) выключение аневризмы с последующим прерыванием беременности
- 3) выключение аневризмы с одномоментным прерыванием беременности
- 4) консервативная терапия

557. ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПИТАЮЩИХ И ДРЕНИРУЮЩИХ СОСУДОВ АВМ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ контактную доплерографию
- 2) дуплексную УЗДГ
- 3) КТ-ангиографию
- 4) ЭКоГ

558. ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛЬНОГО АНГИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ составляет от 6 до 12 месяцев
- 2) необходимо ежемесячно
- 3) проводится каждые 3 месяца
- 4) проводится каждые 3 года

559. В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ КАВЕРНОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ обсудить показания к лечению каждой из каверном
- 2) предложить многоэтапное удаление всех операбельных каверном (за исключением каверном IV типа)
- 3) воздержаться от хирургического лечения в связи с плохим прогнозом течения заболевания
- 4) облучение всего головного мозга для профилактики роста каверном и их новообразования

560. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ НАПРЯЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДОСТУПЕ К ОСНОВАНИЮ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ осмодиуретики
- 2) умеренную гипотермию
- 3) широкую трепанцию черепа
- 4) ингаляционный наркоз

561. КАВЕРНОМЫ И ГЕМАТОМЫ СТВОЛА И ДРУГИХ ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗОН ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УДАЛЯТЬ

- 1)+ путем кускования
- 2) одним блоком
- 3) с помощью ультразвукового аспиратора
- 4) пункционно

562. К МЕТОДИКАМ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ МОЗГА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМАХ ОТНОСЯТ

- 1)+ умеренную гипотермию
- 2) умеренную гиперкапнию
- 3) умеренную гемодилюцию
- 4) гипероксигенацию

563. ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ГИГАНТСКИХ ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диссекция сильвиевой щели
- 2) выделение поверхностной височной артерии
- 3) вскрытие lamina terminalis
- 4) катетеризация желудочка мозга

564. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИ

- 1)+ аневризмах ПМА-ПСА и СМА
- 2) аневризмах кавернозного сегмента ВСА
- 3) аневризмах базилярной артерии
- 4) фузиформных аневризмах позвоночной артерии

565. ПАРАКЛИНОИДНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ВСА ОТНОСЕННЫМИ К ПЕРЕХОДНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ аневризмы, распространяющиеся на кавернозный отдел ВСА
- 2) аневризмы с шейкой более 15 мм
- 3) аневризмы, включающие бифуркацию ВСА
- 4) фузиформные аневризмы ВСА в любом из отделов

566. ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КАВЕРНОМЫ МОСТА И IV ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субокципитальный
- 2) субвисочный
- 3) ретросигмовидный
- 4) супрацерепеллярный

567. РЕДКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГИГАНТСКИХ ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМАХ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ В СЕБЯ БОЛИ И ОНЕМЕНИЕ В ЛИЦЕ В СОЧЕТАНИИ С ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМОМ

- 1)+ кавернозного синуса
- 2) верхней глазничной щели
- 3) Градениго
- 4) Джексона

568. ДЛЯ ПОДХОДА К ГИГАНТСКОЙ ПАРАКЛИНОИДНОЙ АНЕВРИЗМЕ ВСА ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДОСТУП

- 1)+ птериональный
- 2) транспальпебральный
- 3) подвисочный
- 4) межполушарный

569. ПОЭТАПНОЕ (МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ сочетании аневризм каротидного бассейна с ВББ
- 2) всех случаях множественных аневризм
- 3) аневризмах кавернозных сегментов ВСА
- 4) аневризмах ветвей ПМА и СМА

570. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИ

- 1)+ аневризмах вертебро-базилярного бассейна
- 2) аневризмах ветвей ПМА
- 3) аневризмах СМА
- 4) периферических аневризмах

571. МЕТОДИКА ВНУТРИСОСУДИСТОЙ АСПИРАЦИИ КРОВИ НА ШЕЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМАХ ВСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ релаксации и выделения аневризмы
- 2) временного выключения кровотока
- 3) подхода к зрительному нерву
- 4) клиноидэктомии

572. МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ АВМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ В

- 1)+ среднем мозге
- 2) мозолистом теле
- 3) парагиппокампальной извилине
- 4) левой лобной доле

573. СЛОЖНОСТИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ ПАРАКЛИНОИДНОЙ АНЕВРИЗМЫ ВСА СВЯЗАНЫ С

- 1)+ ограниченной визуализацией шейки и необходимостью сохранения ветвей ВСА
- 2) отсутствием проксимального контроля
- 3) тромбированием аневризмы
- 4) зрительными нарушениями

574. МЕЖЪЯДЕРНАЯ ОФТАЛЬМОПЛЕГИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАВЕРНОМЫ СТВОЛА МОЗГА ЧЕРЕЗ ДНО IV ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1)+ одного или обоих медиальных продольных пучков
- 2) ядра Даркшевича
- 3) вестибулярных ядер
- 4) задней нижней мозжечковой артерии

575. ПЕРВИЧНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ВСА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ эндоваскулярной реконструкции
- 2) эндоваскулярной деконструкции
- 3) эндоваскулярной окклюзии
- 4) клипирования с применением метода внутрисосудистой аспирации крови

576. РЕЗЕКЦИЯ ПЕРЕДНЕГО НАКЛОНЕННОГО ОТРОСТКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМАХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ обнажения проксимального отдела шейки аневризмы
- 2) мобилизации зрительного нерва
- 3) улучшения качества гемостаза
- 4) сохранения передней ворсинчатой артерии

577. ПОСТЛУЧЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИИ КАВЕРОМ ТИПИЧНО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ спустя несколько месяцев после процедуры
- 2) через месяц после процедуры
- 3) через 1-2 недели
- 4) крайне редко, их можно не учитывать при определении показаний к радиохирургии

578. К НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ микрохирургическое удаление
- 2) эндоваскулярную эмболизацию
- 3) радиохирургию
- 4) эмболизацию + радиохирургию

579. КОМБИНИРОВАННАЯ (ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ И МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ) ОПЕРАЦИЯ ПРИ АВМ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

- 1)+ кровоснабжении АВМ из разных сосудистых бассейнов
- 2) АВМ, распространяющихся на две и более доли
- 3) глубоких АВМ
- 4) тяжелом состоянии пациента

580. ВЫБОР МЕТОДА ВЫКЛЮЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ анатомо-топографическими особенностями и доступностью аневризмы
- 2) сроками беременности и состоянием плода
- 3) наличием микрохирургических инструментов
- 4) наличием эндоваскулярной операционной

581. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЬШОЙ АВМ ЛОБНО-ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ, БЕЗ ЯВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) радиохирургия
- 3) эндовазальная эмболизация
- 4) комбинированное лечение (удаление после эмболизации)

582. ДЛЯ ПОДХОДА К АНЕВРИЗМАМ ВЕРХУШКИ ОСНОВНОЙ АРТЕРИИ ТРАДИЦИОННО ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ДОСТУП

- 1)+ подвисочный
- 2) субфронтальный
- 3) срединный субокципитальный
- 4) супрацереллярный транстенториальный

583. ДОСТУПОМ, КОТОРЫЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДОСТУПА К АНЕВРИЗМАМ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретросигмовидный
- 2) субфронтальный
- 3) межполушарный
- 4) трансорбитальный

584. К ВИДАМ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГИГАНТСКИХ ПАРАКЛИНОИДНЫХ АНЕВРИЗМАХ ОТНОСЯТ

- 1)+ моторные вызванные потенциалы
- 2) электроэнцефалографию
- 3) электрокортикографию
- 4) контактную доплерографию

585. РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАВЕРНОМ

- 1)+ следует предлагать в случае повторных кровоизлияний из каверномы, расположенных в областях высокого хирургического риска
- 2) следует предлагать в случае частых повторных кровоизлияний из каверномы любой локализации
- 3) следует предлагать при наличии каверном, расположенных в областях высокого хирургического риска вне зависимости от симптоматики
- 4) признано неэффективным

586. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ КРУПНЫХ АНОМАЛЬНЫХ ВЕН В ОБЛАСТИ КАВЕРНОМЫ

- 1)+ следует стараться их максимально сохранить
- 2) следует их коагулировать, так как они часто являются причиной появления каверномы
- 3) необходимо выполнить их интраоперационную эмболизацию, так как большая часть венозной ангиомы может находиться вне зоны доступа
- 4) необходимо прекратить операцию и выполнить селективную ангиографию на предмет наличия артерио-венозного мальформации

587. ДИНАМИЧЕСКИЙ ОТСРОЧЕННЫЙ (от 1 до 5 лет) АНГИОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМ ПОКАЗАН С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ выявления аневризм de novo
- 2) контроля радикальности операции
- 3) диагностики атеросклеротического поражения сосудов головы
- 4) диагностики церебральной ангиопатии

588. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЬШОЙ АВМ ПОЛЮСА ПРАВОЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ (МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР 4 СМ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрохирургическое удаление АВМ
- 2) комбинированное лечение (удаление после эмболизации)
- 3) радиохирургия
- 4) наблюдение

589. В КАЧЕСТВЕ ДОНОРСКОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНОГО ШУНТА В СЛУЧАЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ БАССЕЙНА СМА ПРИ ТРЕППИНГЕ ГИГАНТСКОЙ ПАРАКЛИНОИДНОЙ АНЕВРИЗМЫ ВСА ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АРТЕРИЯ

- 1)+ лучевая
- 2) локтевая
- 3) поверхностная височная
- 4) наружная сонная

590. КОНТРОЛЬНОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ МРТ-ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАВЕРНОМЫ

- 1)+ следует выполнять через 3-4 месяца после операции
- 2) следует выполнять в первые 3 дня после операции
- 3) следует выполнять через 2-3 года после операции
- 4) в послеоперационном периоде не обязательно

591. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ БЕССИМПТОМНОЙ АНЕВРИЗМЫ РАЗВИЛКИ СМА РАЗМЕРОМ МЕНЕЕ 3 ММ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ наблюдение
- 2) эндоваскулярная окклюзия
- 3) микрохирургическое клипирование
- 4) назначение аспирина

592. ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ЭТАПОВ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ АВМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выключение питающих артерий, выделение клубка АВМ, выключение дренажных вен
- 2) выключение дренажных вен, выключение питающих артерий, выделение клубка АВМ
- 3) выключение питающих артерий, выключение дренажных вен, выделение клубка АВМ
- 4) выделение клубка АВМ, выключение питающих артерий

593. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА SPETZLER-MARTIN I-II, А ТАКЖЕ

- 1)+ в некоторых случаях Spetzler-Martin III
- 2) в некоторых случаях Spetzler-Martin IV
- 3) АВМ Spetzler-Martin IV-V, расположенных в мозжечке
- 4) АВМ Spetzler-Martin I-III, независимо от локализации

594. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА КВЕККЕНШТЕДТА ДЛЯ

- 1)+ оценки гемостаза
- 2) оценки проходимости субарахноидальных пространств
- 3) оценки постгеморрагической гидроцефалии
- 4) контроля надежности клипирования аневризмы

595. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАВЕРНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ножка мозга
- 2) центр Вернике
- 3) область вхождения задних корешков на грудном уровне
- 4) передняя центральная извилина

596. ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ BIS-мониторинга
- 2) вызванных моторных потенциалов
- 3) PbtO₂-мониторинга
- 4) мониторинга центрального венозного давления

597. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОЖЕНИИ «СИДЯ» ПРИ АВМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ улучшение венозного оттока и, как следствие, уменьшение напряжения клубка АВМ
- 2) лучшая демаркация АВМ в мозговой паренхиме
- 3) меньшие анестезиологические риски
- 4) возможность широкой краниотомии

598. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ОБЛЕГЧАЕТ УДАЛЕНИЕ АВМ ПРИ

- 1)+ эндоваскулярной окклюзии глубинных питающих артерий
- 2) локализации АВМ в области продолговатого мозга
- 3) облитерации узла АВМ более 30-50%
- 4) полном закрытии всех афферентных сосудов

599. ЛЕНТИКУЛО-СТРИАРНЫЕ АРТЕРИИ УЧАСТВУЮТ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ

- 1)+ внутренней капсулы
- 2) четверохолмия
- 3) ножки мозга
- 4) гипофиза

600. КРАЕВАЯ ДОЗА ОБЛУЧЕНИЯ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ 50-70% ОТ ДОЗЫ В ЦЕНТРЕ МИШЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ФАКТОРОМ В ЭФФЕКТИВНОМ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ АВМ, И СОСТАВЛЯЕТ (В ГР)

- 1)+ 20
- 2) 60
- 3) 2-5
- 4) 0,5

601. К ТИПИЧНОЙ МИШЕНИ ПРИ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ тело АВМ
- 2) клубок АВМ и питающие артерии
- 3) клубок АВМ, включая питающие артерии и основной дренаж
- 4) основной афферент и питаемый им компартмент АВМ

602. ДЛЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ СТРОЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рацемозный
- 2) кавернозный
- 3) склеротический
- 4) псевдопухолевый

603. ВЕНА ТРОЛДАРДА (ВЕРХНЯЯ АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ ВЕНА) ДРЕНИРУЕТ КРОВЬ ОТ

- 1)+ поверхностной среднемозговой вены
- 2) вен теменной области
- 3) вены Роландовой борозды
- 4) глубоких дренирующих вен

604. РЕЧЕВАЯ ЗОНА БРОКА КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ВЕТВЯМИ АРТЕРИИ

- 1)+ средней мозговой
- 2) передней мозговой
- 3) передней воспинчатой
- 4) перикаллезной

605. В ВЕНУ ЛАББЕ (НИЖНЮЮ АНАСТОМОТИЧЕСКУЮ ВЕНУ) ДРЕНИРУЕТСЯ

- 1)+ поверхностная среднемозговая вена
- 2) вены теменной области
- 3) вены Роландовой борозды
- 4) глубокие дренирующие вены

606. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ АВМ ЛОБНО-ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ СПРАВА (СПЕЦЛЕР-МАРТИН=4), ВЫЯВЛЕННОЙ У БОЛЬНОЙ 33 ЛЕТ ПРИ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ С ВЕЛОСИПЕДА, БУДЕТ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) радиохирургическое лечение
- 3) эмболизация основных афферентов и облучение
- 4) эмболизация доступных фрагментов с последующим наблюдением

607. ВЕНА ЛАББЕ (НИЖНЯЯ АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ ВЕНА) ВПАДАЕТ В

- 1)+ поперечный синус
- 2) верхний сагиттальный синус
- 3) каменистый синус
- 4) сигмовидный синус

608. СРЕДНЯЯ МОЗГОВАЯ АРТЕРИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТ БОЛЬШИЕ ПОЛУШАРИЯ И НАЧИНАЕТСЯ ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней сонной
- 2) офтальмической
- 3) основной
- 4) передней мозговой

609. К РЕДКИМ ВЕНОЗНЫМ АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ синус перикрания
- 2) артериовенозные мальформации
- 3) церебральные аневризмы
- 4) каверномы

610. БАЗАЛЬНАЯ ВЕНА РОЗЕНТАЛЯ ОГИБАЕТ СТОЛ МОЗГА В ОБВОДНОЙ ЦИСТЕРНЕ И ВПАДАЕТ В

- 1)+ вену Галена
- 2) внутреннюю вену мозга
- 3) сток синусов
- 4) прямой синус

611. ПЕРЕДНЯЯ ВОЗВРАТНАЯ АРТЕРИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТ

- 1)+ головку хвостатого ядра и переднее колено внутренней капсулы
- 2) сосудистое сплетение и заднее колено внутренней капсулы
- 3) гипофиз
- 4) хиазму и зрительные нервы

612. КЛИНИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВЛИЯЮЩИМ НА ТАКТИКУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АВМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие гемодинамических аневризм
- 2) наличие двух и более дренажных вен
- 3) сопутствующая гипертоническая болезнь
- 4) оценка по шкале Фишера

613. ОСТРОВКОВАЯ КОРА ПОЛУШАРИЙ МОЗГА КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ

- 1)+ ветвями М2 сегмента СМА
- 2) корковыми ветвями СМА
- 3) ветвями передней мозговой артерии
- 4) задней латеральной ворсинчатой артерией

614. ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕД УДАЛЕНИЕМ ИЛИ ОБЛУЧЕНИЕМ АВМ И ЭТО СВЯЗАНО С

- 1)+ низкой радикальностью эмболизации
- 2) высокой стоимостью эндоваскулярного лечения
- 3) низкой доступностью эндоваскулярных операций
- 4) безопасностью радиохирургического лечения

615. ФЕТАЛЬНЫЙ ТИП ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ОЗНАЧАЕТ

- 1)+ отхождение ствола ЗМА от ВСА
- 2) отхождение ЗМА от основной артерии
- 3) отхождение ЗМА от вертебральной артерии
- 4) аплазию ЗМА

616. ДЕКОНСТРУКЦИЮ МОЖНО ВЫПОЛНЯТЬ В _____ СЕГМЕНТЕ ЗАДНЕЙ НИЖНЕЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ теловелотонзиллярном
- 2) переднем медуллярном
- 3) латеральном медуллярном
- 4) теловеломедуллярном

617. ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КАВЕРНОЗНОЙ АНГИОМЫ, КОТОРАЯ СОЧЕТАЕТСЯ С ВЕНОЗНОЙ АНГИОМОЙ (ВА), РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ сохранить дренирующую вену ВА
- 2) скоагулировать дренирующую вену ВА
- 3) отказаться от операции ввиду высоких рисков
- 4) рекомендовать радиохирургию

618. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ, КОНВЕКСИТАЛЬНО ЛЕЖАЩЕЙ АВМ ПРАВОЙ ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ (СПЕЦЛЕР-МАРТИН=3), ВЫЯВЛЕННОЙ У БОЛЬНОГО 23 ЛЕТ ПОСЛЕ ЭПИПРИСТУПА, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ предоперационную эмболизацию и микрохирургическое удаление
- 2) эндоваскулярную эмболизацию и динамический контроль
- 3) эмболизацию и радиохирургию
- 4) динамическое наблюдение

619. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АВМ ЛЕВОЙ ГЕМИСФЕРЫ МОЗЖЕЧКА У ПАЦИЕНТКИ, 22 ЛЕТ, С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В АНАМНЕЗЕ (<10 СМЗ, СПЕЦЛЕР-МАРТИН=2) СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ микрохирургическое лечение
- 2) эндоваскулярную эмболизацию
- 3) комбинированное лечение (эмболизация и облучение)
- 4) радиохирургию

620. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АСИМПТОМНОЙ АВМ ЛЕВОЙ ГЕМИСФЕРЫ МОЗЖЕЧКА У ПАЦИЕНТА, 30 ЛЕТ, БЕЗ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В АНАМНЕЗЕ (>10 СМЗ, СПЕЦЛЕР-МАРТИН=3) СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) эмболизацию и удаление АВМ
- 3) эмболизацию и облучение
- 4) радиохирургическое лечение

621. СРЕДНЯЯ МОЗГОВАЯ АРТЕРИЯ ЛЕЖИТ В

- 1)+ боковой борозде мозга
- 2) центральной борозде мозга
- 3) верхней височной борозде
- 4) инсулярной борозде

622. ВЕНА ТРОЛЛА (ВЕРХНЯЯ АНАСТОМОТИЧЕСКАЯ ВЕНА) ВПАДАЕТ В

- 1)+ верхний сагиттальный синус
- 2) поперечный синус
- 3) синус-вену
- 4) сигмовидный синус

623. ПАЛЛИАТИВНАЯ ИЛИ НАПРАВЛЕННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ АВМ НЕ НАПРАВЛЕНА НА

- 1)+ полную эмболизацию АВМ
- 2) выключение фистул
- 3) окклюзию интранидальных аневризм
- 4) эмболизацию компартментов АВМ, ставших источником кровоизлияния

624. КРУПНАЯ ПАРАМЕДИАННАЯ БАЗАЛЬНАЯ ВЕНА, ИДУЩАЯ ВБЛИЗИ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ, ВПАДАЮЩАЯ В ВЕНУ ГАЛЕНА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ веной Розенталя
- 2) веной Лаббе
- 3) веной гиппокампа
- 4) медиальной височной веной

625. ВЕТВЬЮ БИФУРКАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОМИМО СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

- 1)+ передняя мозговая артерия
- 2) передняя ворсинчатая артерия
- 3) лентикulo-стриарные артерии
- 4) задняя мозговая артерия

626. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ артериальную гипертензию
- 2) кровоизлияния
- 3) постэмболизационную ишемию
- 4) вазогенный отек

627. К ТРАНЗИТНЫМ ПИТАЮЩИМ АРТЕРИЯМ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ОТНОСЯТ АРТЕРИИ

- 1)+ отдающие ветви на АВМ и мозговое вещество
- 2) лежащие в непосредственной близости от АВМ
- 3) контралатерального бассейна
- 4) проходящие сквозь клубок АВМ

628. ЗАДНЯЯ НИЖНЯЯ МОЗЖЕЧКОВАЯ АРТЕРИЯ ОБЫЧНО ОТХОДИТ ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ вертебральной
- 2) основной
- 3) верхней мозжечковой
- 4) затылочной

629. ЦЕЛЬЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выключение труднодоступных участков АВМ
- 2) оценка скорости шунтирования крови
- 3) изучение некомпактной части АВМ
- 4) окклюзия аневризм

630. БОЛЬШАЯ ВЕНА МОЗГА (ВЕНА ГАЛЕНА) ВПАДАЕТ В

- 1)+ прямой синус
- 2) внутреннюю вену мозга
- 3) поперечный синус
- 4) сток синусов

631. ЗАДНИЕ ТАЛАМОПЕРФОРИРУЮЩИЕ АРТЕРИИ ОТХОДЯТ ОТ

- 1)+ Р1 сегмента ЗМА
- 2) Р2 сегмента ЗМА
- 3) Р3 сегмента ЗМА
- 4) основной артерии

632. К РЕДКИМ АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ ПЕРСИСТИРУЮЩУЮ ПОДЪЯЗЫЧНУЮ АРТЕРИЮ (ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ АНАСТОМОЗ), КОТОРАЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1)+ шейного отдела ВСА
- 2) кавернозного отдела ВСА
- 3) задней мозговой артерии другой стороны
- 4) позвоночной артерии

633. К РЕДКИМ АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ ПЕРСИСТИРУЮЩУЮ ТРИГЕМИНАЛЬНУЮ АРТЕРИЮ, КОТОРАЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1)+ кавернозного отдела ВСА
- 2) задней мозговой артерии
- 3) задней соединительной артерии
- 4) супраклиноидного сегмента ВСА

634. ПРИ АВМ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (> 10 СМЗ) ПРОВОДИТСЯ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В НЕСКОЛЬКО ЭТАПОВ (СТАДИЙНАЯ РАДИОХИРУРГИЯ), КОТОРОЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1)+ облучение АВМ по фрагментам
- 2) облучение всей АВМ в несколько этапов субтотальной дозой
- 3) эмболизацию и облучение АВМ
- 4) облучение АВМ с прогрессирующим увеличением дозы

635. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АВМ ГЛУБИННЫХ ОТДЕЛОВ ЛЕВОЙ ГЕМИСФЕРЫ МОЗЖЕЧКА (ПАРАСТВОЛОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ) У ПАЦИЕНТА 25 ЛЕТ С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В АНАМНЕЗЕ (РАЗМЕР <3 СМ) СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ радиохирургическое лечение
- 2) частичную эмболизацию и облучение
- 3) предоперационную эмболизацию и удаление АВМ
- 4) динамическое наблюдение

636. ВЕНА ЛАББЕ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ поверхностным венам мозга
- 2) глубоким венам мозга
- 3) группе сильвиевых вен
- 4) притоку вены Галена

637. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ МАЛЕНЬКОЙ АВМ ОБЛАСТИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ (РАЗМЕР <3 СМ), БЕЗ РАЗРЫВА, БУДЕТ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) радиохирургия на аппарате «Гамма-нож»
- 3) стадийное облучение на аппарате «Кибер-нож»
- 4) частичная эмболизация с последующим облучением

638. К ЧИСЛУ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ вену Розенталя
- 2) поверхностную среднюю мозговую вену
- 3) сильвиевы вены
- 4) вену Лаббе

639. К ЧИСЛУ ЛУЧЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АВМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ радиоиндуцированные аневризмы
- 2) постлучевой некроз
- 3) лучевые кисты мозга
- 4) перифокальный отек

640. ЗАДНЯЯ МОЗГОВАЯ АРТЕРИЯ УЧАСТВУЕТ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ

- 1)+ заднемедиальных отделов височной доли
- 2) передних отделов височной доли
- 3) полюса височной доли
- 4) области брока

641. РАЗВИТИЕ ГЛУБОКОГО ГЕМИСИНДРОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА АНЕВРИЗМЕ СМА МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1)+ лентикуло-стриарных артерий
- 2) каллезно-маргинальной артерии
- 3) задней медиальной ворсинчатой артерии
- 4) непарной ПМА

642. ЗАДНЯЯ МОЗГОВАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЕЧНОЙ ВЕТВЬЮ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ основной
- 2) задней соединительной
- 3) внутренней сонной
- 4) вертебральной

643. ОПЕРКУЛЯРНАЯ КОРА КРОВΟΣНАБЖАЕТСЯ ВЕТВЯМИ

- 1)+ средней мозговой артерии
- 2) передней ворсинчатой артерии
- 3) передней мозговой артерии
- 4) перикаллезной артерии

644. К ЧИСЛУ ГЛУБОКИХ ВЕН ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ вену Троларда
- 2) внутреннюю вену мозга
- 3) вену Галена
- 4) верхние вены мозжечка

645. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ большой промежуток времени до достижения эффекта
- 2) высокая стоимость лечения
- 3) ограниченная доступность методики
- 4) технически сложное планирование лечения

646. ТИПИЧНО ДРЕНАЖНЫЕ ВЕНЫ, ОТВОДЯЩИЕ КРОВЬ ОТ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

- 1)+ расширены и извиты
- 2) утолщены
- 3) спазмированы
- 4) не изменены

647. ГРАНИЦЕЙ P1/2 СЕГМЕНТОВ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ СЛУЖИТ

- 1)+ задняя соединительная артерия
- 2) медиальная задняя ворсинчатая артерия
- 3) корешок лицевого нерва
- 4) наружный слуховой проход

648. ШПОРНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КОНЕЧНОЙ ВЕТВЬЮ

- 1)+ медиальной затылочной артерии
- 2) передней височной артерии
- 3) артерии валика мозолистого тела
- 4) P2 сегмента ЗМА

649. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АВМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ гемангиобластомой
- 2) венозной ангиомой
- 3) кавернозной ангиомой
- 4) геангиоперициомой

650. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДАВФ В ЛАТЕРАЛЬНОМ СИНУСЕ НЕОБХОДИМО

- 1)+ произвести суперселективную трансартериальную эмболизацию
- 2) перевязать затылочную артерию
- 3) выполнить скальпирование чешуи затылочной кости
- 4) окклюзировать синус на стороне фистулы микроспиралями

651. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ К ФАКТОРАМ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПРОРЫВА НОРМАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ глубокие расстройства механизмов ауторегуляции при выключении большого объема патологических сосудов
- 2) интраоперационный разрыв АВМ
- 3) падение артериального давления
- 4) подъем артериального давления

652. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ КАРОТИДНОУГУЛЯРНЫХ ФИСТУЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямое хирургическое разобщение соустья
- 2) эндоваскулярное разобщение с помощью микроспиралей
- 3) имплантация стент-графта на уровне фистулы
- 4) эмболизация соустья с помощью неадгезивной композиции

653. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫКЛЮЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ ВСА В КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия ВСА на уровне разрыва или установка стента-графта
- 2) окклюзия аневризмы микроспиральями со стент-ассистенцией
- 3) клипирование
- 4) треппинг ВСА на шее

654. ПРИ ТРАНСФЕМОРАЛЬНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ДОСТУПЕ САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование забрюшинной гематомы
- 2) формирование ложной аневризмы
- 3) травма бедренного нерва
- 4) тромбоз бедренной артерии

655. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ КЛЕЕВЫМИ КОМПОЗИЦИЯМИ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ

- 1)+ попадания эмболизирующего материала в дренажные вены
- 2) тотальной окклюзии узла АВМ
- 3) проксимальной окклюзии афферентных сосудов
- 4) падения АД

656. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ В ОБЛАСТИ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЕНИЕ АНГИОГРАФИИ

- 1)+ обеих внутренних и наружных сонных артерий
- 2) обеих внутренних сонных артерий, наружных сонных артерий, позвоночных артерий
- 3) внутренней и наружной сонных артерий на предполагаемой стороне поражения
- 4) внутренней сонной артерии, наружной сонной артерии и позвоночной артерии на предполагаемой стороне поражения

657. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АВМ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С АНЕВРИЗМАМИ НА АФФЕРЕНТНЫХ СОСУДАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия аневризм, затем эмболизация АВМ
- 2) эмболизация АВМ, затем окклюзия аневризм
- 3) эмболизация АВМ, аневризмы не окклюзировать
- 4) окклюзия аневризм без эмболизации АВМ

658. ПРИ АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА В СОЧЕТАНИИ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬЮ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярная операция, затем, в случае необходимости, ликворошунтирующая операция
- 2) ликворошунтирующая операция, затем эндоваскулярная операция
- 3) только эндоваскулярная операция
- 4) только ликворошунтирующая операция

659. ЛЕЧЕНИЕ АВМ БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ, ПРОЯВИВШИХСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ, ТРЕБУЕТ

- 1)+ только радиохирургии
- 2) только эндоваскулярной эмболизации
- 3) иссечения АВМ с предварительной эмболизацией клеевыми композициями
- 4) эмболизации АВМ с последующей радиохирургией

660. ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ ЭМБОЛИЗИРУЮЩЕГО МАТЕРИАЛА ПРИ АВМ СЛЕДУЕТ КАТЕТЕРИЗИРОВАТЬ

- 1)+ афферентный сосуд в непосредственной близости от узла АВМ
- 2) афферентный сосуд АВМ на отдалении от узла
- 3) дренажную вену АВМ
- 4) узел АВМ

661. АВМ СУБТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ высоким риском кровоизлияния
- 2) наличием значительного расширения дренажных вен
- 3) небольшим размером клубка
- 4) внутричерепной гипертензией

662. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженную сердечно-легочную недостаточность
- 2) дислокацию и вклинение головного мозга
- 3) быстрое прогрессирование гидроцефалии
- 4) паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние

663. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ микрокатетеры с отделяемым концевым отрезком
- 2) катетеры, используемые для проведения церебральной ангиографии
- 3) микрокатетеры, управляемые кровотоком
- 4) микрокатетеры, управляемые с помощью микропроводника

664. ПРИ АНГИОГРАФИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОМ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕМ КАРОТИДНО-ОФТАЛЬМИЧЕСКОМ АНАСТОМОЗЕ, ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВЕЙ НСА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЭМБОЛИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ СЛЕДУЕТ

- 1)+ окклюзировать ангилярную артерию и произвести суперселективную эмболизацию цианакрилатом
- 2) провести неселективную эмболизацию частицами размером 500 мкм
- 3) провести неселективную эмболизацию частицами размером 700 мкм
- 4) отказаться от дистальной эмболизации и окклюзировать только ствол внутренней челюстной и лицевой артерий микроспиральями

665. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ ДАВФ ВНЕ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ суперселективная эмболизация неадгезивной клеевой композицией
- 2) суперселективная этапная эмболизация цианакрилатами
- 3) эмболизация оболочечных ветвей твердыми частицами
- 4) суперселективная эмболизация цианакрилатами в сочетании с неселективной эмболизацией твердыми частицами

666. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЕ ВСА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

- 1)+ виллизиева круга
- 2) корковых анастомозов
- 3) каротидно-офтальмического анастомоза
- 4) вертебро-окципитального анастомоза

667. К ФАКТОРАМ УВЕЛИЧИВАЮЩИМ РИСК КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие интранидальных аневризм и аневризм на афферентных сосудах
- 2) большие размеры АВМ
- 3) гипертрофию приносящих сосудов
- 4) множество дренажных вен

668. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ ДОЛЖЕН УВЕЛИЧИТЬСЯ ПО СРАВНЕНИЮ С ИСХОДНЫМ НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ НА ____%

- 1)+ 25
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 35

669. РАСКРЫТИЕ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА МОЗГА ПЕРЕД ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ХИМИОПРЕПАРАТА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1)+ создания максимального насыщения препарата в опухоли и минимизации системного токсического эффекта
- 2) предотвращения развития отека мозга из-за токсического влияния химиопрепарата
- 3) минимизации токсического воздействия химиопрепарата на здоровую ткань мозга
- 4) максимального укорочения и оптимизации курса химиотерапии

670. ЗОНА КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ большую часть лобной, теменной, височной долей, передние отделы затылочной доли, базальные ганглии
- 2) базальные отделы коры большого полушария мозга, подкорковые ганглии и внутреннюю капсулу
- 3) затылочную и теменную доли и таламус
- 4) медиальные отделы лобной и теменной долей и мозолистое тело

671. В ПАТОГЕНЕЗЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1)+ внутричерепная венозная гипертензия
- 2) гидроцефалия
- 3) сердечно-легочная недостаточность
- 4) полиорганная недостаточность

672. ЗОНА КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ медиальные отделы лобной и теменной долей, мозолистое тело, базальные отделы лобной доли, передние отделы подкорковых ганглиев, переднее бедро внутренней капсулы
- 2) базальные отделы большого полушария мозга, подкорковые ганглии, внутреннюю капсулу и таламус
- 3) медиальные отделы лобной и теменной долей, мозолистое тело, базальные ганглии и таламус
- 4) конвексальную поверхность полушария мозга и средний мозг

673. АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С

- 1)+ гипоплазией и/или аплазией крупных венозных коллекторов головного мозга
- 2) кавернозной ангиомой
- 3) аневризмами на афферентных сосудах
- 4) гипоплазией соединительных артерий

674. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С КАВЕРНОМНОЙ ИБ ТИПА, 1,5 СМ В ДИАМЕТРЕ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ОБЛАСТИ ОСНОВАНИЯ МОСТА СЛЕВА, ДВАЖДЫ ПРОЯВИВШЕЙСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ, НА МОМЕНТ ОСМОТРА СИМПТОМАТИКИ НЕТ, ТО РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радиохирургическое лечение
- 2) наблюдение
- 3) хирургическое лечение
- 4) эмболизация клеевой композицией

675. ПРИ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ мультимодальную комбинированную терапию
- 2) только иссечение АВМ
- 3) только эндоваскулярную эмболизацию
- 4) только стереотаксическую радиохирургию

676. РИСК КРОВОИЗЛИЯНИЯ ИЗ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 2-4
- 2) 0
- 3) 5-8
- 4) 10

677. ТОТАЛЬНАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ АНГИОГРАФИЯ ЭТО АНГИОГРАФИЯ ОБЕИХ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ

- 1)+ и обеих позвоночных артерий
- 2) и левой позвоночной артерии
- 3) и обеих наружных сонных артерий
- 4) обеих наружных сонных артерий и левой позвоночной артерии

678. К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ возраст младше 18 лет
- 2) стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73м²
- 3) сахарный диабет
- 4) гиповолемия

679. НИЗКОПОТОЧНЫЙ МИКРОСОСУДИСТЫЙ АНАСТОМОЗ В СРЕДНЕМ ДОЛЖЕН ОБЕСПЕЧИВАТЬ МИНУТНЫЙ КРОВОТОК СО СКОРОСТЬЮ _____ МЛ/МИН

- 1)+ 20-50
- 2) 5-15
- 3) 50-75
- 4) 70-100

680. МУРАЛЬНЫЙ ТИП АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием единичных высоко поточных артерио-венозных шунтов
- 2) наличием множественных мелких артериовенозных шунтов
- 3) значительным расширением большой вены мозга
- 4) затрудненным венозным оттоком из полости черепа

681. ПРИ ДАВФ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ суперселективную эмболизацию
- 2) вентрикуло-атриальное шунтирование
- 3) вентрикуло-перитонеальное шунтирование
- 4) люмбо-перитонеальное шунтирование

682. ЦЕЛЬЮ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ ЯВЛЯЕТСЯ ОККЛЮЗИЯ

- 1)+ узла АВМ
- 2) афферентных сосудов
- 3) дренажных вен
- 4) тотальная афферентных сосудов, узла и дренажных вен АВМ

683. К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ применение изоосмолярных рентген контрастных препаратов
- 2) анемия
- 3) множественная миелома
- 4) хроническая сердечная недостаточность

684. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА АВМ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ПО ДАННЫМ

- 1)+ МРТ – ангиографии
- 2) ангиосцинтиграфии
- 3) СКТ – ангиографии
- 4) селективной церебральной ангиографии

685. ПРЯМОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ИССЕЧЕНИЕ АВМ ПОКАЗАНО ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АВМ

- 1)+ вне функционально важных зонах мозга
- 2) в глубинных структурах мозга
- 3) в желудочковой системе мозга
- 4) в области центральных извилин

686. КАКИЕ УЧАСТКИ МОЗГА КРОВΟΣНАБЖАЮТСЯ ВЕТВЯМИ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ?

- 1)+ большая часть затылочной доли, медио-базальные отделы височной доли, средний мозг, таламус
- 2) большая часть затылочной доли, медио-базальные отделы височной доли, средний мозг, таламус и мозолистое тело
- 3) затылочная, теменная доли, мозолистое тело, таламус и подкорковые ганглии
- 4) затылочная, теменная, височная доли и подкорковые ганглии

687. В СЛУЧАЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА СЛЕДУЕТ

- 1)+ блокировать гепарин, введенный в ходе операции, продолжить эмболизацию до остановки кровотечения, выполнить трепанацию черепа и удалить гематому, по возможности иссечь АВМ
- 2) продолжить эмболизацию АВМ
- 3) прекратить эмболизацию, блокировать гепарин, проводить интенсивную терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций организма
- 4) прекратить эмболизацию, блокировать гепарин, выполнить декомпрессивную трепанацию черепа

688. У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ АДЕКВАТНОЕ ВНУТРИВЕННОЕ ВОСПОЛНЕНИЕ ОБЪЕМА 0,9% ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ ХЛОРИДА НАТРИЯ СО СКОРОСТЬЮ _____ МЛ/КГ/Ч В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ ДО И ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ

- 1)+ 1,0-1,5; 6-12
- 2) 1,0-1,5; 3-6
- 3) 4,0-5,5; 6-12
- 4) 4,0-5,5; 3-6

689. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ АВМ ВЕНЫ ГАЛЕНА ХОРИОИДАЛЬНОГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эмболизация через доступные афферентные сосуды с последующей радиохирургией
- 2) эмболизация клеевыми композициями
- 3) клипирование афферентных сосудов
- 4) динамическое наблюдение

690. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ДЛЯ ДАВФ В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ застойные явления в орбите при отсутствии пульсирующего шума
- 2) пульсирующий шум над глазным яблоком при отсутствии застойных явлений в орбите
- 3) экзофтальм на стороне фистулы
- 4) интракраниальные кровоизлияния

691. АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ОТ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ОТЛИЧАЕТСЯ

- 1)+ наличием клубка патологических сосудов, в котором происходит шунтирование артериальной крови в венозную систему
- 2) выраженной гипертрофией афферентных сосудов
- 3) значительным расширением дренажных вен
- 4) отсутствием клубка патологических сосудов, в котором происходит шунтирование артериальной крови в венозную систему

692. ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ АВМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКУЛЯРНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ клеевые композиции
- 2) микроспирали
- 3) стенты
- 4) частицы ПВА

693. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТИПОМ НИЗКОПОТОЧНОГО ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА, ПРИМЕНЯЕМОГО В НЕЙРОХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поверхностная височная артерия – средняя мозговая артерия
- 2) наружная сонная артерия – средняя мозговая артерия
- 3) передняя мозговая артерия – передняя мозговая артерия
- 4) затылочная артерия – задняя нижняя мозжечковая артерия

694. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА (СЛУЧАЕВ) НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1-3
- 2) 5-8
- 3) 15-20
- 4) 10-12

695. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДАВФ В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансвенозная окклюзия заинтересованного синуса
- 2) трансартериальная неселективная эмболизация частицами ПВА ветвей НСА
- 3) суперселективная эмболизация оболочечных ветвей НСА цианакрилатами и радиохирургия
- 4) суперселективная эмболизация оболочечных ветвей НСА неадгезивной клеевой композицией

696. КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ВОЗНИКАЕТ В___% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 57,3
- 2) 7,5
- 3) 14
- 4) 26,1

697. ДЛЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ АВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ГЛУБИННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО _____ ИНТРАКРАНИАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ

- 1)+ паренхиматозно-вентрикулярное
- 2) субарахноидальное
- 3) паренхиматозное
- 4) паренхиматозно-субарахноидальное

698. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЕ ВСА НЕОБХОДИМО

- 1)+ наложить ЭИКМА и окклюзировать ВСА на уровне ложной аневризмы
- 2) клипировать супраклиноидный отдел ВСА
- 3) клипировать аневризму
- 4) перевязать ВСА на шее

699. ДЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРЯМЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛАХ ДОПУСТИМЫ ПРИ

- 1)+ длительном существовании фистулы с высоким объемом артерио-венозного шунтирования, обуславливающим формирование стил-синдрома
- 2) небольшом размере фистулы
- 3) отсутствии стил-синдрома
- 4) хорошем состоянии соединительных артерий вне зависимости от локализации фистулы

700. ОПЕРАЦИЯ ЛЮМБО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ арезорбтивной гидроцефалии
- 2) окклюзии на уровне сильвиева водопровода
- 3) окклюзии на уровне отверстий Монро
- 4) симметричной вентрикуломегалии

701. ПРИ РЕСТЕНОЗАХ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

- 1)+ установить дополнительный стент при неэффективности баллонной ангиопластики
- 2) усилить дезагрегантную терапию
- 3) установить дополнительный стент
- 4) выполнить баллонную ангиопластику

702. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ ПРИ ВРЕМЕННОЙ ОККЛЮЗИИ ВСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О/ОБ

- 1)+ относительной компенсации коллатерального кровоснабжения полушария на стороне временно окклюзированной ВСА
- 2) недостаточном коллатеральном кровоснабжении мозга
- 3) истощении резервов ауторегуляции мозгового кровообращения на стороне окклюзируемой ВСА
- 4) относительной компенсации коллатерального кровоснабжения противоположного полушария

703. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ РАЗОБЩЕНИИ ПРИ ПРЯМОЙ ПОЗВОНОЧНОЙ ФИСТУЛЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия позвоночной артерии и устья дренирующей вены на уровне фистулы
- 2) трэппинг-операция
- 3) имплантация стент-графта на уровне фистулы
- 4) окклюзия дренирующей вены в области фистулы

704. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ЗАДНЕЙ ГРУППЫ ВЕТВЕЙ НСА СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ

- 1)+ эмболии артерий вертебро-базилярного бассейна при наличии окципито-вертебрального анастомоза с последующей ишемией ствола головного мозга
- 2) некроза м'тканей затылочной области
- 3) тромбоза вен субокципитального венозного сплетения
- 4) гиперперфузионных изменений гемодинамики мозга

705. ПРИ ГЕМАНГИОМЕ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ К РЕЦИДИВАМ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИВОДИТ

- 1)+ лигирование основных стволов внутренней и/или наружной сонных артерий
- 2) предоперационное прошивание мягких тканей
- 3) СВЧ терапия
- 4) склерозирующая терапия

706. ПРИ КАКИХ ПАРАМЕТРАХ СТЕНОЗА ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

- 1)+ локализация стеноза в зоне отхождения ветвей
- 2) при наличии кальциноза
- 3) при субокклюзии
- 4) локализация стеноза не имеет значения

707. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ транскраниальная доплерография
- 2) МРТ - ангиография
- 3) СКТ- ангиография
- 4) прямая контрастная церебральная ангиография

708. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОЛЬКО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕАНГИОМАХ И АНГИОДИСПЛАЗИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОПЕРАЦИЕЙ

- 1)+ паллиативной
- 2) радикальной
- 3) деструктивной
- 4) реконструктивной

709. К ПРИЗНАКАМ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ 6 ТИПА ОТНОСЯТ

- 1)+ полный сброс крови через фистулу с ипсилатеральной стороны и дополнительный сброс крови через фистулу с противоположной стороны
- 2) отсутствие контрастирования ипсилатеральной средней мозговой артерии
- 3) отсутствие контрастирования ипсилатеральной передней мозговой артерии
- 4) полноценное контрастирование бассейнов ипсилатеральных передней и средней мозговых артерий

710. АМИТАЛОВЫЙ ТЕСТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ

- 1)+ источников кровоснабжения функционально важных зон мозга
- 2) источников кровоснабжения ЧМН
- 3) экстра- интракраниальных межартериальных анастомозов
- 4) корковых анастомозов

711. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ контрлатеральные симптомы соответствующие нарушению функции соответствующих анализаторов
- 2) гомолатеральные симптомы соответствующие нарушению функции соответствующих анализаторов
- 3) контрлатеральные экстрапирамидные и координаторные нарушения
- 4) гомолатеральные экстрапирамидные и координаторные нарушения

712. ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ К КАВЕРНОЗНОМУ СИНУСУ ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ ипсилатеральный нижний каменистый синус
- 2) ипсилатеральную лицевую артерию
- 3) ипсилатеральный верхний каменистый синус
- 4) ипсилатеральную верхнюю глазную вену

713. АРТЕРИЯ АДАМКЕВИЧА КРОВΟΣНАБЖАЕТ

- 1)+ большую часть грудного отдела спинного мозга, конус и эпиконус
- 2) средне-грудной отдел спинного мозга
- 3) конус и эпиконус
- 4) шейный и грудной отделы спинного мозга

714. РАДИКАЛЬНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЙ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНОГО РЕГИОНА ДОСТИГАЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ

- 1)+ сочетании эмболизации с последующим иссечением в пределах всех пораженных тканей
- 2) эндоваскулярной эмболизации
- 3) эндоваскулярной эмболизации с последующей лучевой терапией
- 4) эндоваскулярной эмболизации с последующей СВЧ деструкцией

715. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая контрастная церебральная ангиография
- 2) транскраниальная доплерография
- 3) МРТ - ангиография
- 4) СКТ- ангиография

716. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОДВЕРЖЕНЫ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ПРОЦЕССАМ В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ _____ АРТЕРИЯ

- 1)+ средняя мозговая
- 2) внутренняя сонная
- 3) передняя мозговая
- 4) передняя хориоидальная

717. СИНУСЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПАРАСИНУСНЫЕ ЗОНЫ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1)+ отток венозной крови из полости черепа и резорбцию спинно-мозговой жидкости
- 2) отток венозной крови из полости черепа
- 3) отток венозной крови из глубоких отделов полушария в конвексительные вены
- 4) связь интракраниальных и экстракраниальных венозных коллекторов

718. В ОТЛИЧИЕ ОТ ГЕМАНГИОМ АНГИОДИЗПЛАЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ врожденными заболеваниями
- 2) приобретенными заболеваниями
- 3) заболеваниями венозной системы
- 4) быстро прогрессирующими заболеваниями

719. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ МЯГКИМ ПРОВОДНИКОМ ЗОНЫ СТЕНОЗА В ЦЕРЕБРАЛЬНОМ СОСУДЕ СЛЕДУЕТ

- 1)+ прекратить манипуляции и отказаться от дальнейших попыток
- 2) усилить жесткость мягкого проводника, надвинув на него микрокатетер
- 3) использовать более жесткий проводник и баллон-катетер минимального диаметра
- 4) использовать более жесткий проводник

720. КЛЕЕВЫЕ КОМПОЗИЦИИ НЕ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ

- 1)+ высокоскоростных артерио-венозных шунтов вне зависимости от нозологической формы без предварительной окклюзии зоны шунта микроспиральями
- 2) АВМ с низкой скоростью артерио-венозного шунтирования из-за возможности проксимальной окклюзии афферентных сосудов
- 3) кранио-фациальных ангиодисплазий из-за возможности развития некротических изменений тканей лица
- 4) АВМ с высокой скоростью шунтирования из-за возможности окклюзии дренажных вен с последующим кровоизлиянием из мальформации

721. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРЯМЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сосудистым шумом над боковой поверхностью шеи, пульсацией мягких тканей в этой области
- 2) сосудистым шумом в затылочной области, усилением венозного рисунка кожи скальпа и симптомом
- 3) сосудистым шумом в заушной области и усиленной пульсацией внутренних яремных вен
- 4) спинальными расстройствами шейного уровня

722. АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИМПТОМЫ – ЭТО СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ ствола мозга выше уровня перекреста пирамидных путей
- 2) корковых отделов анализаторов контралатерально двигательным и чувствительным расстройствам
- 3) спинного мозга выше шейного утолщения
- 4) подкорковых узлов полушария головного мозга контралатерально двигательным расстройствам в конечностях

723. МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ КОМБИНАЦИИ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ

- 1)+ неадгезивными композициями и трансвенозной окклюзии дренажных сосудов
- 2) неадгезивными композициями и твердыми частицами
- 3) адгезивными композициями и трансвенозной окклюзии дренажных сосудов
- 4) адгезивными композициями и поливинил алкоголя

724. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОДВЕРЖЕНЫ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ПРОЦЕССАМ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМ БАСЕЙНЕ _____ АРТЕРИЯ

- 1)+ базилярная
- 2) задняя мозговая
- 3) верхняя мозжечковая
- 4) позвоночная

725. ДЛЯ ПОЛНОЦЕННОЙ И БЕЗОПАСНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ СОСУДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ самораскрываемых стентов, при необходимости с последующей баллонной дилатацией
- 2) баллон-раскрываемых стентов
- 3) баллон-раскрываемых стентов-графтов
- 4) баллонной ангиопластики без установки стента

726. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНЫХ ФИСТУЛАХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ СВЯЗАНЫ С

- 1)+ формированием ложной аневризмы в кавернозном синусе и пазухе основной кости
- 2) нарушением венозного кровообращения мозга
- 3) нарушением кровообращения в сетчатке глаза и утратой зрения
- 4) стойкими глазодвигательными расстройствами

727. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАЛОЭФФЕКТИВНА ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЙ В

- 1)+ области лба, век и орбиты
- 2) верхней и нижней челюсти
- 3) теменно-затылочной области
- 4) верхней губе и в носу

728. ПРИ РАДИКАЛЬНО НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЯХ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ прогрессировании трофических изменений м\тканей, сопровождающихся наружными кровотечениями
- 2) согласии больного на проведение паллиативной эмболизации
- 3) быстром прогрессировании косметического дефекта лица
- 4) прогрессировании трофических изменений м\тканей

729. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ РАЗОБЩЕНИИ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансартериальная и/или трансвенозная окклюзия кавернозного синуса с сохранением просвета ВСА
- 2) окклюзия ВСА на уровне разрыва артерии
- 3) трансартериальное разобщение фистулы с помощью баллон-катетера с сохранением просвета ВСА
- 4) трансартериальное разобщение фистулы с помощью микроспиралей с сохранением просвета ВСА

730. ПОКАЗАНИЯМИ К АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИЮ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПО ПАРАМЕТРАМ СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптомный стеноз 50% и более
- 2) асимптомный стеноз более 75%
- 3) асимптомный стеноз 50% и более
- 4) асимптомный стеноз 80%

731. ОСНОВНЫМ ДОСТУПОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансфеморальный
- 2) транскраниальный
- 3) каротидный
- 4) доступ через фрезевое отверстие

732. К ОСНОВНЫМ АФФЕРЕНТАМ ПРИ АНГИОДИСПАЗИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ верхнечелюстную и лицевую артерии
- 2) затылочную артерию
- 3) поверхностную височную артерию
- 4) внутреннюю сонную артерию

733. ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ СТЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- 1)+ реконструкции или реканализации интракраниальных сосудов
- 2) эмболизации артерио-венозных мальформаций
- 3) лечения аневризм с широкой шейкой в остром периоде кровоизлияния и острых тромбоэмболиях
- 4) лечения стенозирующих процессов и тромбоэмболии

734. ВИЛЛИЗИЕВ КРУГ – ЭТО ЗОНА

- 1)+ анастомозов на основании мозга между проксимальными участками задних мозговых артерий, внутренними сонными артериями и сегментами А1 передних мозговых артерий
- 2) межартериальных анастомозов между дистальными участками мозговых сосудов в смежных зонах кровоснабжения головного мозга
- 3) анастомозов между оболочечными и мозговыми сосудами
- 4) анастомозов между дистальными ветвями экстракраниальных артерий и интракраниальных артерий

735. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ КАКОЙ ВЕТВИ НСА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПАРАЛИЧ КАУДАЛЬНОЙ ГРУППЫ НЕРВОВ?

- 1)+ восходящей глоточной артерии
- 2) лицевой артерии
- 3) верхней челюстной артерии
- 4) затылочной артерии

736. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ КАКОЙ ВЕТВИ НСА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА?

- 1)+ задней ушной артерии
- 2) лицевой артерии
- 3) верхней челюстной артерии
- 4) затылочной артерии

737. ПРЯМЫЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ ФИСТУЛЫ В КАВЕРНОЗНОМ СИНУСЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ пульсацией глазного яблока, застойными явлениями в орбите и сосудистым шумом над глазным яблоком
- 2) только пульсирующим шумом в голове
- 3) интракраниальными кровоизлияниями
- 4) ишемическими инсультами вследствие нарушения церебральной гемодинамики

738. ЛИДОКАИНОВЫЙ ТЕСТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ

- 1)+ источников кровоснабжения ЧМН
- 2) зон кровоснабжения твердой мозговой оболочки
- 3) источников кровоснабжения функционально важных зон мозга
- 4) коллатерального кровоснабжения мозга

739. ПОКАЗАНИЕМ К АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИЮ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптомный стеноз при отсутствии эффекта от дезагрегантной терапии
- 2) симптомный стеноз вне зависимости от эффекта от дезагрегантной терапии
- 3) асимптомный стеноз в любой ситуации
- 4) асимптомный стеноз 80% и более

740. ИМПЛАНТАЦИЯ СТЕНТ-ГРАФТА ПРИ СФОРМИРОВАННОЙ ПРЯМОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОПЕРАЦИЕЙ

- 1)+ реконструктивной
- 2) деконструктивной
- 3) смешанной
- 4) паллиативной

741. ГЕМАНГИОМЫ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРОФУЗНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В _____ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ юношеском
- 2) детском
- 3) пожилым
- 4) старческом

742. ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВНУТРИКОСТНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ неадгезивных клеевых композиций
- 2) адгезивных клеевых композиций
- 3) частиц ПВА
- 4) микроспиралей

743. АНГИОДИСПЛАЗИИ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРОФУЗНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В _____ ВОЗРАСТЕ

- 1)+ детском и юношеском
- 2) взрослом
- 3) пожилым
- 4) старческом

744. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС ПРИ ПРЯМОЙ ФИСТУЛЕ ДРЕНИРУЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ глазные вены
- 2) каменистые синусы
- 3) сфенопарияетальные синусы
- 4) противоположный кавернозный синус

745. ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРЕБУЕТ

- 1)+ постоянной ирригации проводникового катетера и микрокатетера физиологическим раствором в течение всей нейроваскулярной процедуры, в/в введения гепарина в дозировке поддерживающей АСТ на уровне 150-200 сек
- 2) в/в введения гепарина в дозировке 2500 ед/час
- 3) аспирации из проводникового катетера и микрокатетера при их удалении
- 4) в/в введения гепарина в дозировке 5000 ед/час.

746. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОТДАЛЕННЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ НЕЛЕЧЕНОГО ТРОМБОЗА КРУПНЫХ ВЕНОЗНЫХ КОЛЛЕКТОРОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ слепоту вследствие вторичной атрофии дисков зрительных нервов, очаговую неврологическую симптоматику
- 2) атрофические изменения коры больших полушарий мозга и деменцию
- 3) упорные головные боли, гидроцефалию
- 4) эписиндром

747. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АНГИОДИСПЛАЗИЙ И ГЕАНГИОМ КРАНИО-ФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наружное неконтролируемое кровотечение
- 2) значительное увеличение объема патологического процесса
- 3) вовлечение в патологический процесс новых сосудов
- 4) патологическая компрессия внутренней сонной артерии

748. ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ВЕТВЕЙ НСА СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ

- 1)+ эмболии артерий сетчатки при наличии каротидно-офтальмического анастомоза с последующей слепотой
- 2) некроза тканей лица
- 3) некроза слизистой оболочки носа
- 4) гиперперфузионных изменений гемодинамики мозга

749. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМЫ ОБЛАСТИ СЛИЯНИЯ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка потокоперенаправляющего стента из доминантной позвоночной артерии в базилярную артерию
- 2) окклюзия доминантной позвоночной артерии
- 3) окклюзия обеих позвоночных артерий при наличии компенсированного кровотока по задней соединительной артерии
- 4) окклюзия аневризмы микроспиралями со стент-ассистенцией

750. МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ОФТАЛЬМИЧЕСКОГО СЕГМЕНТА ВСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярный
- 2) микрохирургический
- 3) консервативный
- 4) комбинированный

751. ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ АТЕРОМАТОЗНЫХ МАСС ЧЕРЕЗ ЯЧЕЙКИ СТЕНТА ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ БЦА НЕОБХОДИМО

- 1)+ установить второй стент
- 2) произвести повторную дилатацию баллоном
- 3) ничего не предпринимать и оставить под наблюдением
- 4) произвести аспирацию масс через проводниковый катетер

752. РЕСТЕНОЗЫ ПОСЛЕ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ БЦА ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ рубцовым сужением сосуда
- 2) появлением новой атеросклеротической бляшки
- 3) диссекцией сосуда
- 4) воспалительными изменениями в стенке сосуда

753. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ПАРАКЛИНОИДНОЙ АНЕВРИЗМЫ С НАЛИЧИЕМ ДИВЕРТИКУЛА В ОБЛАСТИ ДНА И ЗРИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ частичную окклюзию полости аневризмы микроспиралями и установку потокоперенаправляющего стента на уровне аневризмы
- 2) окклюзию аневризмы микроспиралями со стент-ассистенцией
- 3) частичную окклюзию аневризмы с укладкой микроспиралей в области дивертикула
- 4) окклюзию ВСА

754. ПОКАЗАНИЕМ К ОККЛЮЗИИ НЕСУЩЕЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие возможности проведения реконструктивных операций
- 2) гигантский размер аневризмы
- 3) экстрадуральное расположение аневризмы
- 4) наличие интракраниального кровоизлияния в анамнезе

755. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АСИМПТОМНЫХ СТЕНОЗАХ ВСА ЯВЛЯЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА

- 1)+ >75%
- 2) >80%
- 3) >50%
- 4) >55%

756. ПРОВЕДЕНИЕ ДЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ АНЕВРИЗМЕ ВСА БЕЗОПАСНО ПРИ

- 1)+ замкнутом вилизиевом круге и отрицательных баллон-окклюзионных тестах
- 2) замкнутом вилизиевом круге
- 3) замкнутом переднем отделе вилизиева круг
- 4) отсутствии нарастания неврологической симптоматики при временной окклюзии ВСА

757. СРЕДНИЙ ДИАМЕТР СТЕНТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ СОННОЙ АРТЕРИИ РАВЕН НЕ БОЛЕЕ ____ММ

- 1)+ 5
- 2) 6
- 3) 7
- 4) 4

758. ДЛЯ ПОСТДИЛАТАЦИИ ВСА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ РАЗМЕР БАЛЛОНА НЕ БОЛЕЕ ____ ММ В ДИАМЕТРЕ

- 1)+ 5
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 2

759. ПЕРЕД БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИЕЙ ВСА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ

- 1)+ внутривенное введение атропина
- 2) введение вазопрессоров
- 3) введение гипотензивных препаратов
- 4) введение миорелаксантов

760. ОСТАТОЧНЫЙ СТЕНОЗ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ (В %)

- 1)+ 50
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 10

761. ПРОТИВОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ФИЛЬТР ПРИ АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИИ СТЕНОЗА ВСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ эмболии мозговых сосудов
- 2) окклюзии ВСА
- 3) эмболии коллатеральных источников кровообращения полушария
- 4) эмболии ветвей НСА

762. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ПРИ ПОМОЩИ ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩЕГО СТЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ ТОЛЬКО В

- 1)+ отдаленном периоде по степени окклюзии и динамике размеров аневризмы, а также по динамике неврологического статуса
- 2) отдаленном периоде по степени окклюзии крупных и гигантских аневризм
- 3) отдаленном периоде по динамике неврологического статуса
- 4) непосредственно после операции по степени окклюзии аневризмы и отсутствию послеоперационных осложнений

763. ПРИ МИГРАЦИИ ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩЕГО СТЕНТА В ПОЛОСТЬ АНЕВРИЗМЫ НЕОБХОДИМО

- 1)+ извлечь стент и провести рестентирование
- 2) не предпринимать никаких действий с расчетом на последующее самопроизвольное тромбирование аневризмы
- 3) дополнительно окклюдировать аневризму микроспиральями
- 4) окклюдировать артерию дистальнее аневризмы

764. ДЛЯ ПРЕДИЛАТАЦИИ СТЕНОЗА ВСА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ РАЗМЕР БАЛЛОНА НЕ БОЛЕЕ ____ ММ В ДИАМЕТРЕ

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 1
- 4) 2

765. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ВАРИАНТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕКЦИОННОЙ АНЕВРИЗМЫ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка самораскрываемого стента на уровне аневризмы
- 2) установка баллон-раскрываемого стента на уровне аневризмы
- 3) окклюзия аневризмы микроспиральями со стент ассистенцией
- 4) окклюзия аневризмы микроспиральями с баллон-ассистенцией

766. ТРАНЗИТОРНАЯ МОНОКУЛЯРНАЯ СЛЕПОТА (АМАУРОСИС FUGAX) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В _____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней сонной
- 2) позвоночной
- 3) наружной сонной
- 4) подключичной

767. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МСКТ-АГ
- 2) МР-АГ
- 3) ЦАГ
- 4) МРТ с к/у

768. ОЖИДАЕМЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРИ УСТАНОВКЕ ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩЕГО СТЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полное раскрытие стента на всем протяжении с перекрытием шейки аневризмы
- 2) окклюзия полости аневризмы
- 3) остановка кровотока в аневризме
- 4) полное раскрытие стента лишь на уровне шейки аневризмы

769. ОСНОВНЫМ АЛГОРИТМОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОЙ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ СКАЛЬПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия афферента в области фистулы или иссечение
- 2) окклюзия устья дренирующей вены
- 3) окклюзия устья наружной сонной артерии
- 4) чрезкожная эмболизация фистулы

770. СРЕДНИЙ ДИАМЕТР СТЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ РАВЕН НЕ БОЛЕЕ ____ ММ

- 1)+ 9
- 2) 8
- 3) 7
- 4) 6

771. ПРИ НАЛИЧИИ УСТЬЕВОГО СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ СТЕНТА ПРАВИЛЬНОЕ?

- 1)+ с минимальным выходом проксимального конца стента в просвет подключичной артерии
- 2) с недопущением выхода проксимального конца стента в просвет подключичной артерии
- 3) с установкой проксимального конца стента строго на уровне устья позвоночной артерии
- 4) вне зависимости от длины стента в просвете подключичной артерии

772. К КРУПНЫМ ОТНОСЯТСЯ АНЕВРИЗМЫ РАЗМЕРОМ ____ММ

- 1)+ 15-24
- 2) 10-15
- 3) 25-30
- 4) 5-10

773. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРЯМЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ СКАЛЬПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ расширение подкожных сосудов, пульсация м'тканей, симптом "кошачьего мурлыканья", грубый сосудистый пульсирующий шум
- 2) сосудистый шум над боковой поверхностью шеи, пульсация мягких тканей в этой области
- 3) пульсация глазного яблока, застойные явления в орбите и сосудистый шум над глазным яблоком
- 4) объемное образование под кожей, отсутствие пульсации и пульсирующего шума

774. ПРИ РЕСТЕНОЗАХ ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повторная эндоваскулярная операция
- 2) баллонная ангиопластика на уровне стеноза
- 3) установка очередного стента
- 4) прямая операция - протезирование сосуда

775. ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ ВИТКОВ МИКРОСПИРАЛИ В ПРОСВЕТ АРТЕРИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- 1)+ установить стент с целью фиксации витков к стенке артерии
- 2) при помощи баллон-катетера попытаться сдвинуть микроспираль в аневризму
- 3) удалить микроспираль при помощи специального устройства
- 4) окклюзировать артерию

776. ПРИ СТЕНОЗАХ БЕЗ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ БЦА В СОСУДАХ ПРОИСХОДИТ

- 1)+ рестеноз оперированного сегмента артерии
- 2) сохранение достигнутого результата
- 3) рестеноз с резкой прогрессией степени стеноза
- 4) неотвратимая окклюзия сосуда

777. ПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СИМПТОМНЫХ СТЕНОЗАХ ВСА ЯВЛЯЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА

- 1)+ >50%
- 2) >90%
- 3) >75%
- 4) >80%

778. ПРИ КРУПНОЙ НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ АНЕВРИЗМЕ ОФТАЛЬМИЧЕСКОГО СЕГМЕНТА ВСА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ УСТЬЯ ГЛАЗНОЙ АРТЕРИИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ АНЕВРИЗМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка потокоперенаправляющего стента
- 2) окклюзия аневризмы микроспиралями
- 3) окклюзия аневризмы микроспиралями со стент-ассистенцией
- 4) окклюзия аневризмы микроспиралями с баллон-ассистенцией

779. К ГИГАНТСКИМ ОТНОСЯТСЯ АНЕВРИЗМЫ РАЗМЕРОМ > ____ММ

- 1)+ 25
- 2) 15
- 3) 10
- 4) 30

780. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЯМЫЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ ФИСТУЛЫ СКАЛЬПА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ПРОЕКЦИИ

- 1)+ поверхностной височной и затылочной артерий
- 2) глазной артерии
- 3) глубокой височной артерии
- 4) верхнего сагиттального синуса

781. СРЕДНИЙ ДИАМЕТР СТЕНТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ РАВЕН НЕ БОЛЕЕ ____ ММ

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 2
- 4) 6

782. МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярный
- 2) микрохирургический
- 3) консервативный
- 4) комбинированный

783. ДЛЯ ДИЛАТАЦИИ СТЕНОЗА ВСА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ баллон высокого давления
- 2) комплаенсный баллон
- 3) баллон с атеротомными гранями
- 4) баллон с лекарственным покрытием

784. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ грубая патологическая деформация сосуда вблизи устья
- 2) узкий просвет в зоне стеноза артерии
- 3) стеноз подключичной артерии проксимальнее устья позвоночной артерии
- 4) стеноз подключичной артерии дистальнее устья позвоночной артерии

785. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ

- 1)+ крупные и гигантские с наличием дивертикула
- 2) гигантские частично тромбированные
- 3) фузиформные вертебро-базилярного бассейна
- 4) фузиформные каротидного бассейна

786. ПРИ РЕСТЕНОЗАХ ПОСЛЕ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ БЦА К ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ ангиопластику и стентирование
- 2) только ангиопластику
- 3) только стентирование
- 4) повторную прямую операцию

787. ДВОЙНАЯ ДЕЗАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕОБХОДИМА

- 1)+ при установке любого стента в просвет артерии
- 2) только при установке потокоперенаправляющего стента
- 3) только при стент-ассистирующей окклюзии аневризмы микроспиралями
- 4) при баллон-ассистирующей окклюзии аневризмы микроспиралями

788. ПРИ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМАХ С КОМПРЕССИЕЙ ОКРУЖАЮЩИХ СТРУКТУР МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка потокоперенаправляющего стента
- 2) окклюзия аневризмы микроспиралями
- 3) окклюзия аневризмы микроспиралями с баллон-ассистенцией
- 4) окклюзия аневризмы микроспиралями со стент-ассистенцией

789. ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВСА СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СТЕНТЫ

- 1)+ конического дизайна
- 2) цилиндрического дизайна
- 3) с открытым дизайном ячейки
- 4) с закрытым дизайном ячейки

790. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИЮ ВСА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ СТЕНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие патологической деформации ВСА вблизи зоны стеноза
- 2) критический стеноз ВСА
- 3) субокклюзия сосуда
- 4) наличие диссекции ВСА на уровне бляшки

791. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ВАРИАНТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСЕКЦИОННОЙ АНЕВРИЗМЫ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ВСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка самораскрываемого стента на уровне аневризмы
- 2) установка баллон-раскрываемого стента на уровне аневризмы
- 3) окклюзия аневризмы микроспиралями со стент ассистенцией
- 4) окклюзия аневризмы микроспиралями с баллон-ассистенцией

792. ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ баллон-раскрываемые стенты
- 2) самораскрываемые стенты
- 3) стенты с закрытым дизайном ячеек
- 4) стенты с открытым дизайном ячеек

793. ПРИ СМЕЩЕНИИ ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩЕГО СТЕНТА ПОСЛЕ ЕГО ИМПЛАНТАЦИИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ установить второй стент по телескопическому принципу
- 2) удалить стент и провести рестентирование
- 3) окклюдировать артерию
- 4) окклюдировать полость аневризмы микроспиралями

794. К ЦЕЛИ СТЕНТ-АССИСТИРУЮЩЕЙ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМЫ МИКРОСПИРАЛЯМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ предотвращение миграции витков микроспиралей в просвет несущей артерии
- 2) укрепление стенок артерии стентом и окклюзию аневризмы спиралями
- 3) расширение стеноза артерии, вызванного аневризмой
- 4) препятствие попаданию крови в полость аневризмы

795. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ВЕРИФИКАЦИИ ПРЯМЫХ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прямая церебральная ангиографии
- 2) мультиспиральная компьютерная томография
- 3) магнитно-резонантная томография
- 4) ультразвуковое исследование

796. ВРЕМЕННАЯ БАЛЛОННАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОСА ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ эмболии ветвей мозговых сосудов
- 2) окклюзии НСА
- 3) окклюзии ВСА ниже зоны стеноза
- 4) окклюзии ВСА выше зоны стеноза

797. К ОЖИДАЕМЫМ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИ ОККЛЮЗИИ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ МИКРОСПИРАЛЯМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ тотальную или субтотальную окклюзию полости аневризмы с компактным расположением микроспиралей в полости аневризмы
- 2) тотальную окклюзию аневризмы, плотность заполнения полости не имеет значения
- 3) субтотальную или частичную окклюзию аневризмы с плотным заполнением ее дна микроспиралями
- 4) тотальную окклюзию аневризмы вместе с несущей артерией

798. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ГИПЕРПЕРФУЗИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ интракраниальное кровоизлияние
- 2) психомоторное возбуждение
- 3) внутричерепная гипертензия
- 4) артериальная гипертензия

799. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ, ПОБУЖДАЮЩЕЙ ПАЦИЕНТОВ ПРОВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ головная боль
- 2) нарушения концентрации внимания
- 3) быстрая утомляемость
- 4) депрессия

800. МЕТОДИКА ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА АНЕВРИЗМЕ С ШИРОКОЙ ШЕЙКОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ использование методики стент- и/или баллон-ассистенции при введении спиралей на всем протяжении манипуляции
- 2) медленное и осторожное укладывание витков жесткой спирали большого диаметра в просвете аневризмы с целью создания каркаса с последующей окклюзией более мягкими спиралями
- 3) использование баллон-ассистенции при введении только первой спирали
- 4) установку стента и окклюзию аневризмы микроспиралями

801. К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМИ НА РИСК РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ курение, употребление алкоголя, высокое артериальное давление
- 2) занятия спортом
- 3) тяжелый физический труд
- 4) нарушение диеты

802. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРАВОЙ ВСА ПРИ ПЕРВОМ ТИПЕ ДУГИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правая ОБА
- 2) левая ПБА
- 3) правая лучевая артерия
- 4) левая лучевая артерия

803. «ЗЕРКАЛЬНЫЕ» АНЕВРИЗМЫ НА ВСА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗИРУЮТСЯ В

- 1)+ параклиноидном отделе ВСА
- 2) каменистом отделе ВСА
- 3) области развилки ВСА
- 4) кавернозном отделе

804. ПРОВЕДЕНИЕ ДЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ (ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ КОЛЛАТЕРАЛЬНОМ КРОВОТОКЕ) НЕЭФФЕКТИВНО ПРИ

- 1)+ аневризме бифуркации ВСА
- 2) аневризме кавернозного сегмента ВСА
- 3) аневризме позвоночной артерии
- 4) периферических аневризмах

805. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ КЛОПИДОГРЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ P2Y
- 2) коллаген-эпинефрин
- 3) коллаген-АДФ
- 4) АСТ

806. ПЯТИЛЕТНИЙ РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ДЛЯ ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОГО БАССЕЙНА ПРИ ЕЕ ЕСТЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ___%

- 1)+ 50-80
- 2) 10-20
- 3) 5-10
- 4) 1-5

807. НАИБОЛЕЕ УГРОЖАЮЩИМ ПО РАЗРЫВУ АНАТОМИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРОМ АНЕВРИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дивертикул
- 2) неровность контура
- 3) широкая шейка
- 4) фузиформное строение

808. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ВО ВРЕМЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перфорация истонченной стенки аневризмы микропроводником или микроспиралью
- 2) самопроизвольный разрыв аневризмы
- 3) болюсное введение контрастного вещества во время процедуры
- 4) избыточное ведение гепарина

809. СТЕНТ-АССИСТИРУЮЩАЯ ОККЛЮЗИЯ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ наличии компрессии окружающих структур
- 2) наличии дивертикула в аневризме
- 3) отсутствии тромбов в аневризме
- 4) субарахноидальном кровоизлиянии в анамнезе

810. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛЕВОЙ ВСА ПРИ БЫЧЬЕЙ ДУГЕ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правая лучевая артерия
- 2) левая ПБА
- 3) правая ОБА
- 4) левая лучевая артерия

811. ВИДОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИВОДИТ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка потокоперенаправляющего стента
- 2) окклюзия аневризмы микроспиралями со стент-ассистенцией
- 3) окклюзия аневризмы микроспиралями
- 4) эндоваскулярный треппинг

812. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ СОСУДИСТЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ артерио-венозные мальформации
- 2) артериальные аневризмы
- 3) артерио-венозные фистулы
- 4) каверномы

813. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ _____ В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ

- 1)+ инфраклиноидного расположения
- 2) супраклиноидного расположения
- 3) развилки ВСА
- 4) экстракраниального сегмента ВСА

814. СТАНДАРТНЫЕ СРОКИ ПРИЕМА ДЕЗАГРЕГАНТОВ ПРИ УСТАНОВКЕ ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩИХ СТЕНТОВ СОСТАВЛЯЮТ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 3-4 месяца
- 3) пожизненно
- 4) 12 месяцев

815. ОСНОВНОЙ ПРЕДПОСЫЛКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субтотальная окклюзия аневризмы
- 2) возраст больного
- 3) соматический статус больного
- 4) высокое артериальное давление

816. ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ БАЛЛОН-АССИСТЕНЦИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ ремоделировать просвет несущего сосуда и предотвратить массивное САК в случае интраоперационного разрыва аневризмы
- 2) предотвратить смещение витков спирали в просвет несущего сосуда
- 3) ускорить процесс тромбообразования в полости аневризмы
- 4) предотвратить диссекцию несущего сосуда в ходе манипуляции

817. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМЫ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 3-6-12
- 2) 1-3-6
- 3) 2-3-4
- 4) 6-12-24

818. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ АСПИРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коллаген-эпинефрин
- 2) коллаген-АДФ
- 3) P2Y
- 4) АЛТ

819. ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМ ЗСА ДОПОЛНИТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО УБЕДИТЬСЯ В ТОМ, ЧТО КРОВОТОК НЕ НАРУШЕН В АРТЕРИИ

- 1)+ передней ворсинчатой
- 2) задней ворсинчатой
- 3) Гюбнера
- 4) гиппокампальной

820. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА РЕКАНАЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ СО СТЕН-АССИСТЕНЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дополнительная окклюзия функционирующей части аневризмы микроспиралями или установка потокоперенаправляющего стента
- 2) установка потокоперенаправляющего стента
- 3) дополнительная окклюзия функционирующей части аневризмы микроспиралями
- 4) отказ от дальнейших действий, динамическое наблюдение

821. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА РЕКАНАЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ БЕЗ АССИСТИРУЮЩИХ МЕТОДИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дополнительная окклюзия функционирующей части аневризмы микроспиралями со стент-ассистенцией или установка потокоперенаправляющего стента
- 2) установка потокоперенаправляющего стента
- 3) дополнительная окклюзия функционирующей части аневризмы микроспиралями
- 4) отказ от дальнейших действий, динамическое наблюдение

822. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМЫ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ клипирование
- 2) эндоваскулярная операция
- 3) комбинированная операция
- 4) стереотаксическая радиохирургия

823. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМЫ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 6-12-24
- 2) 1-3-6
- 3) 6-9-12
- 4) 3-6-24

824. ДЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОККЛЮЗИЯ ИЛИ УДАЛЕНИЕ

- 1)+ центрального очага
- 2) только афферентной артерии
- 3) только эфферентной артерии
- 4) только эфферентной вены

825. АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ПОЛЮСА ПРАВОЙ ЛОБНОЙ ДОЛИ С НАИБОЛЬШИМ РАЗМЕРОМ 5 СМ И ПОВЕРХНОСТНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ СПЕТЦЛЕРА-МАРТИНА

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 3

826. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМЫ РАЗВИЛКИ БАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИИ С ШИРОКОЙ ШЕЙКОЙ И РАВНОЦЕННЫМИ УГЛАМИ ОТХОЖДЕНИЯ ЗАДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВАРИАНТ АССИСТЕНЦИИ

- 1)+ Y-стентирование
- 2) X-стентирование
- 3) баллон-ассистенция двумя баллонами
- 4) баллон ассистенция с помощью одного баллона для бифуркаций

827. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микрохирургическое клипирование аневризмы
- 2) эндоваскулярная операция
- 3) динамическое наблюдение
- 4) комбинированная операция

828. ТАКТИКОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНО ТРОМБИРОВАННЫХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ имплантация потокоперенаправляющего стента
- 2) окклюзия контрастируемой части аневризмы спиралями
- 3) окклюзия контрастируемой части аневризмы спиралями со стент-ассистенцией
- 4) динамическое наблюдение

829. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИИ НА СОСУДАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ общая анестезия
- 2) внутривенная седация
- 3) местная анестезия
- 4) внутривенная седация в сочетании с местной анестезией

830. ПРОВЕДЕНИЕ СТЕНТ-АССИСТЕНЦИИ ПРИ ОККЛЮЗИИ ПОЛОСТИ АНЕВРИЗМЫ СПИРАЛЯМИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ широкой шейке аневризмы
- 2) аневризме больших и гигантских размеров
- 3) периферической аневризме
- 4) фузиформной аневризме

831. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (УТОЧНЯЮЩИМ) МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тотальная селективная церебральная ангиография с 3D реконструкцией
- 2) СКТ-ангиография
- 3) МР-АГ
- 4) МРТ с к/у

832. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕКАНАЛИЗИРОВАННЫХ ПОСЛЕ ОККЛЮЗИИ МИКРОСПИРАЛЯМИ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка потокоперенаправляющего стента
- 2) дополнительная окклюзия аневризмы микроспиралями
- 3) клипирование шейки аневризмы
- 4) окклюзия несущей артерии

833. РИСК РАЗРЫВА ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ ДО 5 ММ, ЛОКАЛИЗОВАННОЙ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА СОСТАВЛЯЕТ ____ % В ГОД

- 1)+ 0,5
- 2) 5
- 3) 10
- 4) 1,5

834. ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАРИЕМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ микроспирали
- 2) клеевые композиции
- 3) микроэмболы ПВА
- 4) баллоны

835. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТ-АССИСТЕНЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ антиагреганты
- 2) антикоагулянты
- 3) блокаторы кальциевых каналов
- 4) гипотензивные препараты

836. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫЯВЛЕННОЙ АНЕВРИЗМОЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ анатомии и локализации аневризмы
- 2) соматического статуса больного
- 3) проведенного исследования
- 4) желания пациента

837. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КРУПНЫЕ И ГИГАНТСКИЕ АНЕВРИЗМЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 40-60 лет
- 2) <20 лет
- 3) 20-40 лет
- 4) >60 лет

838. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНЕВРИЗМАХ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОГО БАСЕЙНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоваскулярная окклюзия аневризмы
- 2) клипирование аневризмы
- 3) отказ от хирургии
- 4) динамическое наблюдение

839. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АСТ В ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ

- 1)+ гепарина
- 2) аспирина
- 3) норадреналина
- 4) пропофола

840. ОСНОВНЫМ ВАРИАНТОМ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ окклюзия аневризмы микроспиральями вместе с несущим сосудом
- 2) установка потокоперенаправляющего стента
- 3) окклюзия аневризмы микроспиральями со стент-ассистенцией
- 4) окклюзия аневризмы микроспиральями с баллон-ассистенцией

841. РИСК РАЗРЫВА ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ ДО 10 ММ, ЛОКАЛИЗОВАННОЙ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА СОСТАВЛЯЕТ ____ % В ГОД

- 1)+ 1,5
- 2) 0,5
- 3) 5
- 4) 10

842. ПРИ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ ФУЗИФОРМНЫХ АНЕВРИЗМАХ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ установка потокоперенаправляющего стента
- 2) окклюзия аневризмы микроспиральями
- 3) окклюзия аневризмы микроспиральями с баллон-ассистенцией
- 4) клипирование шейки аневризмы

843. НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ ВАРИАНТАМИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ любых вариантов стентов
- 2) микроспиралей
- 3) стентов графтов
- 4) баллонов

844. ПРИЧИНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смещение витков спиралей в сторону дна аневризмы из-за недостаточно плотного тампонирования полости аневризмы
- 2) рассасывание тромбов, образовавшихся между витками в момент операции
- 3) механическая деформация спиралей под действием пульсирующего кровотока в несущем сосуде
- 4) формирование аневризмы de novo в пришеечном отделе

845. РИСК ПОВТОРНОГО РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ В ПЕРВЫЕ ТРОЕ СУТОК ПОСЛЕ САК СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 50
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 5

846. ПРИЕМ ДВОЙНОЙ ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМЫ СО СТЕНТ-АССИСТЕНЦИЕЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ НА СРОК (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 12
- 4) 8

847. ПРИ ОККЛЮЗИИ АНЕВРИЗМЫ МИКРОСПИРАЛЯМИ В СЛУЧАЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ НЕОБХОДИМО

- 1)+ блокировать ранее введенный гепарин внутривенным введением протамина сульфата и максимально быстро произвести плотную тампонаду аневризмы микроспиральями
- 2) блокировать ранее введенный гепарин в/в введением протамина сульфата, прекратить манипуляцию, выполнить срочную трепанацию черепа и клипировать аневризму
- 3) прекратить операцию, блокировать гепарин, проводить интенсивную терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций организма
- 4) удалить ранее установленную спираль, проводить интенсивную терапию, направленную на поддержание жизненно важных функций организма

848. К ОСНОВНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАНИЮ К УСТАНОВКЕ ПОТОКОПЕРЕНАПРАВЛЯЮЩИХ СТЕНТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ резистентность или непереносимость дезагрегантов
- 2) гигантские размеры аневризмы
- 3) наличие тромбов в полости аневризмы
- 4) отсутствие компенсированного коллатерального кровотока

849. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА ПОДКЛЮЧИЧНО-ПОЗВОНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ рентгеноконтрастной ангиографии
- 2) транскраниальной ультразвуковой доплерографии
- 3) дуплексного сканирования
- 4) ПЭТ-КТ

850. ПОСЛЕДСТВИЯ МАЛОГО ИНСУЛЬТА ПРЕДСТАВЛЕНЫ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ С РАЗВИТИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, ПОЛНОСТЬЮ РЕГРЕССИРУЮЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 1 месяца
- 2) 1 недели
- 3) 24 часов
- 4) 3 месяцев

851. ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СТЕНОЗА ВСА ОТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 70
- 2) 80
- 3) 60
- 4) 85

852. ВАРИАНТ ЭНДАРТЕРАТОМИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ интраоперационно в соответствии с топографо-анатомическими особенностями артерий и расположением и протяженностью АСБ
- 2) на дооперационном этапе не зависимо от топографии артерий
- 3) на дооперационном этапе исходя из возраста пациента
- 4) интраоперационно исходя из возраста пациента

853. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ОСА, ЕЕ БИФУРКАЦИИ, БЕЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В ВСА И НСА ДИСТАЛЬНЕЕ 1 – 1,5 СМ В СОЧЕТАНИИ С ОТСУТСТВИЕМ ИЗОЛИРОВАННОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО УДЛИНЕНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ эверсия из бифуркации ОСА
- 2) изолированная эверсионная КЭА
- 3) классическая КЭА
- 4) комбинированная КЭА

854. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ
- 2) КТ-АГ
- 3) ЦАГ
- 4) МРА

855. ПОКАЗАНИЕМ К АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИЮ ВСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рестеноз ВСА после КЭА
- 2) наличие внутрисосудистого тромба в ВСА
- 3) острый период ишемического инсульта
- 4) асимптомный стеноз ВСА более 60%

856. ПРОВЕДЕНИЕ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО У БОЛЬНЫХ

- 1)+ с пострадикационными стенозами артерий
- 2) старше 75 лет
- 3) с наличием выраженных кальцификатов в области АСБ
- 4) с окклюзией ВСА

857. ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКЕ/МАЛОМ ИНСУЛЬТЕ ПРИ НАЛИЧИИ КРИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ проведение неотложной реконструкции ВСА
- 2) проведение консервативной терапии
- 3) наложение ЭИКМА
- 4) проведение ангиопластики и стентирования ВСА

858. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ С УМЕРЕННОЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С ОБЩЕМОЗГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) ускоренное хирургическое лечение
- 3) хирургическое лечение в плановом порядке
- 4) выполнение ЦСА

859. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОСТИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) КТ
- 3) рентгенография
- 4) ПЭТ

860. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» РЕКОНСТРУКЦИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ открытая каротидная эндартерэктомия
- 2) ангиопластика
- 3) стентирование
- 4) протезирование ВСА

861. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ сочетании патологических деформаций ВСА с признаками дисплазии артерий
- 2) асимптомной окклюзии ВСА
- 3) патологической деформации ВСА вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики
- 4) асимптомном стенозе ВСА 60%

862. ИЗОЛИРОВАННАЯ ЭВЕРСИОННАЯ КЭА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ локальной атеросклеротической бляшке в области устья ВСА
- 2) протяженной атеросклеротической бляшке ВСА
- 3) высоком расположении бифуркации ОСА
- 4) протяженном поражении ОСА

863. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атеросклероз
- 2) травма
- 3) тромбоз
- 4) диссекция

864. ПРИ НАЛИЧИИ ЛОКАЛЬНОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ВСА С ДИСТАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА 2-2,5 СМ И ПРИ ОТСУТСТВИИ ГРУБЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ИНТИМЫ В ОБЛАСТИ БИФУРКАЦИИ ОСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ изолированная эверсионная КЭА
- 2) эверсия из бифуркации ОСА
- 3) классическая КЭА
- 4) комбинированная КЭА

865. К ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В СОННЫХ АРТЕРИЯХ ОТНОСЯТ

- 1)+ бифуркацию ОСА
- 2) устье ОСА
- 3) дистальные отделы ВСА
- 4) дистальные отделы НСА

866. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА ОТНОСЯТ

- 1)+ гемодинамически значимый стеноз сонных артерий
- 2) стеноз почечных артерий
- 3) отсутствие нарушений мозгового кровообращения в анамнезе
- 4) легочную гипертензию

867. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПОВОДУ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ очаговой неврологической симптоматики
- 2) общемозговой неврологической симптоматики
- 3) признаков дисциркулярной энцефалопатии
- 4) цефалгического синдрома

868. ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СТЕНОЗА ВСА ОТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 60
- 2) 70
- 3) 80
- 4) 85

869. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛОКОРЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие грубой афазии
- 2) возраст больного старше 80 лет
- 3) наличие инфаркта миокарда в анамнезе
- 4) сопутствующая тяжелая соматическая патология

870. ПЕРВЫМ ЗАПУСКАЕТСЯ КРОВОТОК ПО АРТЕРИЯМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В

- 1)+ НСА
- 2) ВСА
- 3) ОСА
- 4) верхней щитовидной артерии

871. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ
- 2) МРТ
- 3) ПЭТ
- 4) ОФЭКТ

872. ПРИ НАЛИЧИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ В ОБЛАСТИ БИФУРКАЦИИ ОСА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА УСТЬЕ ВСА НА 2-2,5 СМ В СОЧЕТАНИИ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ УДЛИНЕНИЕМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ комбинированная КЭА
- 2) изолированная эверсионная КЭА
- 3) классическая КЭА
- 4) эверсия из бифуркации ОСА

873. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ АНГИОМ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1)+ наблюдение и консервативную тактику
- 2) микрохирургическое удаление венозной ангиомы
- 3) эндоваскулярную окклюзию
- 4) радиохимию

874. ПРИ СОЧЕТАНИИ ОККЛЮЗИИ ВСА С КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ НСА ПОКАЗАНО

- 1)+ первым этапом провести пластику устья НСА
- 2) наложение ЭИКМА
- 3) продолжить динамическое наблюдение
- 4) продолжить консервативную терапию

875. ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОДЛЕЖАТ КАВЕРНОМЫ

- 1)+ вызывающие неврологический дефицит, симптоматические кровоизлияния или эпилептические приступы и находящиеся в зоне хирургической доступности
- 2) любого размера и любой локализации, поскольку риск естественного лечения заболевания превышает риск хирургии
- 3) расположенные только в функционально важных зонах
- 4) только в случае неэффективности радиохимию

876. АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ОБЛАСТИ ЛЕВЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ИЗВИЛИН С НАИБОЛЬШИМ РАЗМЕРОМ 4 СМ И ПОВЕРХНОСТНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ СПЕТЦЛЕР-МАРТИНА

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

877. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу
- 2) инфаркт миокарда
- 3) нестабильное артериальное давление
- 4) краевой некроз кожи

878. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ВСА ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженную извитость и петлеобразование сосудов
- 2) паралич контралатерального гортанного нерва
- 3) рестеноз ВСА после КЭА
- 4) стенозы на уровне C1-C2 сегментов ВСА

879. ПРИ НАЛИЧИИ КРИТИЧЕСКОГО СТЕНОЗА (СУБОККЛЮЗИИ) КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕКТОМИЯ С МОМЕНТА НМК МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ЧЕРЕЗ

- 1)+ 2 недели
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 1 неделю

Тема 9. Спинальная нейрохирургия.

1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ БОЛЬЮ В НАДПЛЕЧЬЕ, МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ, АМИАТРОФИЕЙ ТРАПЕЦИЕВИДНОЙ, НАДОСТНОЙ, БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ И ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ КОРЕШКА

- 1)+ с4
- 2) с5
- 3) с6
- 4) с7

2. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ БАС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ЭНМГ
- 2) МСКТ
- 3) функциональная спондилография
- 4) МРТ

3. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНЕ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ШЕЙНУЮ СПОНДИЛОГЕННУЮ МИЕЛОПАТИЮ ОТНОСЯТ

- 1)+ дегенеративный стеноз шейного отдела позвоночника
- 2) метастатическое поражение шейного отдела позвоночника
- 3) первичные опухоли шеи
- 4) травму шейного отдела

4. ПРИ РЕФЛЕКТОРНОМ НАПРЯЖЕНИИ КАКАЯ МЫШЦА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ СДАВЛЕНИЯ БОЛЬШОГО ЗАТЫЛОЧНОГО НЕРВА И ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ?

- 1)+ ременная мышца головы
- 2) передняя лестничная мышца
- 3) нижняя косая мышца головы
- 4) задняя большая прямая мышца головы

5. ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ КАВЕРНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ СПИННОГО МОЗГА СОСТАВЛЯЮТ ____%

- 1)+ 0,5
- 2) 1,5
- 3) 5-8
- 4) 12

6. НЕЙРОГЕННАЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯ ХРОМОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ центрального стеноза позвоночного канала
- 2) манифестации интрамедуллярной опухоли
- 3) грыжи межпозвонкового диска на уровне l5-s1 позвонков
- 4) опухолей грудного отдела спинного мозга

7. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спондилография
- 2) МРТ - исследование
- 3) миелография
- 4) КТ

8. К ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПРИЧИНЕ ФАСЕТОЧНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- 1)+ спондилоартроз
- 2) миофасциальный болевой синдром
- 3) эпидуральный абсцесс
- 4) сирингомиелию

9. ДЛЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ диффузное накопление контрастного вещества при МРТ позвоночника на T1 взвешенном изображении
- 2) персистирующее повышение температуры тела
- 3) КТ признаки “+”- ткани на уровне пораженного позвонка
- 4) хороший эффект от специфической антибиотикотерапии

10. ЛАТЕРАЛЬНАЯ ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА НА УРОВНЕ L4-L5 ПОЗВОНКОВ ВЫЗЫВАЕТ КОМПРЕССИЮ КОРЕШКА

- 1)+ l4
- 2) l5
- 3) l3
- 4) s1

11. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ менингиомы и невриномы
- 2) липомы и тератомы
- 3) эпендимомы
- 4) метастазы

12. ДЕФИЦИТ ТРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ ____ КОРЕШКА

- 1)+ c7
- 2) c8
- 3) d1
- 4) c6

13. ПРИ СИНДРОМЕ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тест Фромана
- 2) проба Таноцци
- 3) супинационный тест
- 4) тест поднятых рук

14. ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ КАВЕРНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ РАЗДЕЛЯЮТ НА ____ ТИПА/ТИПОВ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

15. КАКАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ «СВОБОДНО» ЛЕЖАЩИМ ФРАГМЕНТОМ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА?

- 1)+ секвестра
- 2) пролапса
- 3) протрузии
- 4) экструзии

16. ПРИ ОБРАЗОВАНИИ ФОРАМИНАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА НА УРОВНЕ L4-L5 ПОЗВОНКОВ ПОРАЖАЮТСЯ КОРЕШКИ

- 1)+ l4
- 2) l5
- 3) l4 и l5
- 4) l3

17. ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЗВОНОЧНАЯ АРТЕРИЯ ВХОДИТ В ОДНОИМЕННЫЙ КАНАЛ НА УРОВНЕ

- 1)+ с6
- 2) с4
- 3) с5
- 4) с3

18. К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ острое начало
- 2) тазовые дисфункции
- 3) симптом лермитта
- 4) спастико-паретическую походку

19. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ СИНДРОМЕ «КОНСКОГО ХВОСТА» ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нарушения функции тазовых органов, седловидная анестезия, двигательные и чувствительные нарушения и болевой синдром в поясничном отделе позвоночника
- 2) болевой синдром в пояснице с иррадиацией в ногу, снижение поверхностной чувствительности в ноге и ригидность паравертебральных мышц
- 3) болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, двигательные нарушения
- 4) болевой синдром в ногах, острая задержка мочи

20. К СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ КОНСКОГО ХВОСТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ спастический нижний парапарез
- 2) нарушение функций тазовых органов
- 3) анестезия в нижних конечностях
- 4) анестезия в аногенитальной области

21. БОЛИ ПО НАРУЖНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЛЕЧА И ПРЕДПЛЕЧЬЯ, ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ В 3 ПАЛЕЦ КИСТИ, ГИПЕСТЕЗИЯ В ЭТОЙ ЗОНЕ, ГИПОТРОФИЯ ТРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ КОРЕШКА

- 1)+ с7
- 2) с8
- 3) с5
- 4) с6

22. СИНДРОМ КЛИППЕЛЯ – ФЕЙЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ сращения нескольких шейных позвонков
- 2) платибазии
- 3) краниостеноза
- 4) выступания зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СПИНАЛЬНЫЙ ДИЗРАФИЗМ СОПРОВОЖДАЕТ

- 1)+ липому
- 2) менингиому
- 3) невриному
- 4) астроцитому

24. К КЛАССИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ШЕЙНОЙ СПОНДИЛОГЕННОЙ МИЕЛОПАТИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ головокружение
- 2) нарушение чувствительности в руках
- 3) боль в шее
- 4) слабость в ногах

25. РАДИКУЛОПАТИЯ L5 КОРЕШКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЬЮ ПО

- 1)+ заднебоковой поверхности бедра и переднебоковой поверхности голени до стопы
- 2) боковой поверхности бедра, переднебоковой поверхности голени до пятки
- 3) задней поверхности бедра, голени и до пятки
- 4) внутренней стороне бедра и голени

26. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) СКТ
- 3) спондилография
- 4) ЭНМГ

27. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электронейромиография
- 2) МРТ
- 3) термография
- 4) УЗИ периферических нервов

28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА «КОНСКОГО ХВОСТА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ седловидная анестезия
- 2) болевой синдром
- 3) слабость мышц нижних конечностей
- 4) нарушение эректильной функции

29. МЕТОДИКОЙ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФАСЕТОЧНЫЙ СИНДРОМ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ регресс болевого синдрома на фоне лечебно-диагностической блокады сустава
- 2) функциональная спондилография
- 3) МРТ исследование поясничного отдела позвоночника с контрастным усилением
- 4) обзорная спондилография

30. ПРИ СИНДРОМЕ МАЛОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тест Райта
- 2) тест Фромана
- 3) проба Адсона
- 4) тест Питра

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫМИ СРЕДИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, КАВЕРНОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ СПИННОГО МОЗГА СОСТАВЛЯЮТ ____%

- 1)+ 5-8
- 2) меньше 3
- 3) больше 20
- 4) 10-15

32. В РЯДЕ СЛУЧАЕВ РАЗВИТИЕ ШЕЙНОЙ СПОНДИЛОГЕННОЙ МИЕЛОПАТИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ХОРОШО ИЗВЕСТНОГО АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА

- 1)+ Броун-Секара
- 2) Валленберга-Захарченко
- 3) Фовилля
- 4) Бабинского-Нажотта

33. СПИННОМОЗГОВОЙ НЕРВ ДЕЛИТСЯ НА _____ ВЕТВИ/ ВЕТВЕЙ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

34. ТЕРМИНУ «КОСТЫЛЬНЫЙ» ПАРАЛИЧ СООТВЕТСТВУЕТ НЕВРОПАТИЯ _____ НЕРВОВ

- 1)+ лучевых
- 2) подкрыльцовых
- 3) локтевых
- 4) срединных

35. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ МЕХАНИЗМОВ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА F.MARGEL (1994) ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ ТИПА ПОВРЕЖДЕНИЙ

- 1)+ тип А компрессионный, тип В дистракционный, тип С ротационный
- 2) тип А дилатационный, тип В нестабильный, тип С ротационный
- 3) тип А компрессионный, тип В дистракционный, тип С взрывной
- 4) тип А дилатационный, тип В дистракционный, тип С ротационный

36. СИМПТОМОМ, НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ВЫРАЖЕННОСТЬ ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом Маринеску-Радовичи
- 2) симптом Бабинского
- 3) рефлекс Хоффмана
- 4) симптом «Уходящего пальца»

37. ПРОЕКЦИОННАЯ БОЛЬ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ЗОНЕ ДЕЛЬТОВИДНОЙ МЫШЦЫ, МОГУТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ ЕЕ СЛАБОСТЬЮ И ГИПОТРОФИЕЙ, СНИЖЕНИЕМ ЛОПАТОЧНОГО РЕФЛЕКСА И ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ _____ КОРЕШКА

- 1)+ с5
- 2) с7
- 3) с8
- 4) с6

38. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с контрастным усилением
- 2) спондилография
- 3) СКТ
- 4) МРТ

39. РАДИКУЛОПАТИЯ S1 КОРЕШКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БОЛЬЮ ПО

- 1)+ задней поверхности бедра, голени и до пятки
- 2) заднебоковой поверхности бедра и голени
- 3) боковой поверхности бедра, голени до пятки
- 4) внутренней стороне бедра и голени

40. ПРИ ДИСКО-РАДИКУЛЯРНОМ КОНФЛИКТЕ НА УРОВНЕ L5-S1 ПОЗВОНКОВ ВОЗМОЖНА КОМПРЕССИЯ АРТЕРИИ

- 1)+ Депрож-Готтерона
- 2) передней спинальной
- 3) задней спинальной
- 4) Адамкевича

41. СКАЛЕНУС-СИНДРОМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПРЕССИЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ нижнего первичного ствола плечевого сплетения и подключичной артерии
- 2) верхнего и среднего первичных стволов плечевого сплетения
- 3) нижнего первичного ствола плечевого сплетения и подключичной вены
- 4) латерального и медиального пучков плечевого сплетения

42. ВЫПАДЕНИЕ РЕФЛЕКСА С ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ спинного мозга или корешков с5 и с6
- 2) спинного мозга на уровне с7
- 3) противоположного полушария головного мозга
- 4) области кранио-вертебрального перехода

43. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

- 1)+ l5-s1
- 2) l4-l5
- 3) l2-l3
- 4) l3-l4

44. АРТЕРИЯ АДАМКЕВИЧА ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТ

- 1)+ один из корешков на нижнегрудном уровне
- 2) корешок s1 справа
- 3) одноименную вену
- 4) корешок l2 справа или слева

45. ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ В ПОЗВОНОЧНОМ КАНАЛЕ ГРЫЖИ ДИСКОВ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА

- 1)+ центральные, парамедианные и латеральные
- 2) центральные, передние и медианные
- 3) медианные, парамедианные, центральные и фораминальные
- 4) срединные, задние, боковые

46. КАКОЙ ВИД ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ СТАБИЛЬНОСТЬ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА?

- 1)+ функциональная спондилография
- 2) рентгенография
- 3) МСКТ
- 4) МРТ

47. К ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОПУХОЛЯМ СПИННОГО МОЗГА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ астроцитомы
- 2) менингиомы
- 3) невриномы
- 4) миксопапиллярная эпендимома

48. СНИЖЕНИЕ АХИЛЛОВА РЕФЛЕКСА УКАЗЫВАЕТ НА ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ корешка s1
- 2) корешка l5
- 3) корешка l4
- 4) конуса спинного мозга

49. «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ
- 2) МСКТ
- 3) функциональная спондилография
- 4) ПЭТ-исследование

50. БОЛЬ В СПИНЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ОТ 6 ДО 12 НЕДЕЛЬ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК

- 1)+ подострая
- 2) острая
- 3) хроническая
- 4) рецидивирующая

51. К ОПУХОЛЯМ ОБОЛОЧЕК ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ганглиома
- 2) доброкачественная тритон опухоль
- 3) миксома нерва кожи
- 4) периневриома

52. ПАЦИЕНТАМ С НЕИНКАПСУЛИРОВАННОЙ ОПУХОЛЬЮ, МИКСОПАПИЛЛЯРНОЙ ЭПЕНДИМОМОЙ GRADE I КОНТРОЛЬНУЮ МРТ ВСЕХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И ГОЛОВНОГО МОЗГА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 1
- 4) 12

53. ЭКСТРАДУРАЛЬНЫЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ САМЫМИ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ КОСТНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И СОСТАВЛЯЮТ _____% СРЕДИ ВСЕХ КОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ 95
- 2) 80
- 3) 50
- 4) 70

54. БИОПСИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНКОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ до 40 лет при отсутствии онкологического анамнеза
- 2) старше 40 лет при отсутствии онкологического анамнеза
- 3) до 40 лет при наличии онкологического диагноза
- 4) старше 40 лет при наличии онкологического диагноза

55. ВЕРОЯТНОСТЬ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА В СЛУЧАЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 5 - 10
- 2) 1 - 5
- 3) 10 - 15
- 4) 15 - 20

56. В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРЕДНИХ ВЕТВЕЙ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ C5, C6 РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ паралич Дюшенна-Эрба
- 2) паралич Дежерин-Клюмпке
- 3) тотальная моноплегия руки на стороне поражения
- 4) синдром Клода Бернара-Горнера

57. ПАРАЛИЧ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ, КИСТИ, ОСНОВНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ («СВИСАЮЩАЯ КИСТЬ») ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ _____ НЕРВА

- 1)+ лучевого
- 2) срединного
- 3) локтевого
- 4) мышечно-кожного

58. ГЕМАНГИОМА, СОСТОЯЩАЯ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ, ВЫСТЛАННЫХ ОДНОСЛОЙНЫМ ЭНДОТЕЛИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ кавернозной
- 2) капиллярной
- 3) смешанной
- 4) гемангиомой

59. К ВЫСОКОРАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ миелома
- 2) рак молочной железы
- 3) меланома
- 4) рак лёгких

60. СКАЛЕНУС-СИНДРОМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПРЕССИЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ нижнего первичного ствола плечевого сплетения и подключичной артерии
- 2) верхнего и среднего первичных стволов плечевого сплетения
- 3) нижнего первичного ствола плечевого сплетения и подключичной вены
- 4) латерального и медиального пучков плечевого сплетения

61. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРОЦЕДУРЫ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ТЭЛА экстравазацией цемента
- 2) экстравазация цемента в эпидуральное пространство
- 3) экстравазация цемента в интрадуральное пространство
- 4) травма твердой мозговой оболочки

62. ХАРАКТЕРНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ КИСТИ ПРИ СИНДРОМЕ КУБИТАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ когтистая, или птичья лапа
- 2) обезьянья кисть
- 3) рука проповедника
- 4) падающая кисть

63. ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ (ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ИССЛЕДОВАНИЯ), У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ КТ-миелографии
- 2) сцинтиграфии
- 3) функциональной спондилографии
- 4) СКТ

64. К СУБТОТАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА ОТНОСЯТ

- 1)+ корпорэктомия с парциальным удалением опухоли отдельными фрагментами
- 2) ламинэктомия без удаления опухоли
- 3) вертебрэктомия
- 4) вертебрэктомия с прилежащими тканями не менее чем на 2,5см

65. ЧАЩЕ ВСЕГО В ПОЗВОНОЧНИК МЕТАСТАЗИРУЕТ РАК

- 1)+ лёгкого
- 2) молочной железы
- 3) желудка
- 4) печени

66. АТРОФИЯ МЫШЦ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ ТЕНАРА («ОБЕЗЬЯНЬЯ ЛАПА»), РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ _____ НЕРВА

- 1)+ срединного
- 2) лучевого
- 3) локтевого
- 4) мышечно-кожного

67. С ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭПЕНДИМОМЫ КОНЕЧНОЙ НИТИ ОТНОСЯТ К _____ ОПУХОЛЯМ СПИННОГО МОЗГА

- 1)+ экстрамедуллярным интрадуральным
- 2) интрамедуллярным
- 3) экстрамедуллярным экстрадуральным
- 4) экстрамедуллярным интра-экстрадуральным

68. СОЛИДНАЯ ЧАСТЬ МИКСОПАПИЛЛЯРНОЙ ЭПЕНДИОМОМЫ ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ В T2 РЕЖИМЕ ИМЕЕТ СИГНАЛ

- 1)+ гиперинтенсивный
- 2) слабогиперинтенсивный
- 3) гипоинтенсивный
- 4) изоинтенсивный

69. АТРОФИЯ ЧЕТЫРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ БЕДРА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА

- 1)+ бедренного
- 2) подвздошно-пахового
- 3) запирательного
- 4) седалищного

70. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компрессия спинного мозга
- 2) компрессия спинно-мозговых корешков
- 3) нестабильность позвоночного столба
- 4) прогрессирующий болевой синдром

71. МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ У _____ % ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ 34
- 2) 25
- 3) 12
- 4) 45

72. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ НЕ РЕДКО СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ сирингомиелией
- 2) гидроцефалией
- 3) синдромом фиксированного спинного мозга
- 4) атрофией лобных долей

73. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ «ФАСЕТОЧНОГО СИНДРОМА» ОТНОСЯТ

- 1)+ боли диффузного характера в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в ягодичную область и верхнюю часть бедра
- 2) устойчивую лихорадку
- 3) иррадирующую боль по «корешковому» типу
- 4) боль в спине, усиливающуюся в состоянии покоя

74. ГЕАНГИОМЫ С СУММОЙ БАЛЛОВ < 5 ПО БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ АГРЕССИВНОСТИ ГЕАНГИОМ ПОЗВОНКОВ ОТНОСЯТСЯ К

- 1)+ неагрессивным гемангиомам
- 2) агрессивным гемангиомам III A тип
- 3) агрессивным гемангиомам III B тип
- 4) малым гемангиомам

75. СРЕДИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ НАДКЛЮЧИЧНЫЕ СОСТАВЛЯЮТ ____%

- 1)+ 66-75
- 2) 25-33
- 3) 10-15
- 4) 5-10

76. ДЛЯ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение чувствительности в конечностях по типу «перчаток и носков»
- 2) двоение предметов при зоре прямо
- 3) снижение силы в конечностях по пирамидному типу
- 4) гиперестезия в лице

77. ПРИ ИНКАПСУЛИРОВАННОМ ТИПЕ РОСТА ЭПЕНДИМОМЫ (GRADE II) КОНТРОЛЬНУЮ МРТ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ 3, 12, 24 месяца
- 2) 6, 12, 32 месяца
- 3) 1, 3, 12 месяцев
- 4) 12, 24, 32 месяца

78. РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕЖДУ КОРЕШКАМИ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ ОСОБЕННОСТЬЮ

- 1)+ миксопапиллярной эпендимомы
- 2) субэпендимомы
- 3) анапластической эпендимомы
- 4) десмопластической эпендимомы

79. ПАЦИЕНТУ С ПРИЗНАКАМИ МАЛЬФОРМАЦИИ КИАРИ II ТИПА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ДООБСЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ МРТ поясничного отдела позвоночника
- 2) МРТ шейного отдела позвоночника
- 3) КТ головного мозга
- 4) МРТ грудного отдела позвоночника

80. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, НЕ ОТНОСЯЩЕЙСЯ К ПЕРВИЧНЫМ КОСТНЫМ ОПУХОЛЯМ, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ однофотонной эмиссионной томографии (ОФЭКТ) скелета с введением изотопа Тс99
- 2) сцинтиграфии
- 3) ПЭТ-КТ
- 4) рентгенографии

81. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ МИКСОПАПИЛЛЯРНОЙ ЭПЕНДИОМЫ ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с контрастным усилением
- 2) КТ с контрастным усилением
- 3) КТ перфузия
- 4) МРТ-ангиография

82. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕАНГИМЫ ПОЗВОНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ
- 2) МРТ
- 3) Спондилография
- 4) ПЭТ-КТ

83. ГЛАВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ ОТЛИЧИЕМ ГЕАНГИОМЫ ОТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО И ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА (БОЛЕЗНИ ПОТТА) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сохранность межпозвонкового диска
- 2) эрозия кортикального слоя тела
- 3) отсутствие четкой трабекулярности
- 4) наличие паравerteбрального мягкотканного компонента

84. МИКСОПАПИЛЛЯРНАЯ ЭПЕНДИОМОМА ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ ОТНОСИТСЯ К _____ ОПУХОЛИ

- 1)+ нейроэктодермальной
- 2) глиальной
- 3) первичной герминативной
- 4) первичной негерминогенной герминативно-клеточной

85. К СИМПТОМАМ ИРРИТАЦИИ СИМПАТИЧЕСКОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ СИНДРОМЕ НИЖНЕЙ КОСЫЙ МЫШЦЫ ГОЛОВЫ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ парестезии в затылочной области
- 2) пульсирующую боль в зоне «снятия шлема»
- 3) фотопсии
- 4) кохлеовестибулярные нарушения

86. МИКСОПАПИЛЛЯРНАЯ ЭПЕНДИОМОМА ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ НАКАПЛИВАЕТ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО

- 1)+ умеренно неравномерно
- 2) умеренно равномерно
- 3) активно неравномерно
- 4) активно равномерно

87. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ болями в затылочной области
- 2) двоением предметов при взоре прямо
- 3) снижением силы в конечностях по пирамидному типу
- 4) гиперестезией в лице

88. СЦИНТИГРАФИЮ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- 1)+ проведения дифференциальной диагностики с онкологическими и воспалительными заболеваниями позвоночника
- 2) определения уровня патологического очага
- 3) проведения онкопоиска
- 4) проведения метаболической активности очага

89. СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ физикальное исследование
- 2) УЗИ
- 3) МРТ
- 4) ЭНМГ

90. ПРИ ОТСУТСТВИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В АНАМНЕЗЕ, В ВОЗРАСТЕ ДО 40 ЛЕТ, ПРИ НАЛИЧИИ ОБЪЁМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПОЗВОНКА ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ биопсии опухоли, гистологического и иммуногистохимического анализа полученной ткани
- 2) магнитно - резонансной томографии головного мозга, шейного, грудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника с контрастным усилением
- 3) прицельного ультразвукового исследования щитовидной железы, почек, надпочечников, предстательной железы, матки и яичников, мочевого пузыря
- 4) колоноскопии и иригографии, эзофаго-гастро-дуоденоскопии и эзофаго-гастрографии

91. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С МИКСОПАПИЛЛЯРНОЙ ЭПЕНДИОМОЙ ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНИТЬ КТ В СЛУЧАЕ

- 1)+ деструкции кости
- 2) активного накопления контраста опухолью
- 3) наличия выраженного болевого синдрома
- 4) распространенности опухоли более чем на 3 сегмента

92. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ синдром Зудека
- 2) сфеноидную дисплазию
- 3) 2 узелка Лиша и более
- 4) глиому зрительного нерва

93. ЗАЧАСТУЮ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭПЕНДИОМ ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ НАПОМИНАЕТ ПРОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ дегенеративных заболеваний позвоночника
- 2) урологических заболеваний
- 3) гинекологических заболеваний
- 4) полинейропатических заболеваний

94. ГЕАНГИОМЫ С СУММОЙ БАЛЛОВ > 5 (С ЭКСТРАВЕРТЕБРАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ, С ПРИЗНАКАМИ КОМПРЕССИИ НЕВРАЛЬНЫХ СТРУКТУР) ПО БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ АГРЕССИВНОСТИ ГЕАНГИОМ ПОЗВОНКОВ ОТНОСЯТСЯ К

- 1)+ агрессивным гемангиомам IIIВ тип
- 2) агрессивным гемангиомам IIIА тип
- 3) малым гемангиомам
- 4) неагрессивным гемангиомам

95. АБСОЛЮТНОЕ БОЛЬШИНСТВО ГЕАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА

- 1)+ не проявляется клинически
- 2) вызывает локальный болевой синдром
- 3) вызывает иррадиирующий болевой синдром
- 4) вызывает снижение чувствительности

96. МАЛЬФОРМАЦИЯ КИАРИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ головными болями, преимущественно в утренние часы суток
- 2) двоением предметов при взоре прямо
- 3) снижением силы в конечностях по пирамидному типу
- 4) гиперестезией в лице

97. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ РАК

- 1)+ лёгкого
- 2) молочной железы
- 3) предстательной железы
- 4) желудка

98. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ с контрастным усилением
- 2) КТ
- 3) КТ перфузия
- 4) МРТ-ангиография

99. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЭКСТРАДУРАЛЬНЫЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В

- 1)+ грудном отделе позвоночника
- 2) поясничном отделе позвоночника
- 3) шейном отделе позвоночника
- 4) крестцовом отделе позвоночника

100. ГЕАНГИОМЫ С СУММОЙ БАЛЛОВ > 5 (БЕЗ ПРИЗНАКОВ КОМПРЕССИИ НЕВРАЛЬНЫХ СТРУКТУР) ПО БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ АГРЕССИВНОСТИ ГЕАНГИОМ ПОЗВОНКОВ ОТНОСЯТСЯ К

- 1)+ агрессивным гемангиомам IIIA тип
- 2) агрессивным гемангиомам IIIB тип
- 3) малым гемангиомам
- 4) неагрессивным гемангиомам

101. НЕПОЛНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН (ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ОТСУТСТВУЮТ НИЖЕ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ, НО СОХРАНЕНЫ ЭЛЕМЕНТЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ) В СЕГМЕНТАХ S4-S5 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТИПА

- 1)+ B
- 2) A
- 3) D
- 4) C

102. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАБИЛЬНОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА ИСПОЛЬЗУЮТ КЛАССИФИКАЦИЮ

- 1)+ denis
- 2) fisher
- 3) cushing
- 4) dandy

103. ПОЛНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН (ОТСУТСТВИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ), В S4-S5 СЕГМЕНТАХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТИПА

- 1)+ A
- 2) B
- 3) C
- 4) D

104. ДЛЯ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ЭПЕНДИМОМ ХАРАКТЕРНО _____ НАКОПЛЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА

- 1)+ гетерогенное
- 2) гомогенное
- 3) отсутствие
- 4) изогенное

105. НЕПОЛНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН (ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ СОХРАНЕНЫ НИЖЕ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И В БОЛЬШИНСТВЕ КОНТРОЛЬНЫХ ГРУПП СИЛА РАВНА 3 БАЛЛАМ И БОЛЕЕ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТИПА

- 1)+ D
- 2) C
- 3) A
- 4) B

106. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МРТ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ С НАПРЯЖЕННОСТЬЮ МАГНИТНОГО ПОЛЯ АППАРАТА

- 1)+ от 1,5 до 3,0 тесла
- 2) от 0,5 до 1,5 тесла
- 3) от 0,2 до 1,0 тесла
- 4) от 0,2 до 3,0 тесла

107. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ БЛОКА (С ВВЕДЕНИЕМ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В БОЛЬШУЮ ИЛИ БОКОВУЮ ЗАТЫЛОЧНЫЕ ЦИСТЕРНЫ) И ПОДЪЕМОМ ГОЛОВНОГО КОНЦА РЕНТГЕНОВСКОГО СТОЛА ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ нисходящую миелографию
- 2) восходящую миелографию
- 3) тап-тест
- 4) цистернографию

108. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ T1

-
- 1)+ медиальная сторона локтевой ямки
 - 2) латеральная сторона локтевой ямки
 - 3) вершина подмышечной впадины
 - 4) третий межреберный промежуток

109. ТИП «В» ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сочетанием компрессии с дистракцией элементов позвонка
- 2) компрессией элементов позвонка
- 3) ротацией с компрессией и дистракцией элементов позвонка
- 4) колото-резанным ранением

110. НАРУШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА СТОРОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПОТЕРЯ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома Броун-Секара
- 2) переднемедуллярного синдрома
- 3) центромедуллярного синдрома
- 4) синдрома поражения конуса и конского хвоста

111. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ T6-T9

-
- 1)+ соответствующие межреберные промежутки
 - 2) уровень пупка
 - 3) уровень сосковой линии
 - 4) вершина подмышечной впадины

112. ОПОРНЫМ СТОЛБОМ ПО DENIS, ВКЛЮЧАЮЩИМ В СЕБЯ ПЕРЕДНЮЮ ПРОДОЛЬНУЮ СВЯЗКУ, ПЕРЕДНИЕ 2/3 ТЕЛА ПОЗВОНКА, ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА И ДИСКА ЯВЛЯЕТСЯ_____ СТОЛБ

- 1)+ передний
- 2) средний
- 3) задний
- 4) промежуточный

113. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ T11

-
- 1)+ одиннадцатый межреберный промежуток
 - 2) уровень пупка
 - 3) уровень сосковой линии
 - 4) уровень реберного угла лопатки

114. БОЛЬНЫМ С НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ И БОЛЕЗНЬЮ VON HIPPEL-LINDAU СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ МРТ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ

- 1)+ всего нейроаксиса
- 2) шейного отдела
- 3) головного мозга и шейного отдела
- 4) шейного и грудного отделов

115. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ C4

-
- 1)+ вершина акромиально-ключичного сустава
 - 2) надключичная ямка
 - 3) затылочный бугор
 - 4) латеральная сторона локтевой ямки

116. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ C5

-
- 1)+ латеральная сторона локтевой ямки
 - 2) вершина акромиально-ключичного сустава
 - 3) надключичная ямка
 - 4) латеральная сторона локтевой ямки

117. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ L2

-
- 1)+ середина передней поверхности бедра
 - 2) медиальный мыщелок бедра
 - 3) медиальная лодыжка
 - 4) тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава

118. ВЫЯВИТЬ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ И НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЗВОНОЧНОГО СЕГМЕНТА ПОМОЖЕТ

- 1)+ обзорная спондилография с функциональными пробами
- 2) КТ
- 3) МРТ
- 4) ОФЭКТ-КТ

119. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИЖНЕЙ ГРАНИЦЫ БЛОКА СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА (С ВВЕДЕНИЕМ РАСТВОРА ОМНИПАКА С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ИОДА 300МГ/МЛ В ПРОМЕЖУТКЕ L4-5 ИЛИ L5-S1 ПОЗВОНКОВ) И НАКЛОНОМ ГОЛОВНОГО КОНЦА РЕНТГЕНОВСКОГО СТОЛА ВНИЗ ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ восходящую миелографию
- 2) тап-тест
- 3) цистернографию
- 4) фистулографию

120. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ T4

-
- 1)+ уровень сосковой линии
 - 2) третий межреберный промежуток
 - 3) медиальная сторона локтевой ямки
 - 4) вершина подмышечной впадины

121. ОПОРНЫМ СТОЛБОМ ПО <i>DENIS</i>, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НОЖКИ, ДУЖКИ, СУСТАВНЫЕ И ПОПЕРЕЧНЫЕ ОТРОСТКИ, ОСТИСТЫЙ ОТРОСТОК, НАД-, МЕЖОСТИСТЫЕ, ЖЕЛТУЮ СВЯЗКИ И КАПСУЛЫ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТОЛБ

- 1)+ задний
- 2) передний
- 3) средний
- 4) промежуточный

122. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ L3

-
- 1)+ медиальный мыщелок бедра
 - 2) медиальная лодыжка
 - 3) середина передней поверхности бедра
 - 4) тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава

123. ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ НОГ, АРЕФЛЕКТОРНЫЕ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И СФИНКТЕР ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ синдрома поражения конуса и конского хвоста
- 2) синдрома Броун-Секара
- 3) центромедуллярного синдрома
- 4) переднемедуллярного синдрома

124. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ C3

-
- 1)+ надключичная ямка
 - 2) затылочный бугор
 - 3) вершина акромиально-ключичного сустава
 - 4) латеральная сторона локтевой ямки

125. ПОВРЕЖДЕНИЕ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ТОЛЬКО В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ СОХРАНЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В КРЕСТЦОВЫХ СЕГМЕНТАХ И ПРЕОБЛАДАНИЕМ СЛАБОСТИ В ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ НАД НИЖНИМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ центромедуллярного синдрома
- 2) спинального шока
- 3) ушиба спинного мозга
- 4) сотрясения спинного мозга

126. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ L5

- 1)+ тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава
- 2) латеральная поверхность пятки
- 3) медиальный мыщелок бедра
- 4) середина передней поверхности бедра

127. ИЗОДЕНСНУЮ ТКАНЬ ЭПЕНДИМОМЫ МОЖНО ОТЛИЧИТЬ ОТ СПИННОГО МОЗГА ИЛИ СОДЕРЖИМОГО ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ МРТ
- 2) КТ
- 3) ПЭТ
- 4) ОФЭКТ-КТ

128. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА, ВЫЯВИТЬ УРОВЕНЬ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА, СДАВЛЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА, НАЛИЧИЕ РАЗРЫВОВ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ миелография
- 2) МРТ
- 3) спондилография
- 4) ПЭТ

129. ТИП «А» ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ компрессией элементов позвонка
- 2) сочетанием компрессии с дистракцией элементов позвонка
- 3) ротацией с компрессией и дистракцией элементов позвонка
- 4) колото-резанным ранением

130. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ S2

- 1)+ подколенная ямка по средней линии
- 2) латеральная поверхность пятки
- 3) седалищный бугор
- 4) тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава

131. ОТСУТСТВИЕ ФУНКЦИИ СПИННОГО МОЗГА В ЗОНЕ ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ 3-30 ДНЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕГО ОТЕКА, УШИБА И, ВОЗМОЖНО, ЗАПРЕДЕЛЬНОГО ЗАЩИТНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ спинального шока
- 2) центромедулярного синдрома
- 3) ушиба спинного мозга
- 4) сотрясения спинного мозга

132. ОТСУТСТВИЕ АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ В КОНЕЧНОСТЯХ, ПРИ НАЛИЧИИ ПРОИЗВОЛЬНОГО СОКРАЩЕНИЯ СФИНКТЕРА СЧИТАЕТСЯ _____ ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

- 1)+ неполным
- 2) частичным
- 3) полным
- 4) отсутствием

133. ТИПОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ПО ШКАЛЕ ASIA, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕПОЛНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ (ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ОТСУТСТВУЮТ НИЖЕ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ, НО СОХРАНЕНЫ ЭЛЕМЕНТЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В СЕГМЕНТАХ S4-S5) ЯВЛЯЕТСЯ ТИП

- 1)+ В
- 2) А
- 3) С
- 4) Е

134. ПЕРЕДНЯЯ 10 ПРОДОЛЬНАЯ СВЯЗКА, ПЕРЕДНИЕ 2/3 ТЕЛА ПОЗВОНКА, ФИБРОЗНОЕ КОЛЬЦО И ДИСК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТЕРМИНА

- 1)+ передний опорный столб
- 2) средний опорный столб
- 3) задний опорный столб
- 4) передне-задний опорный столб

135. ПОВРЕЖДЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ В МОМЕНТ ТРАВМЫ И СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЛНЫМ ИЛИ ЧАСТИЧНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ РАЗРУШЕНИЕМ ЕГО ВЕЩЕСТВА С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, УЧАСТКАМИ ИШЕМИИ, НЕКРОЗА И РЕГИОНАРНЫМ ОТЕКОМ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ДЛЯЩИМИСЯ БОЛЕЕ 7 СУТОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ ушиба спинного мозга
- 2) сотрясения спинного мозга
- 3) спинального шока
- 4) центромедуллярного синдрома

136. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ S3

-
- 1)+ седалищный бугор
 - 2) подколенная ямка по средней линии
 - 3) латеральная поверхность пятки
 - 4) тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава

137. ОПОРНЫМ СТОЛБОМ ПО DENIS, КОТОРЫЙ СОСТОИТ ИЗ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ ТЕЛА ПОЗВОНКА, ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА, ДИСКА И ЗАДНЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ_____ СТОЛБ

- 1)+ средний
- 2) передний
- 3) задний
- 4) промежуточный

138. ПРИ ОЦЕНКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ

- 1)+ Asia
- 2) Глазго
- 3) Рихтера
- 4) Апгар

139. НАРУШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ, БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ переднемедуллярного синдрома
- 2) центромедуллярного синдрома
- 3) синдрома Броун-Секара
- 4) синдрома поражения конуса и конского хвоста

140. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ С6

- 1)+ большой палец
- 2) средний палец
- 3) латеральная сторона локтевой ямки
- 4) вершина акромиально-ключичного сустава

141. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ Т3

- 1)+ третий межреберный промежуток
- 2) латеральная сторона локтевой ямки
- 3) медиальная сторона локтевой ямки
- 4) вершина подмышечной впадины

142. ПРОЯВЛЕНИЕ ЛЕГКИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАК ПРАВИЛО, РЕГРЕССИРУЮЩИХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3-7 СУТОК И НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО КОРЕШКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ сотрясения спинного мозга
- 2) ушиба спинного мозга
- 3) спинального шока
- 4) центромедуллярного синдрома

143. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ С7

- 1)+ средний палец
- 2) большой палец
- 3) мизинец
- 4) латеральная сторона локтевой ямки

144. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ L4

- 1)+ медиальная лодыжка
- 2) медиальный мыщелок бедра
- 3) середина передней поверхности бедра
- 4) тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава

145. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ Т2

- 1)+ вершина подмышечной впадины
- 2) медиальная сторона локтевой ямки
- 3) латеральная сторона локтевой ямки
- 4) третий межреберный промежуток

146. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ С2

- 1)+ затылочный бугор
- 2) надключичная ямка
- 3) вершина акромиально-ключичного сустава
- 4) латеральная сторона локтевой ямки

147. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ С8

- 1)+ мизинец
- 2) большой палец
- 3) средний палец
- 4) медиальная сторона локтевой ямки

148. ТИПОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ПО ШКАЛЕ ASIA, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ПОЛНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ (НИ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ, НИ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ НЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ, В S4-S5 СЕГМЕНТАХ ОТСУТСТВУЮТ ПРИЗНАКИ АНАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ) ЯВЛЯЕТСЯ ТИП

- 1)+ А
- 2) В
- 3) С
- 4) Е

149. ТИП «С» ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ ротацией с компрессией и дистракцией элементов позвонка
- 2) компрессией элементов позвонка
- 3) сочетанием компрессии с дистракцией элементов позвонка
- 4) колото-резанным ранением

150. НЕПОЛНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН (ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ СОХРАНЕНЫ НИЖЕ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И В БОЛЬШИНСТВЕ КОНТРОЛЬНЫХ ГРУПП СИЛА МЕНЕЕ 3 БАЛЛОВ) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТИПА

- 1)+ С
- 2) В
- 3) А
- 4) D

151. СИНДРОМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ нижний спастический и верхний вялый парапарез
- 2) нижний вялый парапарез
- 3) верхний вялый парапарез
- 4) нарушение функции тазовых органов

152. ФЕНОМЕН "ЗАЩИТНЫХ РЕФЛЕКСОВ" ПОМОГАЕТ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1)+ патологического очага по поперечнику спинного мозга
- 2) каудальных патологических очагов
- 3) уровня поражения спинного мозга
- 4) цервикальных патологических очагов

153. ПОВРЕЖДЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА, КОТОРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОХРАНЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В КРЕСТЦОВЫХ СЕГМЕНТАХ И ПРЕОБЛАДАНИЕМ СЛАБОСТИ В ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ НАД НИЖНИМИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ центромедулярный
- 2) переднемедулярный
- 3) Броун-Секара
- 4) поражения конуса и конского хвоста

154. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передней, парными задними спинальными артериями и корешковыми артериями
- 2) парными задними спинальными артериями, а также корешково-спинальными артериями
- 3) парными передними спинальными артериями, а также корешковыми артериями
- 4) передней и корешково-спинальными артериями

155. УСЛОВНОЙ ЕДИНИЦЕЙ, СОСТОЯЩЕЙ ИЗ ДВУХ СМЕЖНЫХ ПОЗВОНКОВ, МЕЖПОЗВОНКОВЫХ СУСТАВОВ И МЫШЕЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ позвоночно-двигательный сегмент
- 2) опистион
- 3) несегментированный блок
- 4) сегментированный блок

156. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ТН6 – ТН7 СЕГМЕНТОВ ОТМЕЧАЕТСЯ _____ БРЮШНЫХ РЕФЛЕКСОВ

- 1)+ угнетение средних
- 2) выпадение верхних
- 3) выпадение средних
- 4) выпадение нижних

157. ОККЛЮЗИЯ ЗАДНЕЙ СПИНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПРИВОДИТ К

- 1)+ нарушению глубокой чувствительности ниже уровня поражения со своей стороны
- 2) парапарезу и тазовым нарушениям
- 3) нарушениям глубокой чувствительности на противоположной стороне ниже уровня поражения
- 4) нарушениям всех видов чувствительности на одноименной стороне

158. ПОВРЕЖДЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА, КОТОРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ, БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ переднемедулярный
- 2) центромедулярный
- 3) Броун-Секара
- 4) поражения конуса и конского хвоста

159. ТИПОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ПО ШКАЛЕ ASIA, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТИП

- 1)+ Е
- 2) А
- 3) В
- 4) С

160. ПРИ ПОРАЖЕНИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ КОНСКОГО ХВОСТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ онемение в промежности, нарушение мочеиспускания и дефекации
- 2) слабость и онемение в стопах, выпадение ахилловых рефлексов
- 3) тазовая боль
- 4) равномерное повреждение всех корешков

161. ПОРАЖЕНИЕ ЛУЧЕВОГО НЕРВА В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ анестезией на кисти в зоне "анатомической табакерки"
- 2) грубыми трофическими нарушениями
- 3) болевым синдромом
- 4) параличом разгибателей предплечья и кисти

162. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА СВОДЯТСЯ К

- 1)+ спастическому тетрапарезу
- 2) атактическому синдрому
- 3) спастическому гемипарезу
- 4) нижнему спастическому парапарезу

163. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ К КАРДИНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ вялую моноплегию
- 2) болевой синдром
- 3) трофические расстройства
- 4) синдром Клода-Бернара-Горнера

164. АТРОФИЯ ЧЕТЫРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ БЕДРА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ НЕРВА

- 1)+ бедренного
- 2) подвздошно-пахового
- 3) запирающего
- 4) седалищного

165. ПОВРЕЖДЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА СТОРОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПОТЕРЕЙ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Броун-Секара
- 2) переднемедуллярный
- 3) центромедуллярный
- 4) поражения конуса и конского хвоста

166. ПОВРЕЖДЕНИЕ КОРЕШКОВ ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1)+ анестезией с1-с4
- 2) парезом диафрагмы
- 3) дыхательными расстройствами
- 4) затылочной невралгией

167. К АНОМАЛИИ НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ IV ТИПА ПО KADISH AND SIMMONS ОТНОСИТСЯ

- 1)+ экстрадуральное разделение нервного корешка
- 2) экстрадуральный анастомоз нервных корешков
- 3) аномальное отхождение нервного корешка
- 4) интрадуральный анастомоз нервных корешков

168. КРАНИАЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амблиопия
- 2) внутренняя офтальмоплегия
- 3) бульбарный синдром
- 4) нистагм

169. ТИПОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ПО ШКАЛЕ ASIA, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕПОЛНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ (ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ СОХРАНЕНЫ НИЖЕ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И В БОЛЬШИНСТВЕ КОНТРОЛЬНЫХ ГРУПП СИЛА МЕНЕЕ 3 БАЛЛОВ) ЯВЛЯЕТСЯ ТИП

- 1)+ С
- 2) А
- 3) В
- 4) Е

170. ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ФУНКЦИЙ ТУЛОВИЩА, НОГ, ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНЫХ, ПОЯСНИЧНЫХ ИЛИ КРЕСТЦОВЫХ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА, КОНУСА ИЛИ КОРЕШКОВ КОНСКОГО ХВОСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ параплегия
- 2) парепарез
- 3) тетраплегия
- 4) тетрапарез

171. К МЕТОДУ ВЫБОРА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ СКТ
- 2) миелографию
- 3) спондилографию
- 4) соматосенсорные вызванные потенциалы

172. ПОВРЕЖДЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЯЛЫМ ПАРАЛИЧЕМ НОГ И АРЕФЛЕКТОРНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ И СФИНКТЕРОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ поражения конуса и конского хвоста
- 2) переднемедуллярный
- 3) центромедуллярный
- 4) Броун-Секара

173. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВЕРХНЕШЕЙНЫХ ОТДЕЛОВ СПИННОГО МОЗГА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1)+ глухота
- 2) нистагм
- 3) атаксия
- 4) парез языка

174. К СИНДРОМУ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ВЫПАДЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОНСКОГО ХВОСТА ОТНОСЯТ

- 1)+ "седловидную" гипестезию промежности
- 2) проводниковую гипестезию
- 3) корешковую гипестезию в ногах
- 4) диссоциированные гипестезии сегментарного типа

175. ТИПОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ПО ШКАЛЕ ASIA, КОТОРЫЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕПОЛНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ (ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ СОХРАНЕНЫ НИЖЕ УРОВНЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И В БОЛЬШИНСТВЕ КОНТРОЛЬНЫХ ГРУПП СИЛА РАВНА 3 БАЛЛАМ И БОЛЕЕ) ЯВЛЯЕТСЯ ТИП

- 1)+ D
- 2) A
- 3) B
- 4) C

176. СИНДРОМ РЕФЛЕКТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭПИКОНУСА L4-S2 ВКЛЮЧАЕТ ВЫПАДЕНИЕ

- 1)+ ахилловых рефлексов
- 2) анального рефлекса
- 3) коленных рефлексов
- 4) кремастерных рефлексов

177. ВОЗНИКНОВЕНИЕ СПИНАЛЬНЫХ АВТОМАТИЗМОВ ХАРАКТЕРНО ПРИ

- 1)+ поперечном повреждении спинного мозга
- 2) экстрамедуллярных опухолях
- 3) грыжах межпозвонковых дисков на грудном уровне
- 4) сирингомиелии

178. АРТЕРИЯ ДЕПРОЖ-ГОТТЕРОНА ЧАСТО ВХОДИТ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ НА УРОВНЕ С

- 1)+ L5 поясничным или S1 крестцовым корешком
- 2) L2-L4 поясничным корешком
- 3) L5 поясничным или S1 крестцовым корешком с двух сторон
- 4) L1-L2 поясничным или S1-S3 крестцовым корешком

179. ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ФУНКЦИЙ РУК, НОГ, ТУЛОВИЩА, ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕГМЕНТОВ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тетраплегия
- 2) тетрапарез
- 3) параплегия
- 4) парапарез

180. ЦИЛИОСПИНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СПИННОГО МОЗГА ЛОКАЛИЗОВАН НА_____ УРОВНЕ

- 1)+ c8 - th2
- 2) c1 - c4
- 3) c4 – c8
- 4) c3 – c5

181. СИНДРОМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ЭПИКОНУСА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ

- 1)+ парез дистальных отделов ног
- 2) паралич проксимальных отделов ног
- 3) парез проксимальных отделов ног
- 4) паралич дистальных отделов ног

182. ТРАВМА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ ЛЕГКИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КАК ПРАВИЛО, РЕГРЕССИРУЮЩИМИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3-7 СУТОК И НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО КОРЕШКОВ ЭТО

- 1)+ сотрясение спинного мозга
- 2) ушиб спинного мозга
- 3) сдавление спинного мозга
- 4) спинальный шок

183. СИНДРОМ КЛОДА-БЕРНАРА-ГОРНЕРА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ

- 1)+ шейного утолщения
- 2) кранио-вертебрального перехода
- 3) верхнешейном c1 - c4
- 4) верхнегрудном th2 - th5

184. ПРИ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЗАСТАВЛЯЮТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ НАЛИЧИЕ

- 1)+ синдрома нарушения тазовых функций
- 2) астереогноза
- 3) нистагма
- 4) спастического тетрапареза

185. СИНДРОМ ТАЗОВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ЭПИКОНУСА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ

- 1)+ истинное недержание мочи
- 2) парадоксальную ишурию
- 3) истинную задержку мочи
- 4) отсутствие эрекции

186. ПОВРЕЖДЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ В МОМЕНТ ТРАВМЫ И СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЛНЫМ ИЛИ ЧАСТИЧНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ РАЗРУШЕНИЕМ ЕГО ВЕЩЕСТВА С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, УЧАСТКАМИ ИШЕМИИ, НЕКРОЗА И РЕГИОНАРНЫМ ОТЕКОМ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ДЛЯЩИМИСЯ БОЛЕЕ 7 СУТОК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ушиб спинного мозга
- 2) сотрясение спинного мозга
- 3) сдавление спинного мозга
- 4) спинальный шок

187. ПЕРЕДНЯЯ СПИНАЛЬНАЯ АРТЕРИЯ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ СПИННОГО МОЗГА ОБРАЗУЕТСЯ ОТ

- 1)+ двух отходящих от внутричерепной части позвоночных артерий
- 2) двух отходящих от наружной части позвоночных артерий
- 3) двух отходящих от внутренней сонной артерий и ветвей
- 4) дуги аорты

188. ДЛЯ ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ тетра или парапарез с повышением мышечного тонуса в ногах, различной степени выраженности чувствительные расстройства, сфинктерные нарушения
- 2) стойкий болевой синдром, мышечные атрофии соответствующие уровню поражения
- 3) задержка мочи и кала, нарушение всех видов чувствительности
- 4) диффузная мышечная гипотония с выпадением рефлексов, нарушения координации

189. К НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ СКТ + МРТ
- 2) спондилограммы в специальных укладках
- 3) миелографию восходящую или нисходящую
- 4) соматосенсорные вызванные потенциалы

190. СИНДРОМ РЕФЛЕКТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОНУСА S3 - S5 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫПАДЕНИЕМ

- 1)+ анального рефлекса
- 2) коленных рефлексов
- 3) ахилловых рефлексов
- 4) кремастерных рефлексов

191. СИНДРОМ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ гипестезию на лице по луковичному типу
- 2) астереогноз
- 3) нарушение всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- 4) атаксию

192. АРЕФЛЕКСИЯ ДЕТРУЗОРА, ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИШУРИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ поражении конуса спинного мозга
- 2) шейной миелопатии
- 3) грыжах на ниже-грудном уровне
- 4) травме копчика

193. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКТЕВОЙ НЕРВ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

- 1)+ в кубитальном канале
- 2) в подмышечной впадине
- 3) на плече
- 4) в канале гийона

194. ОТСУТСТВИЕ ФУНКЦИИ СПИННОГО МОЗГА В ЗОНЕ ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ 3-30 ДНЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕГО ОТЕКА, УШИБ И, ВОЗМОЖНО, ЗАПРЕДЕЛЬНОГО ЗАЩИТНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕРВНЫХ КЛЕТОК ЭТО

- 1)+ спинальный шок
- 2) сотрясение спинного мозга
- 3) ушиб спинного мозга
- 4) сдавление спинного мозга

195. ВЫПЯЧИВАНИЕМ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ ЭЛЕМЕНТОВ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ЩЕЛЕВИДНЫМИ РАЗРЫВАМИ ФИБРОЗНОГО КОЛЬЦА И ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ ЭЛЕМЕНТОВ ПУЛЬПОЗНОГО ЯДРА, СОХРАНЯЮЩИХ СВЯЗЬ С ВНУТРИДИСКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЯДРА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ пролапс диска
- 2) секвестрированная грыжа
- 3) грыжа Шморля
- 4) коллапс диска

196. ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ НА ВЕРХНЕШЕЙНОМ УРОВНЕ ВЫРАЖАЮТСЯ

- 1)+ контралатеральной гипестезией конечностей и туловища
- 2) ипсилатеральной гипестезией конечностей и туловища
- 3) гипестезией наружных зон зельдера
- 4) гипестезией внутренних зон зельдера

197. ПЕРЕДНЯЯ СПИНАЛЬНАЯ АРТЕРИЯ КРОВΟΣНАБЖАЕТ

- 1)+ передние 2/3 спинного мозга
- 2) весь спинной мозг
- 3) поверхностный слой передних отделов спинного мозга
- 4) шейный и верхне- грудной отделы спинного мозга

198. БЫСТРО ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ ПОПЕРЕЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА МОЖНО ПО

- 1)+ уровню и характеру чувствительных расстройств, особенностям сухожильных рефлексов
- 2) характеру болевого синдрома
- 3) трофическим нарушениям, изменениям мышечного тонуса
- 4) результатам миографического исследования

199. ПЕРЕДНЯЯ СПИНАЛЬНАЯ АРТЕРИЯ НАЧИНАЕТСЯ ОТ ДВУХ ОТХОДЯЩИХ ОТ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ЧАСТИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕТВЕЙ И РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

- 1)+ вниз вдоль передней борозды вентральной поверхности спинного мозга
- 2) вверх вдоль передней борозды вентральной поверхности спинного мозга
- 3) вдоль дорсальной поверхности спинного мозга непосредственно у задних корешков
- 4) вдоль вентральной поверхности спинного мозга непосредственно у передних корешков

200. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

- 1)+ вклинивания
- 2) ликворного толчка
- 3) крестцовой елочкой
- 4) остистого отростка

201. СВЯЗКОЙ, ГИПЕРТРОФИЯ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ ПРИ СТЕНОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ желтая
- 2) передняя продольная
- 3) задняя продольная
- 4) надостистая

202. ПОРАЖЕНИЮ КАКОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА СООТВЕТСТВУЕТ СЕДЛОВИДНАЯ АНЕСТЕЗИЯ И С КАКИМИ ДРУГИМИ СИМПТОМАМИ ОНА НАБЛЮДАЕТСЯ?

- 1)+ конус: нарушение тазовых функций по типу недержания, трофические нарушения
- 2) эпиконус: повышение рефлексов в ногах, стойкий запор
- 3) корешки конского хвоста: вегетативные нарушения в ногах
- 4) поясничное утолщение: парез стоп

203. ПРИ «ШОКОВОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ» ОТМЕЧАЮТ

- 1)+ постоянное выделение мочи каплями на фоне перерастянутых стенок и гипотонии мочевого пузыря
- 2) полную анурию
- 3) паралич сфинктера мочевого пузыря, постоянное недержание мочи
- 4) быстрое присоединение почечной инфекции

204. УСИЛЕНИЕ ПИЛОМОТОРНОГО РЕФЛЕКСА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ ниже уровня поперечного поражения спинного мозга
- 2) при поражении плечевого сплетения
- 3) при ознобе
- 4) при нарушении терморегуляции

205. У ПАЦИЕНТА С ПАРЕЗОМ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ОТСУТСТВИЕМ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СПРАВА С УРОВНЯ Т8 ОЧАГ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАСПОЛОЖЕН НА _____УРОВНЕ

- 1)+ Т6 слева
- 2) Т8 справа
- 3) Т6 справа
- 4) Т10 слева

206. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОДБОРЕ КОСТЫЛЕЙ ПРОИСХОДИТ ДАВЛЕНИЕ НА ЛУЧЕВОЙ НЕРВ ИЛИ ЗАДНИЙ ПУЧОК ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ И РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ слабость разгибателей предплечья, кисти и пальцев
- 2) сгибательная контрактура пальцев
- 3) слабость сгибателей и разгибателей кисти
- 4) каузалгический болевой синдром

207. ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕРВНЫХ СТЕЛОКОВ ПРИ КОТОРЫХ ПОЛНОСТЬЮ НАРУШАЕТСЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛОСТНОСТЬ, ОТСУТСТВУЮТ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейротмезис
- 2) аксонотмезис
- 3) нейропраксия
- 4) нейропатия

208. У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА ОНЕМЕНИЕ В РУКАХ И НАРУШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРНОЙ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В НИХ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1)+ синингомиелия
- 2) синингобульбия
- 3) спинная сухотка
- 4) синдром Броун-Секара

209. ПЕРЕРЫВ РЕФЛЕКТОРНОГО ДЕРМОГРАФИЗМА НАБЛЮДАЕТСЯ В ЗОНЕ

- 1)+ иннервации пораженных задних корешков и нервов
- 2) трофических нарушений
- 3) измененного венозного оттока
- 4) герпетического поражения

210. СИНДРОМ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ЭТО

- 1)+ состояние, характеризующееся хронической болью после хирургии позвоночника, причиной которой являются множественные осложняющие факторы
- 2) болевой синдром, обусловленный спондилодисцитом
- 3) чувствительные и двигательные нарушения в конечностях вследствие нарушения спинального кровообращения
- 4) синдром смежного уровня после стабилизирующих операций

211. АСТРОЦИТОМА СПИННОГО МОЗГА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1)+ интрамедуллярно
- 2) экстремедуллярно интрадурально
- 3) экстрадурально
- 4) интра-экстрадурально

212. ВЫПАДЕНИЕ РЕФЛЕКСА С АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ УКАЗЫВАЕТ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ КОРЕШКА

- 1)+ S1
- 2) L4
- 3) L3
- 4) S3

213. ГИПЕРЕСТЕЗИЯ В ЗОНАХ ЗАХАРЬИНА-ГЕДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ сегментарном поражении
- 2) заболевании органа, соответствующего проекционной зоне
- 3) грыже межпозвонкового диска
- 4) нарушении терморегуляции

214. СИНДРОМОМ ПЕРЕДНЕЙ СПИНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ двустороннюю потерю болевой и температурной чувствительности ниже уровня поражения, парапарез, нарушение мочеиспускания
- 2) выпадение всех видов чувствительности и вялый парапарез
- 3) вегетативные и трофические нарушения в ногах, центральный парапарез
- 4) нарушение глубокой чувствительности, вялый парапарез

215. СИНОВИАЛЬНЫЕ ОКОЛОФАСЕТЧНЫЕ КИСТЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

- 1)+ поясничном
- 2) грудном
- 3) шейном
- 4) крестцовом

216. К СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ КОНСКОГО ХВОСТА ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение функции мочевого пузыря
- 2) верхний дистальный парапарез
- 3) трофические изменения мягких тканей поясницы
- 4) оживление коленных рефлексов

217. ИНФАРКТ В БАССЕЙНЕ ПЕРЕДНЕЙ СПИННОМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ НА ГРУДНОМ УРОВНЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ нижним парапарезом
- 2) тетраплегией
- 3) сохранением болевой чувствительности
- 4) нарушением глубокой чувствительности

218. МРТ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ С ЦЕЛЬЮ ОТЛИЧИТЬ РУБЦОВУЮ ТКАНЬ ОТ ВЕЩЕСТВА ДИСКА ПРОВОДИТСЯ В _____ РЕЖИМЕ

- 1)+ T1
- 2) T2
- 3) DWI
- 4) FLAIR

219. ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕРВНЫХ СТЕЛОВ, ПРИ КОТОРЫХ СОХРАНЯЕТСЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛОСТНОСТЬ, НО ВЫПАДАЕТ ДВИГАТЕЛЬНАЯ, А ТАКЖЕ ЧАСТИЧНО НАРУШАЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейропраксия
- 2) аксонотмезис
- 3) нейропатия
- 4) нейротмезис

220. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕЛОМА ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чрезмерное сгибание
- 2) переразгибание
- 3) аксиальная нагрузка
- 4) ротация

221. АРТЕРИЯ АДАМКЕВИЧА ЧАСТО ВХОДИТ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ НА УРОВНЕ С

- 1)+ Th10, Th11 грудными корешками слева
- 2) Th6- Th7 грудными корешками слева
- 3) Th12-L1 грудными и поясничными корешками справа
- 4) Th6, Th11 или Th12 грудными корешками с двух сторон

222. НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ БЕССИМПТОМНЫХ ПОЗВОНОЧНЫХ ГЕАНГИОМАХ

- 1)+ не требуется
- 2) включает постановку на диспансерный учет
- 3) требует проведения МРТ каждые полгода
- 4) осуществляется неврологом

223. К ИНТРАДУРАЛЬНЫМ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ СПИННОМОЗГОВЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ менингиома
- 2) астроцитомы
- 3) эпендимомы
- 4) гемангиобластома

224. У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА КИАРИ 1 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БЕСПОКОИТ БОЛЬ В

- 1)+ затылочном отделе
- 2) шейном отделе
- 3) плечевом поясе
- 4) ногах

225. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ пальпируемый тяж в мышце
- 2) повышение мышечного тонуса
- 3) локальная гиперемия
- 4) гипестезия в соответствующем дерматоме

226. СЛАБОСТЬ ЧЕТЫРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ГРЫЖЕ ДИСКА НА _____ УРОВНЕ

- 1)+ L3–L4
- 2) L1–L2
- 3) Th12–L1
- 4) L5–S1

227. НАИБОЛЕЕ РЕДКОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧАЩЕ НЕ СОВМЕСТИМОЙ С ЖИЗНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЯ КИАРИ _____ ТИПА

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

228. У ПАЦИЕНТА С НЕУСТОЙЧИВОЙ ПОХОДКОЙ ВСЛЕДСТВИЕ СЕНСИТИВНОЙ АТАКСИИ СЛУЧАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ задних столбов
- 2) спиноталамических путей
- 3) задних корешков
- 4) кортикоспинальных волокон

229. ДВУХСТОРОННЯЯ ПОТЕРЯ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С УРОВНЯ С3 (ШЕЯ) ДО С4-Т4 (ЛОКОТЬ) С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОЛОСТИ В СПИННОМ МОЗГЕ НА УРОВНЕ ЭТИХ СЕГМЕНТОВ СВЯЗАНА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1)+ передней белой спайки
- 2) медиального продольного пучка
- 3) задних столбов
- 4) левых спиноталамических путей

230. ПОЛОСТЬЮ В ПРОДОЛГОВАТОМ МОЗГЕ, ВЫЯВЛЕННОЙ У ПАЦИЕНТА НА МРТ, МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ сиригобульбия
- 2) сиригомиелия
- 3) гидромиелия
- 4) центральный синдром спинного мозга

231. СЛАБОСТЬ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ (ВИСЯЧАЯ КИСТЬ) РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ГРЫЖЕ ДИСКА НА _____ УРОВНЕ

- 1)+ C6–C7
- 2) C4–C5
- 3) C7–Th1
- 4) Th1–Th2

232. НАРУШЕНИЕ ТЫЛЬНОГО СГИБАНИЯ СТОПЫ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ГРЫЖЕ ДИСКА НА _____ УРОВНЕ

- 1)+ L4–L5
- 2) L2–L3
- 3) S2–S3
- 4) Th12–L1

233. ЛОКАЛЬНОЕ ИЛИ АСИММЕТРИЧНОЕ ВЫПАЧИВАНИЕ ДИСКА ЗА ПРЕДЕЛЫ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ПРОМЕЖУТКА С ШИРОКИМ ОСНОВАНИЕМ, СВЯЗЫВАЮЩИМ ДИСК И ВЫСТУПАЮЩУЮ ЧАСТЬ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ протрузия
- 2) экструзия
- 3) секвестрированный диск
- 4) дегенеративный диск

234. КАУЗАЛГИИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- 1)+ опухолях спинного мозга
- 2) травмах нервов
- 3) миелопатии
- 4) миелите

235. ПОЛОСТЬ В ПОЗВОНКЕ, СОСТОЯЩАЯ ИЗ СИЛЬНО ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫХ ЯЧЕЕК, ОКРУЖЕННЫХ ТОНКОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аневризматической костной кистой
- 2) костной гигантоклеточной опухолью
- 3) остеонид-остеомой
- 4) вегетативной внутрисосудистой гемангиоэндотелиомой

236. ПОТЕРЯ ВИБРАЦИОННОЙ И ТАКТИЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ С УРОВНЯ ПУПКА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНКА СО СМЕЩЕНИЕМ КОСТИ В ПОЗВОНОЧНЫЙ КАНАЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ НА УРОВНЕ

- 1)+ T10 слева
- 2) T12 справа
- 3) T10 справа
- 4) T8 слева

237. К ПРИЧИНАМ МЕХАНИЧЕСКОГО СДАВЛЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ протрузии и грыжу межпозвонкового диска
- 2) онкологическое новообразование пищевода
- 3) мышечную слабость шейно-воротникового отдела
- 4) онкологическое новообразование щитовидной железы

238. ДЛЯ КАУЗАЛГИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ повышение температуры и изменение окраски пораженного участка, желание уединиться, укутать болезненную зону теплым шарфом, реже симптом «мокрой тряпки»
- 2) повышенная двигательная и вербальная активность, желание холодного компресса
- 3) быстро наступающие трофические нарушения, гангрена
- 4) иррадиация боли в сопряженные зоны, повышение сухожильных рефлексов, учащенное мочеиспускание

239. ПОВРЕЖДЕНИЕМ НЕРВНЫХ СТЕБЕЛ, ПРИ КОТОРЫХ НАРУШЕНА ЦЕЛОСТНОСТЬ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН, НО СОХРАНЕНА ИНТАКТНОСТЬ НЕВРАЛЬНЫХ ОБОЛОЧЕК, ДВИГАТЕЛЬНЫЕ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ВЫПАДЕНИЯ ПОЛНЫЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аксонотмезис
- 2) нейропраксия
- 3) нейропатия
- 4) нейротмезис

240. АНОМАЛИЯ АРНОЛЬДА КИАРИ 1 ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ каудальной дилокацией в шейный отдел миндалин мозжечка
- 2) каудальной дилокацией в шейный отдел продолговатого мозга
- 3) прогрессирующей гидроцефалией, нарушением дыхания
- 4) началом проявления заболевания в младенчестве

241. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ НЕЙРОГЕННОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1)+ пузырно-мочеточниковым рефлюксом с обратным забросом мочи в почки и присоединением инфекции
- 2) активизацией латентной инфекции
- 3) быстрым развитием почечных кист
- 4) закупоркой мочеточников конкрементами

242. ПРЕПАРАТОМ СТАБИЛИЗИРУЮЩИМ КЛЕТОЧНЫЕ МЕМБРАНЫ, УМЕНЬШАЮЩИМ СТЕПЕНЬ ВТОРИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ОТЕК И ВОСПАЛЕНИЕ НЕРВНЫХ СТРУКТУР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метилпреднизолон
- 2) дексаметазон
- 3) церебролизин
- 4) ноотропил

243. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

- 1)+ возвратный нерв
- 2) звездчатый ганглий
- 3) ветви шейного сплетения
- 4) диафрагмальный нерв

244. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА РЕЦИДИВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПЕНДИМОМЫ ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ И ПРИ УСЛОВИИ НАЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1)+ повторное хирургическое вмешательство
- 2) проведение лучевой терапии
- 3) динамическое наблюдение у невролога
- 4) проведение химиотерапии

245. К ПОКАЗАНИЮ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗАДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА C1–C2 ПОЗВОНКОВ ПО МЕТОДУ GOEL-HARMS ОТНОСЯТ

- 1)+ переломы зубовидного отростка C2 II и III типа
- 2) оскольчатые переломы боковых масс C1 и ножек дуги C2
- 3) переломы зубовидного отростка C2 I типа
- 4) удаление экстремедуллярной опухоли на уровне краниовертебрального перехода

246. ПЕРЕДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ, СПОНДИЛОДЕЗ АУТОКОСТЬЮ (ИЛИ АЛЛОКОСТЬЮ) И ПЛАСТИНОЙ И ЗАДНЯЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ, ЗА БОКОВЫЕ МАССЫ ПОЗВОНКОВ ИЛИ ЛАМИНАРНОЙ СИСТЕМАМИ НЕОБХОДИМЫ ПРИ

- 1)+ повреждении более двух позвонков
- 2) при повреждении всех трех опорных столбов
- 3) компрессионном переломе тел позвонков
- 4) переломе задних структур

247. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА 1 ТИПА ПОКАЗАНА НАРУЖНАЯ ФИКСАЦИЯ СРОКОМ НА

- 1)+ 1 месяц
- 2) 4 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 9 месяцев

248. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ ламинэктомия с передней декомпрессией позвоночного канала, ревизия дурального мешка, задний транспедикулярный спондилодез, при необходимости передний спондилодез
- 2) наружная тораколумбосакральная фиксация (корсет), хирургическое лечение не показано
- 3) консервативная терапия, хирургическое лечение не показано
- 4) ламинэктомия с передней декомпрессией позвоночного канала

249. ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ интраоперационной картиной и результатами гистологического исследования
- 2) данными неврологического обследования
- 3) радикальностью удаления опухоли
- 4) контрольным нейровизуализационным исследованием

250. МЕТОДОМ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЛОХИМ ПРОГНОЗОМ ВЫЖИВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3) хирургическое лечение
- 4) комбинированная химио-лучевая терапия

251. ПЕРЕДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И СПОНДИЛОДЕЗ С ФИКСАЦИЕЙ (СПОНДИЛОДЕЗ АУТОКОСТЬЮ И ПЛАСТИНОЙ) НЕОБХОДИМЫ ПРИ

- 1)+ компрессионном переломе тел позвонков
- 2) переломе задних структур
- 3) повреждении всех трех опорных столбов
- 4) повреждении более двух позвонков

252. ИНДИКАТОРОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЧД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ регресс боли после проведения блокады межпозвонкового сустава
- 2) отсутствие компрессии нервных структур поясничного отдела позвоночника по данным МРТ исследования
- 3) стойкий болевой синдром по задней поверхности ноги
- 4) нарастающий болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, усиливающийся при ходьбе

253. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ЭПЕНДИМОМЫ СЛЕДУЕТ

- 1)+ выполнить пластику ТМО для создания свободного резервного пространства
- 2) ограничиться декомпрессией позвоночного канала
- 3) отделить и мобилизовать спинно-мозговые корешки от ткани опухоли
- 4) ограничиться биопсией опухоли

254. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ СИНДРОМА ФАСЕТОЧНОГО СУСТАВА НЕ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ антиконвульсанты
- 2) гормональные препараты
- 3) миорелаксанты
- 4) НПВС

255. К ПОКАЗАНИЯМ К РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ФАСЕТОЧНОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ

- 1)+ регресс болевого синдрома после проведения блокады
- 2) нарастающие неврологические симптомы, включая клинические признаки синдрома «конского хвоста»
- 3) отсутствие облегчения и уменьшения боли в спине после пребывания в положении лежа
- 4) наличие корешкового болевого синдрома

256. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ПОЗВОНОЧНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие множественных очагов
- 2) нестабильность позвоночника
- 3) рецидив после лучевой терапии
- 4) неизвестный источник опухоли

257. ПРИ ИНКАПСУЛИРОВАННОМ ТИПЕ РОСТА ЭПЕНДИМОМЫ GRADE II КОНТРОЛЬНУЮ МРТ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ

- 1)+ определения радикальности удаления и определения рецидива опухоли
- 2) определения тактики дальнейшего лечения
- 3) исключения послеоперационных осложнений
- 4) определения объема лучевой терапии

258. КИФОПЛАСТИКА И ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ В СЛУЧАЕ

- 1)+ компрессии спинного мозга
- 2) компрессии спино-мозговых корешков
- 3) патологического перелома тела позвонка
- 4) нестабильности позвоночного сегмента

259. ПРОЕКЦИЕЙ ТОЧКИ ВВОДА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ФАСЕТОЧНЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ латеральная масса фасеточного сустава
- 2) остистый отросток
- 3) середина дужки позвонка
- 4) медиальная масса фасеточных суставов

260. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ВАРИАНТЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ

- 1)+ множественных метастатических очагах в позвоночнике
- 2) угрозе перелома позвоночника
- 3) отсутствии локального болевого синдрома
- 4) наличии признаков нестабильности позвонков

261. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ХОРДОТОМИИ НА УРОВНЕ T10 В СВЯЗИ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ВОЗОБНОВЛЕНИЕ БОЛЕЙ ЧЕРЕЗ ПОЛ ГОДА МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ АКТИВАЦИЕЙ ПУТЕЙ

- 1)+ постсинаптических заднестолбовых и спиноталамических
- 2) ретикулоталамических и таламокортикальных
- 3) руброспинальных и оливоспинальных
- 4) тектоспинальных и ретикулоспинальных

262. ВЕРОЯТНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЧД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ ___%

- 1)+ 35-40
- 2) 20-25
- 3) 85-90
- 4) 95-100

263. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ОТ 12 ДО 15 ПО ШКАЛЕ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ ТОКУНАШИ ОБОСНОВЫВАЕТ ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ПОЛЬЗУ

- 1)+ резекции опухоли
- 2) паллиативной хирургии или возможной резекции опухоли
- 3) симптоматического лечения + паллиативной хирургии
- 4) симптоматического лечения без хирургического вмешательства

264. ЗАДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И ФИКСАЦИЯ (ВИНТОВОЙ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ, ЗА БОКОВЫЕ МАССЫ ИЛИ ЛАМИНАРНОЙ СИСТЕМОЙ) НЕОБХОДИМЫ ПРИ

- 1)+ переломе задних структур
- 2) компрессионном переломе тел позвонков
- 3) повреждении всех трех опорных столбов
- 4) повреждении более двух позвонков

265. ПРИ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ЧЕРЕЗ КОРНИ ДУГ ДЛИНА ВИНТА ДОЛЖНА ПОЗВОЛЯТЬ ВОЙТИ В ТЕЛО ПОЗВОНКА НА ____%

- 1)+ 70–80
- 2) 30–40
- 3) 50–60
- 4) 10–20

266. ПРИ НАЛИЧИИ БЕССИМПТОМНОЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наблюдение с рутинными МРТ и неврологическими осмотрами до появления симптомов или признаков роста образования на основании нейровизуализационных данных
- 2) выполнение биопсии с последующей адьювантной терапией
- 3) попытка хирургического удаления
- 4) проведение радиохирургической терапии без предварительной биопсии

267. ЕСЛИ ИСТОЧНИКОМ РОСТА ЭПЕНДИМОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ КОНУС МОЗГА И ПРОКСИМАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ КОНЕЧНОЙ НИТИ, РЕЗЕКЦИЮ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПО ПРИНЦИПУ

- 1)+ удаления интрамедуллярных опухолей со срединной миелотомии спинного мозга
- 2) удаления единым блоком
- 3) методом «дебалкинг»
- 4) частичного удаления опухоли

268. ВАЖНЫМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕСТА РАССЕЧЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА (МИЕЛОТОМИИ) ПРИ ПЕРЕДНЕЛАТЕРАЛЬНОЙ КОРДОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ зубчатая связка
- 2) передняя срединная борозда
- 3) задняя промежуточная борозда
- 4) центральный канал

269. ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие эффекта от консервативного лечения более 4 недель
- 2) МРТ с аксиальными срезами давность исследования не более 6 месяцев
- 3) продолжительность корешкового болевого синдрома не менее 3 недель
- 4) отсутствие эффекта от консервативного лечения более 2 недель

270. ПОВРЕЖДЕНИЕ АОРТЫ ВОЗМОЖНО ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ ВЫШЕ _____ УРОВНЯ

- 1)+ L4
- 2) L5
- 3) S1
- 4) S2

271. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ОТ 0 ДО 8 ПО ШКАЛЕ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ ТОКУНАШИ ОБОСНОВЫВАЕТ ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ПОЛЬЗУ

- 1)+ симптоматического лечения + паллиативной хирургии
- 2) паллиативной хирургии или возможной резекции опухоли
- 3) резекции опухоли
- 4) симптоматического лечения без хирургического вмешательства

272. ПЛАНИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО РАЗРЕЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОД КОНТРОЛЕМ

- 1)+ рентгенографии
- 2) МРТ
- 3) СКТ
- 4) УЗИ

273. МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ФАСЕТОЧНОГО СИНДРОМА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радиочастотная деиннервация фасеточного сустава
- 2) микродискэктомия
- 3) микрохирургическая декомпрессия проходящего корешка на пораженном сегменте позвоночника
- 4) декомпрессионно – стабилизирующая операция на пораженном сегменте позвоночника

274. СТАНДАРТОМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ общий ингаляционный наркоз с внутривенной индукцией
- 2) эпидуральная анестезия
- 3) проводниковая анестезия
- 4) футлярная анестезия паравертебральных мышц

275. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕДНЕГО МЕЖТЕЛОВОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ОТНОСИТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ твердой мозговой оболочки
- 2) брыжейки тонкой кишки
- 3) артерии Адамкевича
- 4) чревного ствола

276. ВЕРОЯТНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЧД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 55-60
- 2) 20-25
- 3) 85-90
- 4) 95-100

277. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИ УСЛОВИИ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОГРЕССИИ БОЛЕЗНИ И НАЧАЛЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ ____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 16
- 2) 32
- 3) 12
- 4) 48

278. ВЕРОЯТНОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЧД СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 85-90
- 2) 50-55
- 3) 60-65
- 4) 95-100

279. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВО ВСЕМ СЕГМЕНТЕ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕРИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ ТОЧКЕ, ПРИВЯЗАННОЙ К ЧЕТКОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОРИЕНТИРУ, В СЕГМЕНТЕ S1

- 1)+ латеральная поверхность пятки
- 2) тыльная поверхность стопы на уровне третьего плюснефалангового сустава
- 3) середина передней поверхности бедра
- 4) медиальный мыщелок бедра

280. ВИДОМ ПЕРКУТАННОГО ДОСТУПА НЕ ИСПОЛЪЗУЕМЫМ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИСКЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретроламинарный
- 2) интраламинарный
- 3) заднебоковой
- 4) трансфораминальный

281. ДЛЯ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ СПИННОГО МОЗГА И ПОЗВОНОЧНИКА НЕОБХОДИМО

- 1)+ обеспечить неподвижность пациента и использовать рентгеновскую навигацию
- 2) обеспечить неподвижность пациента и использовать для навигации метки на коже
- 3) уложить пациента лицом вниз и использовать синхронизацию по дыханию
- 4) не устанавливать перед облучением стабилизирующую систему

282. ПЕРЕДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ (СПОНДИЛОДЕЗ АУТОКОСТЬЮ И ШЕЙНОЙ ПЛАСТИНОЙ) НЕОБХОДИМЫ ПРИ

- 1)+ повреждении всех трех опорных столбов
- 2) повреждении более двух позвонков
- 3) компрессионном переломе тел позвонков
- 4) переломе задних структур

283. К ТОТАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА ОТНОСЯТ

- 1)+ вертебрэктомию с прилежащими тканями не менее, чем на 2,5см
- 2) ламинэктомию без удаления опухоли
- 3) корпорэктомию с парциальным удалением опухоли отдельными фрагментами
- 4) ламинэктомию с парциальным удалением опухоли отдельными фрагментами

284. ВО ВРЕМЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ГЕАНГИОБЛАСТОМЫ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРОВОДЯТ

- 1)+ визуализацию и коагуляцию питающих артерий
- 2) визуализацию и коагуляцию дренирующих вен
- 3) диссекцию опухоли
- 4) вскрытие синингомиелитической кисты

285. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ОТ 9 ДО 11 ПО ШКАЛЕ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ ТОКУНАШИ ОБОСНОВЫВАЕТ ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЕ В ПОЛЬЗУ

- 1)+ паллиативной хирургии или возможной резекции опухоли
- 2) симптоматического лечения + паллиативной хирургии
- 3) резекции опухоли
- 4) симптоматического лечения без хирургического вмешательства

286. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДЕНЕРВАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СЕКУНД

- 1)+ 90
- 2) 60
- 3) 120
- 4) 150

287. УДАЛЕНИЕ ИНКАПСУЛИРОВАННОЙ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ЭПЕНДИМОМЫ РЕКОМЕНДОВАНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ

- 1)+ единым блоком
- 2) методом «дебалкинг»
- 3) кускованием фрагментов опухоли
- 4) частичным удалением опухоли

288. ПРИМЕНЕНИЕ ТОЛЬКО ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО В СЛУЧАЯХ, КОГДА КОМПРЕССИЯ СПИННОГО МОЗГА ОБУСЛОВЛЕНА МЕТАСТАЗОМ

- 1)+ миеломы
- 2) меланомы
- 3) остеосаркомы
- 4) рака щитовидной железы

289. ТОТАЛЬНАЯ ФАСЕТЭКТОМИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ фораминальной грыже диска
- 2) протрузии диска
- 3) секвестрации
- 4) грыже Шморля

290. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ НЕОБХОДИМО ТОЛЬКО ПРИ

- 1)+ необходимости восстановления опорной функции позвоночника
- 2) нарушении функции тазовых органов
- 3) наличии экстрадурального очага
- 4) наличии метастатического поражения других органов и систем

291. ГЕМАНГИОМА, ИМЕЮЩАЯ ПРИЗНАКИ КАК КАПИЛЛЯРНОГО, ТАК И КАВЕРНОЗНОГО ТИПОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ смешанной
- 2) кавернозной
- 3) капиллярной
- 4) геммангиомой

292. САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невринома
- 2) гемангиома с паравертебральным ростом
- 3) эпендимома
- 4) тератома

Тема 10. Функциональная нейрохирургия.

1. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕОБХОДИМОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ монополярную коагуляцию
- 2) биполярную коагуляцию
- 3) высокоскоростную дрель
- 4) ультразвуковой аспиратор

2. ЧАСТОТА ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ СОСТАВЛЯЕТ ____%

- 1)+ 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 0,5-0,9

3. К ОПЕРАЦИЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ задняя селективная ризотомия
- 2) хроническая электростимуляция субталамического ядра
- 3) VL-таламотомия
- 4) хроническая интратекальная инфузия морфина

4. ОДНИМ ИЗ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ГЛУБОКОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деменция
- 2) тремор
- 3) ригидность
- 4) вегетативная дисфункция

5. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТРАТЕКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БАКЛОФЕНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спастический тетрапарез
- 2) фармакорезистентный эписиндром
- 3) прогрессирующий сколиоз
- 4) первичная мышечная дистония

6. САМЫМ ЧАСТЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ нагноение компонентов системы
- 2) интракраниальное кровоизлияние
- 3) поломка компонентов системы
- 4) развитие эпилептического приступа

7. ПРИМЕНЕНИЕ ВАГУСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ОДОБРЕНО В ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ эпилепсии
- 2) паркинсонизма
- 3) дистонии
- 4) тиков

8. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ОДНОСТОРОННЕМ ТРЕМОРЕ ПОКОЯ, ПЛОХО ПОДДАЮЩЕМУСЯ ЛЕЧЕНИЮ ЛЕВОДОПОЙ, ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ таламотомия
- 2) капсулотомия
- 3) гемикраниэктомия
- 4) лобэктомия

9. СОСУДИСТЫЙ ПАРКИНСОНИЗМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ паркинсонизмом нижней половины туловища
- 2) асимметричным тремором покоя
- 3) ригидностью, более выраженной в руках
- 4) высокой чувствительностью к леводопе

10. ТРАЕКТОРИЯ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА ДОЛЖНА БЫТЬ СПЛАНИРОВАНА ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ ЭЛЕКТРОД ПРОХОДИЛ ЧЕРЕЗ

- 1)+ вершину извилины
- 2) борозду
- 3) боковой желудочек
- 4) черную субстанцию

11. ПРИ НИЖНЕМ СПАСТИЧЕСКОМ ПАРАПАРЕЗЕ ЗАДНЯЯ СЕЛЕКТИВНАЯ РИЗОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА _____ КОРЕШКАХ

- 1)+ L1-S1
- 2) S1-S3
- 3) Th10-Th12
- 4) C4-C8

12. ОСНОВНЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ тельца Леви
- 2) бета-амилоидные бляшки
- 3) нейрофибрилярные клубочки
- 4) гранулярные включения

13. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА НАД ДЕСТРУКТИВНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обратимость эффекта
- 2) простота выполнения
- 3) длительность эффекта
- 4) небольшая продолжительность

14. СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ МИШЕНЬЮ ПРИ КРУПНОРАЗМЯШИСТОМ ГИПЕРКИНЕЗЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вентролатеральное ядро таламуса
- 2) красное ядро
- 3) хвостатое ядро
- 4) наружный сегмент бледного шара

15. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ альфа-синуклеинопатиям
- 2) митохондриальным заболеваниям
- 3) аутоиммунным заболеваниям
- 4) TDP43-ассоциированным нейродегенерациям

16. СТРУКТУРОЙ-МИШЕНЬЮ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮЩЕЙСЯ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субталамическое ядро (STN)
- 2) наружный сегмент бледного шара (GPe)
- 3) центромедианное ядро таламуса (Cm)
- 4) вентральное промежуточное ядро таламуса (Vim)

17. СИМПТОМОМ, НЕ ОТНОсяЩИМСЯ К ОБЛИГАТНЫМ СИМПТОМАМ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дизартрия
- 2) гипокинезия
- 3) ригидность
- 4) дрожание

18. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ DREZ-ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ авульсия корешков спинного мозга
- 2) фантомный болевой синдром
- 3) вторичная мышечная дистония
- 4) тяжелый фармакорезистентный тремор

19. ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ фармакорезистентных к терапии
- 2) не получавших лечения
- 3) без когнитивных нарушений
- 4) некоморбидных с депрессией

20. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА СО ЗРИТЕЛЬНЫМИ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ

- 1)+ амантадинов
- 2) антихолинэстеразных средств
- 3) атипичных нейролептиков
- 4) препаратов леводопы

21. ПРИ БОЛЕЗНИ ГЕНТИНГТОНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ хвостатое ядро
- 2) черная субстанция
- 3) голубоватое пятно
- 4) спинной мозг

22. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ РИЗОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спастический синдром
- 2) первичная мышечная дистония
- 3) эссенциальный тремор
- 4) синдром Туретта

23. НАИБОЛЕЕ ПРИОРИТЕТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И СТИМУЛЯЦИЕЙ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ один месяц
- 2) три дня
- 3) две недели
- 4) три месяца

24. КАКОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №1003 ОТ 09.12.1950 ЗАПРЕЩЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?

- 1)+ префронтальная лейкотомия
- 2) передняя капсулотомия
- 3) паллидотомия
- 4) лобэктомия

25. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАНИЙ К СТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В КЛИНИКЕ

- 1)+ лекарственных дискинезий
- 2) постуральной неустойчивости
- 3) грубых нарушений речи
- 4) выраженных когнитивных нарушений

26. СТИМУЛЯЦИЯ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА ПОКАЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАРКИНСОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО НАЛИЧИЕМ

- 1)+ идиопатической болезни Паркинсона
- 2) мультисистемной атрофии
- 3) сосудистого паркинсонизма
- 4) лекарственного паркинсонизма

27. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ

- 1)+ типичных нейролептиков
- 2) атипичных нейролептиков
- 3) трициклических антидепрессантов
- 4) антихолинэстеразных средств

28. ТАКТИКОЙ ПРИ РАЗВИТИИ ПНЕВМОЦЕФАЛИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ динамическое наблюдение
- 2) ревизия послеоперационной раны
- 3) гемикраниэктомия
- 4) наружное вентрикулярное дренирование

29. ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НЕЙРОХИРУРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острая психотическая симптоматика
- 2) тремор покоя
- 3) ригидность
- 4) легкое когнитивное снижение

30. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ НЕВРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фокальный спастический синдром
- 2) фантомный болевой синдром
- 3) тяжелый фармакорезистентный тремор
- 4) первичная мышечная дистония

31. НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ болезни Паркинсона
- 2) сосудистом паркинсонизме
- 3) марганцевом паркинсонизме
- 4) прогрессирующем надъядерном параличе

32. ОБЛИГАТНЫМ СИМПТОМОМ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипокинезия
- 2) надъядерный паралич взора
- 3) идеомоторная апраксия
- 4) мозжечковая атаксия

33. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ _____ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

- 1)+ выраженных
- 2) легких
- 3) умеренных
- 4) субъективных

34. В СЛУЧАЕ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПОЗДНИХ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ДИСТОНИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ СТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ глубоких структур головного мозга
- 2) блуждающего нерва
- 3) поясничного утолщения спинного мозга
- 4) срединного нерва

35. ЧАЩЕ ВСЕГО ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ДИСТОНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ внутренний сегмент бледного шара
- 2) голубоватое пятно
- 3) наружный сегмент бледного шара
- 4) компактная часть черной субстанции

36. ПОЯВЛЕНИЕ ФОТОПСИЙ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ СТИМУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ GPI СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАСПРОСТРАНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ В ОБЛАСТЬ

- 1)+ зрительного тракта
- 2) внутренней капсулы
- 3) наружного сегмента бледного шара
- 4) лентикулярной петли

37. УЛУЧШЕНИЕ МОТОРНЫХ СИМПТОМОВ НА ФОНЕ СТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 40-60
- 2) 20-30
- 3) 70-80
- 4) 90-100

38. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРЕПАРАТАМИ ЛЕВОДОПЫ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

- 1)+ дискинезий
- 2) судорожного синдрома
- 3) гиперэксплексии
- 4) вестибулярных расстройств

39. ПРИМЕНЕНИЕ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 7
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 10

40. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНО ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОДОВ В СУБТАЛАМИЧЕСКОЕ ЯДРО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровоизлияние
- 2) тетрапарез
- 3) гидроцефалия
- 4) интенционный тремор

41. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ депрессия с суицидальными мыслями
- 2) тремор покоя с постуральным компонентом
- 3) асимметричная мышечная ригидность в конечностях
- 4) легкое когнитивное снижение

42. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСТОНИЧЕСКОГО ГИПЕРКИНЕЗА ПРИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ДИСКИНЕЗИЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ тетрабеназин
- 2) галоперидол
- 3) сертралин
- 4) церебролизин

43. СИНДРОМ ТУРЕТТА ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ обсессивно-компульсивным синдромом
- 2) когнитивными нарушениями
- 3) динамической атаксией
- 4) интенционным тремором

44. ПОЯВЛЕНИЕ КОНТРАТЕРАЛЬНЫХ ПАРЕСТЕЗИЙ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ СТИМУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ STN СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАСПРОСТРАНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ В ОБЛАСТЬ

- 1)+ медиальной петли
- 2) внутренней капсулы
- 3) черной субстанции
- 4) красного ядра

45. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ОБУСЛОВЛЕННЫ НИЗКИМ УРОВНЕМ

- 1)+ дофамина
- 2) норадреналина
- 3) ацетилхолина
- 4) серотонина

46. ПОЯВЛЕНИЕ КОНТРАТЕРАЛЬНЫХ СОКРАЩЕНИЙ МЫШЦ ЛИЦА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ СТИМУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ STN СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАСПРОСТРАНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ В ОБЛАСТЬ

- 1)+ внутренней капсулы
- 2) красного ядра
- 3) черной субстанции
- 4) неопределенной зоны

47. СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ МИШЕНЬЮ ПРИ ВТОРИЧНОЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутренний сегмент бледного шара
- 2) красное ядро
- 3) черная субстанция
- 4) наружный сегмент бледного шара

48. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА ВОЗНИКАЮТ В ОБЛАСТИ

- 1)+ подкожного генератора импульсов
- 2) места соединения электродов и удлинителей
- 3) имплантированных электродов
- 4) желудочков головного мозга

49. ПАЦИЕНТАМ С ИМПЛАНТИРОВАННОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР ЗАПРЕЩЕНО

- 1)+ проведение диатермии
- 2) проведение массажа
- 3) занятие лечебной физкультурой
- 4) посещение бассейна

50. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием антикоагулянтов
- 2) тяжелая деменция
- 3) атипичный паркинсонизм
- 4) «паркинсонизм-плюс»

51. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ ИСТЕЧЕНИЯ ЖИДКОСТИ ИЗ НОСОВЫХ ХОДОВ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ осмотру врача-оториноларинголога, установке люмбального дренажа в случае верифицированной ликвореи
- 2) установке люмбального дренажа
- 3) назначению препарата диакарб
- 4) назначению антимикробной терапии

52. ПОКАЗАНИЕМ К СЕЛЕКТИВНОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тоническая форма дистонии
- 2) клоническая форма дистонии
- 3) выраженный болевой синдром
- 4) фиксированная форма дистонии

53. МЕТОДОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ботулинотерапия
- 2) кинезиотерапия
- 3) миотомия
- 4) баклофен

54. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСКОРЕННОГО НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОГО СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ угроза вывиха тазобедренных суставов
- 2) тяжелый прогрессирующий сколиоз
- 3) эквинусная деформация стоп
- 4) выраженная спастичность кисти

55. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА ДВУСТОРОННЕГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ исключение рассеянного склероза в профильном центре, консервативное лечение
- 2) поэтапное проведение васкулярной декомпрессии тройничного нерва с обеих сторон
- 3) проведение радиохирургического лечения
- 4) проведение деструктивных методов лечения

56. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ И БЕЗОПАСНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двусторонняя стимуляция внутреннего сегмента бледного шара
- 2) селективная периферическая денервация шейных мышц
- 3) задняя селективная шейная ризотомия
- 4) интратекальная терапия баклофеном

57. ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ДИСТОНΙΑ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МАНИФЕСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- 1)+ 40-60
- 2) 12-21
- 3) 6-8
- 4) 30-35

58. ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ КИСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ СЕЛЕКТИВНАЯ НЕВРОТОМИЯ

- 1)+ ветвей срединного нерва к сгибателям запястья
- 2) ветвей срединного нерва к тенару
- 3) поверхностной ветви лучевого нерва
- 4) глубокой ветви лучевого нерва

59. ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тефлоновая гранулема
- 2) гидроцефалия
- 3) воздушная эмболия
- 4) ОНМК

60. К ОЖИДАЕМЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ОТНОСЯТ

- 1)+ нечеткость речи
- 2) аффективные нарушения
- 3) хореоформные дискинезии
- 4) синкопальные состояния

61. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СИСТЕМЫ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дистонический статус
- 2) мультисистемная атрофия
- 3) кортикобазальная дегенерация
- 4) болезнь Альцгеймера

62. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ, ПРИ КОТОРОМ ПОДБОРОК ПРИЖАТ К ГРУДИНЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ антероколлис
- 2) ретроколлис
- 3) тортиколлис
- 4) антерокапут

63. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА В МЫШЦЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дисфагия
- 2) аллергическая реакция
- 3) дизартрия
- 4) тремор головы

64. ПРИ ЛОКТЕВОЙ СПАСТИЧНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ СЕЛЕКТИВНАЯ НЕВРОТОМИЯ ВЕТВЕЙ _____ НЕРВА

- 1)+ мышечно-кожного
- 2) срединного
- 3) локтевого
- 4) лучевого

65. ПРИ ЗАДНЕЙ СЕЛЕКТИВНОЙ РИЗОТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ТРЕБУЕТСЯ ПЕРЕСЕЧЬ _____% СЕНСОРНЫХ ФАСЦИКУЛ

- 1)+ 51-75
- 2) 25-50
- 3) 76-85
- 4) 86-100

66. ВЫПОЛНЕНИЕ РИЗОТОМИИ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- 1)+ не показано вне зависимости от неэффективности проведенной ранее васкулярной декомпрессии
- 2) показано при неэффективности проведенной ранее васкулярной декомпрессии
- 3) показано в качестве альтернативы васкулярной декомпрессии
- 4) обеспечивает стойкую ремиссию болевого синдрома

67. КОРРЕКТНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ЭЛЕКТРОДОВ ПРИ ДИСТОНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- 1)+ порогу побочных эффектов тестовой стимуляции
- 2) степени регресса дистонического гиперкинеза
- 3) изменению слуховых вызванных потенциалов
- 4) ультразвуковому контролю положения электрода

68. СЕЛЕКТИВНАЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ денервацию задней группы мышц шеи
- 2) денервацию передней лестничной мышцы
- 3) нейротомию большого затылочного нерва
- 4) миотомию грудино-ключично-сосцевидной мышцы

69. ВЫПОЛНЕНИЕ ГЛИЦЕРОЛОВОЙ РИЗОТОМИИ

- 1)+ применяется в качестве альтернативы васкулярной декомпрессии
- 2) не показано вне зависимости от неэффективности проведенной ранее васкулярной декомпрессии
- 3) показано при неэффективности проведенной ранее васкулярной декомпрессии
- 4) обеспечивает стойкую (более 2 лет) ремиссию болевого синдрома

70. НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНЪЕКЦИЯМИ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ФОРМОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ антеколлис/антекапут
- 2) ретроколлис/ретрокапут
- 3) выраженный тортиколлис
- 4) латероколлис с подъемом плеча

71. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НАЧИНАЮТ С ПРИМЕНЕНИЯ

- 1)+ консервативных методов и ботулинотерапии
- 2) деструктивных нейрохирургических операций
- 3) стимуляции глубоких структур мозга
- 4) ортопедохирургического лечения

72. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ САКРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ снижение давления в мочевом пузыре
- 2) уменьшение подтекания мочи
- 3) увеличение объема выделенной мочи
- 4) уменьшение остаточного объема мочи

73. ПРИ ТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ селективной периферической денервации
- 2) комбинированной передней и задней ризотомии
- 3) электростимуляции педунколопонтинного ядра
- 4) электростимуляции центромедианного ядра таламуса

74. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ, КАК ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОМПРИМИРУЮЩЕГО АГЕНТА ВОЗМОЖНА

- 1)+ на протяжении корешка
- 2) только в парастволовой порции корешка
- 3) в цистернальной порции корешка
- 4) в области пирамиды височной кости

75. ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ САКРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ПРОВОДИТСЯ НА _____ КОРЕШОК

- 1)+ S3
- 2) S1
- 3) S2
- 4) S4

76. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ ДОСТУП

- 1)+ ретросигмовидный субокципитальный
- 2) срединный субокципитальный
- 3) транспирамидный
- 4) задне-боковой (far-lateral)

77. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром «короткой ноги»
- 2) болезнь Меньера
- 3) нестабильность шейного отдела позвоночника
- 4) переохлаждение

78. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В СОЧЕТАНИИ С НЕЙРОПАТИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- 1)+ блокаду РЧД \баллон-компрессию нерва для купирования болевого синдрома и лечение у альголога
- 2) васкулярную декомпрессию тройничного нерва
- 3) радиохирургию
- 4) консервативную терапию

79. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ПРОВОДЯТ С

- 1)+ атлантоаксиальным подвывихом
- 2) фокальными эпилептическими приступами
- 3) брахиоплексопатией
- 4) острым нарушением мозгового кровообращения

80. ПРИ ДООПЕРАЦИОННОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТОНИЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ скрининга на гепатолентикулярную дегенерацию
- 2) исследования соматосенсорных вызванных потенциалов
- 3) дуплексного сканирования сосудов головного мозга
- 4) картирования функционально значимых зон мозга

81. ПРИ ФОКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ РУКИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ односторонней таламотомии
- 2) двусторонней паллидотомии
- 3) односторонней цингулотомии
- 4) двусторонней капсулотомии

82. ПРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ДИСТОНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ внутреннего сегмента бледного шара
- 2) паравентрикулярного ядра таламуса
- 3) наружного сегмента бледного шара
- 4) парамедианной группы ядер таламуса

83. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ фторопластовый фетр
- 2) фрагмент мышечной ткани
- 3) резиновую вставку
- 4) фрагмент силиконовой трубки

84. ОСНОВНЫМИ МЫШЦАМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В ФОРМИРОВАНИИ ЛАТЕРОКОЛЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ ременные мышцы, лестничные мышцы, грудинно-ключично-сосцевидная мышца
- 2) полуостистые мышцы шеи, мышца поднимающая лопатку
- 3) грудинно-ключично-сосцевидная мышца и трапецевидная мышца
- 4) верхняя косая мышца головы, большая задняя прямая мышца головы, длиннейшая мышца головы

85. ТОНИЧЕСКИЕ МЫШЕЧНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ ПРИ ПАЛЛИДАРНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СЛУЧАЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДА БЛИЗКО К

- 1)+ внутренней капсуле
- 2) зрительному тракту
- 3) медиальной петле
- 4) черной субстанции

86. ПРИ ЗАДНЕЙ СЕЛЕКТИВНОЙ РИЗОТОМИИ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ТРЕБУЕТСЯ ПЕРЕСЕЧЬ _____% СЕНСОРНЫХ ФАСЦИКУЛ

- 1)+ 25-50
- 2) 51-75
- 3) 76-85
- 4) 86-100

87. АРТЕРИАЛЬНЫЕ СОСУДЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА - ЭТО

- 1)+ верхняя мозжечковая, эктопированная позвоночная артерии
- 2) верхняя мозжечковая, задняя мозговая артерии
- 3) верхняя мозжечковая артерия
- 4) внутренняя сонная артерия

88. К ПРИОБРЕТЕННЫМ ФОРМАМ ДИСТОНИИ, ПРИ КОТОРЫХ ВЫСОКО ЭФФЕКТИВНА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ нейролептическая дистония
- 2) посттравматическая дистония
- 3) детский церебральный паралич
- 4) постановочная дистония

89. У ДЕТЕЙ С ДИСТОНИЕЙ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ОДОБРЕНО С _____ ЛЕТ

- 1)+ 7
- 2) 10
- 3) 12
- 4) 4

90. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДИСТОНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ внутреннего сегмента бледного шара
- 2) переднего бедра внутренней капсулы
- 3) дополнительной моторной области
- 4) внутривентрикулярной группы ядер таламуса

91. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ФОРМЕ НИЖНЕГО СПАСТИЧЕСКОГО ПАРАПАРЕЗА С ПЕРСПЕКТИВАМИ ДЛЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задняя селективная ризотомия
- 2) имплантация баклофеновой помпы
- 3) стимуляция подкорковых ядер
- 4) деструкция подкорковых ядер

92. ПРИ DBS ДОСТИГАЕТСЯ НАИБОЛЬШИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ В ОТНОШЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ПРИ СТИМУЛЯЦИИ _____ ЧАСТИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА

- 1)+ постероventральной
- 2) дорзальной
- 3) переднелатеральной
- 4) латеральной

93. ОСОБЕННОСТЬЮ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ПРИ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ медленное развитие клинического эффекта
- 2) отсутствие влияния на болевой синдром
- 3) транзиторность улучшения симптоматики
- 4) отсутствие инфекционных осложнений

94. ПРИ ДИСТОНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА _____ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА

- 1)+ высокочастотная
- 2) низкочастотная
- 3) интермиттирующая
- 4) транскраниальная

95. ПРИ ЭКВИНУСНОЙ УСТАНОВКЕ СТОПЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ СЕЛЕКТИВНАЯ НЕВРОТОМИЯ _____ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА

- 1)+ двигательных ветвей к икроножной мышце
- 2) двигательных ветвей к задней большеберцовой мышце
- 3) волокон к короткому сгибателю пальцев стопы
- 4) 50% сенсорных фасцикул

96. ОПЕРАЦИЯ БЕРТРАНДА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ селективной периферической денервации задней группы мышц шеи и грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 2) частичном пересечении гипертрофированных мышц шеи под контролем ЭМГ
- 3) пересечение корешков С2-С3 интрадурально с частичной двусторонней невротомией добавочного нерва
- 4) имплантации электродов для электростимуляции в медиальный сегмент бледного шара с двух сторон

97. ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ ЛЕЧЕНИЯ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ СЧИТАЮТ (В ГОДАХ)

- 1)+ 3-7
- 2) 8-12
- 3) 13-16
- 4) 17-18

98. ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточная доза ботулотоксина
- 2) избыточная диффузия ботулотоксина
- 3) выраженный тонический компонент гиперкинеза
- 4) многолетнее применение ботулотоксина

99. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С КЛИНИКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ консервативная терапия
- 2) радиохирургия
- 3) проведение васкулярной декомпрессии
- 4) наблюдение

100. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ консервативная терапия
- 2) задняя селективная ризотомия
- 3) имплантация баклофеновой помпы
- 4) деструкция подкороковых ядер

101. САМЫМ ЛУЧШИМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ВЫШЕ 80% (УМЕНЬШЕНИЕ БОЛИ НА $\geq 50\%$ У 80%) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рефрактерная стенокардия
- 2) синдром оперированного позвоночника
- 3) комплексный регионарный болевой синдром
- 4) посттравматическая нейропатия периферических нервов

102. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ IASP, НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1)+ соматосенсорного отдела нервной системы
- 2) двигательного отдела нервной системы
- 3) вегетативного отдела нервной системы
- 4) мягких тканей и внутренних органов

103. ПОКАЗАНИЕМ К НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фармакорезистентный невропатический болевой синдром центрального или периферического генеза
- 2) впервые выявленный невропатический болевой синдром
- 3) неэффективность правильно подобранной медикаментозной терапии в течение 1 месяца
- 4) наличие выраженных побочных эффектов от впервые назначенных препаратов (корректировка дозы или замена препаратов не проводилась)

104. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К СТИМУЛЯЦИИ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническая кластерная головная боль
- 2) хроническая мигрень
- 3) хроническая головная боль напряжения
- 4) абוזусная головная боль

105. К АРТЕРИАЛЬНЫМ СОСУДАМ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ОТНОСЯТ

- 1)+ переднюю нижнюю, эктопированную позвоночную артерии
- 2) верхнюю мозжечковую, заднюю мозговую артерии
- 3) верхнюю мозжечковую артерию
- 4) внутреннюю сонную артерию

106. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МИОКЛОНИЯМИ В ЛИЦЕ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ПРОБУЖДЕНИЯ ОТ ПОСЛЕНАРКОЗНОГО СНА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ КОРЕШКА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1)+ наблюдение
- 2) ревизию операционной раны, устранение нейроваскулярного конфликта
- 3) назначение препаратов карбамазепинового ряда
- 4) ботулинотерапию

107. ОДНИМ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ТРАНЗИТОРНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПЕРИАКВЕДУКТАЛЬНОГО СЕРОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диплопия
- 2) тетрапарез
- 3) непроизвольное мочеиспускание
- 4) непроизвольный оргазм

108. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ЗАДНЕНИЖНИХ ОТДЕЛОВ ГИПОТАЛАМУСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ лечении рефрактерной кластерной головной боли
- 2) хронической тазовой боли в качестве первой линии терапии
- 3) комплексном регионарном болевом синдроме второго типа
- 4) постмастэктомическом болевом синдроме

109. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВОМ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА СПУСТЯ 1 ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ревизию операционной раны, устранение нейроваскулярного конфликта
- 2) наблюдение
- 3) назначение препаратов карбамазепинового ряда
- 4) ботулинотерапию

110. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ____ % И БОЛЕЕ ПО ВАШ ПО СРАВНЕНИЮ С ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ

- 1)+ 50
- 2) 40
- 3) 70
- 4) 75

111. ГИБРИДНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЮ НАЗЫВАЮТ ПРИ

- 1)+ одновременном применении электростимуляции различных нервных структур
- 2) последовательном применении электростимуляции нервов, спинного и головного мозга
- 3) одновременной электростимуляции спинного мозга на двух и более уровнях
- 4) последовательной электростимуляции спинного мозга на двух и более уровнях

112. К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МИОКЛОНИЯМИ В ЛИЦЕ СПУСТЯ 1-3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПО ПОВОДУ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ОТНОСЯТ

- 1)+ наблюдение
- 2) ревизию операционной раны, устранение нейроваскулярного конфликта
- 3) назначение препаратов карбамазепинового ряда
- 4) ботулинотерапию

113. ЧАЩЕ ВСЕГО ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОДА НА ТРЕТИЙ КРЕСТЦОВЫЙ КОРЕШОК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ТЕХНИКА

- 1)+ трансфораминальная
- 2) ретроградная
- 3) антреградная трансхистальная
- 4) эпидуральная с ламинэтомией

114. ВАРИАНТОМ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ БЕЗ ПАРЕСТЕЗИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ субпороговая спинного мозга
- 2) периферических нервов
- 3) полей периферических нервов
- 4) сенсорных ядер таламуса

115. ПОСТТОРАКОТОМИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В СЛУЧАЕ ЕГО РЕФРАКТЕРНОСТИ К КОНСЕРВАТИВНЫМ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫМ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ (БЛОКАДАМ, РЧД) МОЖНО КОНТРОЛИРОВАТЬ С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ стимуляции спинного мозга
- 2) резекции межреберных нервов
- 3) вентромедиальной таламотомии
- 4) срединной миелотомии

116. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КРЕСТЦОВЫХ КОРЕШКОВ ОДОБРЕНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ

- 1)+ ургентном недержании мочи, детрузорно-сфинктерной диссинергии, нейрогенном недержании кала
- 2) стрессовом недержании мочи, детрузорно-сфинктерной диссинергии, нейрогенном недержании кала
- 3) стрессовом недержании мочи, синдром хронической тазовой боли, нейрогенном недержании кала
- 4) ургентном недержании мочи, эректильной дисфункции, нейрогенном недержании кала

117. АНОД ПРИ БИПОЛЯРНОЙ ЭС НАПРАВЛЯЕТ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ ПОЛЕ

- 1)+ в противоположную сторону
- 2) в свою сторону
- 3) в сторону корпуса нейростимулятора
- 4) от корпуса нейростимулятора

118. ТРЕТЬЕ КРЕСТЦОВОЕ ОТВЕРСТИЕ, ПРИ РАЗМЕТКЕ ПОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ, НАХОДИТСЯ В МЕСТЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ЛИНИИ, ПРОВЕДЕННОЙ ЧЕРЕЗ МЕДИАЛЬНЫЕ КРАЯ КРЕСТЦОВЫХ ОТВЕРСТИЙ, С ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ, ПРОВЕДЕННОЙ

- 1)+ по нижнему краю илиосакрального сочленения
- 2) по центру крестца
- 3) по верхнему краю илиосакрального сочленения
- 4) на пять сантиметров выше от верхушки крестца

119. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМ БЕЗ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ГЕНЕРАТОРОВ ИМПУЛЬСОВ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ существенно уменьшить вероятность инфекционных осложнений
- 2) управлять системой дистанционно на большом расстоянии
- 3) существенно уменьшить вероятность миграции и поломки электрода
- 4) существенно улучшить анальгетический эффект

120. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ «лежа» с поворотом головы
- 2) «сидя»
- 3) «concorde»
- 4) «полусидя»

121. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ габапентин
- 2) лидокаин
- 3) морфин
- 4) ибупрофен

122. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЗАТЫЛОЧНЫХ НЕРВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кластерная головная боль
- 2) головная боль напряжения
- 3) хроническая посттравматическая головная боль
- 4) абузусная головная боль

123. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АВУЛЬСИЕЙ ПЕРВИЧНЫХ СТЕЛОВ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ DREZ
- 2) стимуляция спинного мозга
- 3) стимуляция первичных стволов плечевого сплетения
- 4) таламотомия

124. ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ ВО ВРЕМЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ЗАДАЕТ

- 1)+ катод под влиянием анода
- 2) анод под влиянием другого анода
- 3) анод под влиянием катода
- 4) катод под влиянием другого катода

125. ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нередко затяжной регресс миоклоний в лице
- 2) быстрый регресс миоклоний в лице
- 3) развитие паралича лицевого нерва
- 4) развитие назальной ликвореи

126. МОНОПОЛЯРНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ аноде на корпусе стимулятора и катоде на контактах электрода
- 2) аноде с двух сторон «закрытом» катодами
- 3) всех анодах и только одном катоде на контактах одного электрода
- 4) аноде на одном электроде и катоде на другом

127. ДИФFUЗНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ МНОГИХ ЛЕТ, НАРАСТАЮЩАЯ ПО ИНТЕНСИВНОСТИ ИЛИ ЧАСТОТЕ, В ОТСУТСТВИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФЕНОМЕНОВ ИЛИ ПРИСТУПОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ головной боли напряжения
- 2) кластерной головной боли
- 3) хронической мигрени
- 4) тригеминальной невралгии

128. К АРТЕРИАЛЬНЫМ СОСУДАМ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ОТНОСЯТ

- 1)+ заднюю нижнюю, эктопированную позвоночную артерии
- 2) внутреннюю сонную артерию
- 3) верхнюю мозжечковую артерию
- 4) верхнюю мозжечковую, заднюю мозговую артерии

129. К АРТЕРИАЛЬНЫМ СОСУДАМ, ЯВЛЯЮЩИМИСЯ ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕМИФАЦИАЛЬНОГО СПАЗМА ОТНОСЯТ _____ АРТЕРИЮ

- 1)+ эктопированную основную
- 2) верхнюю мозжечковую
- 3) заднюю мозговую
- 4) внутреннюю сонную

130. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОКНОМ ТОНИЧЕСКОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ разница величины импульса между первым появлением и неприятной парестезией
- 2) величина электрического импульса от «0» до эффективной стимуляции
- 3) частное силы электрического тока, разделенное на сопротивление тканей вокруг электрода
- 4) производное силы и ширины импульса минус сопротивление тканей вокруг электрода

131. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В КАЧЕСТВЕ МИШЕНИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР МОЗГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ PAG
- 2) STN
- 3) GPi
- 4) Voa

132. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛЮБЫМ МЕТОДАМ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ соматоформный болевой синдром
- 2) вторичная депрессия на фоне выраженного болевого синдрома
- 3) вторичная тревожность на фоне выраженного болевого синдрома
- 4) эмоциональная лабильность на фоне выраженного болевого синдрома

133. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ секвестрированную грыжу диска, сдавливающую корешок спинного мозга
- 2) умеренный стеноз позвоночного канала без выраженной псевдоклаудикации
- 3) возраст старше 70 лет и/или сопутствующие заболевания в стадии компенсации
- 4) послеоперационные рубцы в зоне планируемой операции

134. ПРИ РЕФРАКТЕРНЫХ КЛАСТЕРНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ (В ТОМ ЧИСЛЕ К ВОЗДЕЙСТВИЮ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ

- 1)+ затылочных нервов или крылонебного ганглия
- 2) поясничного утолщения спинного мозга
- 3) крестцовых корешков и ганглиев
- 4) первичной задней ветви грудных корешков

135. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛИ В ТЕЧЕНИЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 6
- 4) 12

136. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ГЕМИФАЦИАЛЬНОМ СПАЗМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1)+ 80
- 2) 50
- 3) 40
- 4) 55

137. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОМПРИМИРУЮЩЕГО АГЕНТА ПРИ ГЕМИФАЦИАЛЬНОМ СПАЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ парастоловая порция корешка лицевого нерва
- 2) корешок лицевого нерва на протяжении
- 3) цистернальная порция корешка лицевого нерва
- 4) область пирамиды височной кости

138. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ВСКРЫТЫХ ЯЧЕЙ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ - ЭТО

- 1)+ костный воск
- 2) жировая ткань
- 3) мышечная ткань
- 4) клеевые композиции

139. ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМ НЕВРОПАТИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ НАЗЫВАЮТ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 3 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 2 лет

140. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром оперированного позвоночника
- 2) хроническая тазовая боль
- 3) фантомный болевой синдром
- 4) критическая ишемия нижних конечностей

141. ПРИ ДИСФУНКЦИИ ИМПЛАНТИРОВАННОЙ МОРФИНОВОЙ ПОМПЫ ИЛИ ПОВРЕЖДЕНИИ КАТЕТЕРА В КАЧЕСТВЕ УРГЕНТНОЙ МЕРЫ ТРЕБУЕТСЯ

- 1)+ купирование болевого синдрома опиоидными анальгетиками
- 2) купирование болевого синдрома неопиоидными анальгетиками
- 3) введение антидотов опиоидных анальгетиков
- 4) замена помпы и катетера по экстренным показаниям

142. ЧАСТОТА ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ИМПУЛЬСА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1)+ характер стимуляции
- 2) величину электрического импульса
- 3) ширину каждого электрического импульса
- 4) интенсивность парестезий во время стимуляции

143. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ С ПАРЕСТЕЗИЯМИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ тонической стимуляции спинного мозга
- 2) залповой стимуляции спинного мозга
- 3) стимуляции моторной коры головного мозга
- 4) высокочастотной стимуляции спинного мозга

144. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЗАЛПОВОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ влияние на аффективную составляющую боли
- 2) имитация импульсов нервной системы человека
- 3) более мощный анальгетический эффект
- 4) более мощная, по сравнению с тонической, продукция ГАМК

145. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ использование якорей и образование амортизирующих петель проводов
- 2) использование специального клея и лигатур в местах потенциального смещения
- 3) ограничение подвижности пациента в течение 3 месяцев
- 4) использование безгенераторных систем

146. ГРУППАМИ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антиконвульсанты, антидепрессанты и местные анестетики
- 2) опиоидные анальгетики, антихолиномиметики и бетта-блокаторы
- 3) НПВС, комбинированные анальгетические препараты, спазмолитики
- 4) альфа-миметики, антихолинэстеразные препараты и нейролептики

147. К БУДАПЕШТСКИМ КРИТЕРИЯМ КРБС ОТНОСЯТ

- 1)+ аллодинию
- 2) гипестезию
- 3) анестезию
- 4) парестезию

148. ПОКАЗАНИЕМ К НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейропатия ветвей тройничного нерва
- 2) фантомный болевой синдром
- 3) таламический болевой синдром
- 4) невралгия тройничного нерва

149. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ миграция электрода
- 2) эпидуральная гематома
- 3) поломка электрода
- 4) нагноение элементов системы

150. ИМПЛАНТАЦИЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО КАТЕТЕРА ИЛИ ЭПИДУРАЛЬНОГО ЭЛЕКТРОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1)+ парамедианного доступа
- 2) срединного трансламинарного доступа
- 3) трансфораминального доступа
- 4) трансакрального доступа через hiatus sacralis

151. ВВЕДЕНИЕ БАКЛОФЕНА В ЦСЖ ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИГНУТЬ КОНЦЕНТРАЦИИ БАКЛОФЕНА В ЦСЖ В _____ РАЗ ВЫШЕ, ЧЕМ ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ПРИЕМЕ

- 1)+ 10
- 2) 5
- 3) 2
- 4) 15

152. ХРОНИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ЗАТЫЛОЧНЫХ НЕРВОВ ПОКАЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ мигрени
- 2) головной боли напряжения
- 3) тригеминальной невралгии
- 4) абузусной головной боли

153. К ОСНОВНЫМ СПОСОБАМ ПРОФИЛАКТИКИ МИГРАЦИИ ЭЛЕКТРОДОВ ПРИ СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

- 1)+ использование якорей и образование амортизирующих петель проводов
- 2) использование безгенераторных систем стимуляции
- 3) ношение корсета
- 4) использование специального клея и дополнительных лигатур в местах потенциального смещения

154. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ РИЗОТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ спастический синдром
- 2) паркинсонизм
- 3) тремор
- 4) тики

155. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ДЦП ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атонически-астатическая форма
- 2) гиперкинетическая форма
- 3) спастический тетрапарез
- 4) нижний спастический парапарез

156. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МОТОРНОЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ деафферентационной боли в лице
- 2) синдроме оперированного позвоночника
- 3) хронической тазовой боли
- 4) рефрактерной стенокардии

157. ПОКАЗАНИЕМ К БЛОКАДЕ ЗВЕЗДЧАТОГО УЗЛА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ критическая ишемия верхних конечностей
- 2) рефрактерная стенокардия
- 3) хронический панкреатит
- 4) затяжной трахеобронхит

158. ПРИ СПАСТИЧНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫРАЖЕННОЙ В РУКАХ, ЛАМИНЭКТОМИЯ ДЛЯ ШЕЙНОЙ РИЗОТОМИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА УРОВНЕ ____ ПОЗВОНКОВ

- 1)+ C5-C7
- 2) C2-C4
- 3) C1-C3
- 4) C2-TN1

159. СИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ПОДЧРЕВНОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ висцеральных болях органов малого таза
- 2) болях при хроническом панкреатите
- 3) КРБС верхних конечностей
- 4) полиартропатии крупных суставов

160. ПРИ ВАГУСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОДА

- 1)+ односторонняя на левый блуждающий нерв
- 2) односторонняя на правый блуждающий нерв
- 3) двусторонняя на оба блуждающих нерва
- 4) односторонняя, соответственно стороне наиболее выраженных клинических проявлений

161. ОСНОВНОЙ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ НЕВРАЛГИЧЕСКОГО ТИПА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ приступообразный «простреливающий» характер
- 2) постоянный «ноющий» «жгучий» характер
- 3) «раздирающая», «выматывающая» боль
- 4) «сдавливающая», «распирающая», «разрывающая» боль

162. СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ НЕ ИСПОЛЗУЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ ДО ____ ЛЕТ

- 1)+ 7
- 2) 18
- 3) 5
- 4) 14

163. ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ СЧИТАЕТСЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ СОХРАНЕНИИ ПРИСТУПОВ, НЕСМОТРЯ НА ТЕРАПИЮ, КАК МИНИМУМ ____ АДЕКВАТНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В АДЕКВАТНЫХ ДОЗАХ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

164. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КЛАСТЕРНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ONS И ЭС КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА МОЖЕТ БЫТЬ РАССМОТРЕНА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ задненижних отделов гипоталамуса
- 2) сенсорных ядер таламуса
- 3) заднего бедра внутренней капсулы
- 4) медиального сегмента бледного шара

165. УМЕНЬШЕНИЕ ДИСКИНЕЗИЙ И РИГИДНОСТИ ПРИ НАРАСТАНИИ АКИНЕЗИИ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ низко
- 2) высоко
- 3) медиально
- 4) латерально

166. ПАЦИЕНТАМ СО СПАСТИКО-ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЦП МОЖЕТ БЫТЬ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ хронической интратекальной инфузии баклофена
- 2) стимуляции блуждающего нерва
- 3) вестибулярной дерцепции
- 4) селективной невротомии

167. ПОЯВЛЕНИЕ ФОТОПСИЙ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ вентрально
- 2) дорсально
- 3) медиально
- 4) латерально

168. СРЕДИ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПОКАЗАНИЕМ К СТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рефрактерная стенокардия
- 2) хронический гастрит
- 3) хронический сальпингоофорит
- 4) острая пневмония

169. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭПИДУРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эпидуральный фиброз
- 2) кластерная головная боль
- 3) постгерпетическая невралгия
- 4) спондилоартроз поясничного отдела

170. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВНОВЬ ВОЗНИКШЕЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пероральный прием карбамазепина
- 2) микроваскулярная декомпрессия
- 3) баллон-компрессия
- 4) радиохирurgia

171. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЮ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

- 1)+ нейропатии ветвей тройничного нерва
- 2) невралгии ветвей тройничного нерва
- 3) атипичной лицевой боли
- 4) деафферентационной лицевой боли

172. ДОСТУП К НЕПАРНОМУ ГАНГЛИЮ ДЛЯ ЕГО БЛОКАДЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ анококцигеальную связку или крестцово-копчиковое сочленение
- 2) нижнюю треть прямой кишки (трансанально)
- 3) верхнюю треть влагалища (трансвагинально)
- 4) отверстие крестцового канала трансиатально

173. ПОЯВЛЕНИЕ ТОНИЧЕСКИХ МЫШЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ латерально
- 2) медиально
- 3) кпереди
- 4) кзади

174. СКТ-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ХОРДОТОМИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ онкологической боли с одной стороны
- 2) болях в области головы и шеи
- 3) «паралегической» боли у пациентов с повреждениями спинного мозга
- 4) хронической тазовой боли

175. ПОЯВЛЕНИЕ ДИПЛОПИИ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ медиально
- 2) латерально
- 3) кпереди
- 4) кзади

176. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕСТОВОГО ПЕРИОДА ПРОТИВОБОЛЕВОЙ СТИМУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 7
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 28

177. СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПРИСТУПОВ НА 50% И БОЛЕЕ НА ФОНЕ СТИМУЛЯЦИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ОТМЕЧАЕТСЯ У _____ ПРОЦЕНТОВ ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ 40-60
- 2) 20-30
- 3) 10-15
- 4) 70-80

178. СЕЛЕКТИВНАЯ РИЗОТОМИЯ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ ПОКАЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ нижнего спастического парапареза
- 2) генерализованной дистонии
- 3) синдрома оперированного позвоночника
- 4) паркинсонического синдрома

179. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ некоррегируемое нарушение свертываемости крови
- 2) возраст пациента
- 3) сопутствующий сахарный диабет II типа
- 4) нежелание родственников пациента

180. ПРИЧИНОЙ КОМПЛЕКСНОГО РЕГИОНАРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ крупных смешанных нервов
- 2) суставной поверхности эпифизов
- 3) мышц и сухожилий
- 4) артерий мелкого калибра

181. ПОЯВЛЕНИЕ СТОЙКИХ ПАРЕСТЕЗИЙ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВЕНТРАЛЬНОГО ПРОМЕЖУТОЧНОГО ЯДРА ТАЛАМУСА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ кзади
- 2) кпереди
- 3) медиально
- 4) латерально

182. ПОЯВЛЕНИЕ ДИЗАРТРИИ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ кзади и медиально
- 2) кзади и латерально
- 3) кпереди и медиально
- 4) кпереди и латерально

183. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ _____ БОЛЕЙ

- 1)+ нейропатических
- 2) суставных
- 3) онкологических
- 4) висцеральных

184. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ периферические мононевропатии, сопровождающиеся фармакорезистентным болевым синдромом
- 2) эпидуральный фиброз
- 3) головные боли напряжения
- 4) невралгию тройничного нерва

185. ПРИ ПОЯСНИЧНОЙ РИЗОТОМИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛАМИНЭКТОМИЯ НА УРОВНЕ ____ ПОЗВОНКОВ

- 1)+ L1-L2
- 2) L3-L4
- 3) Th10-Th12
- 4) L5-S1

186. ВНУТРЕННИЙ СЕГМЕНТ БЛЕДНОГО ШАРА ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРОЙ-МИШЕНЬЮ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ

- 1)+ цервикальной дистонии
- 2) фармакорезистентной эпилепсии
- 3) эссенциальном треморе
- 4) хронической постинсультной боли

187. ЗВЕЗДАЧТЫЙ ГАНГЛИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА УРОВНЕ _____ ПОЗВОНКОВ

- 1)+ C7-Th1
- 2) C4-C5
- 3) Th2-Th3
- 4) C5-C6

188. ПОКАЗАНИЕМ К ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МОТОРНОЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ центрального болевого синдрома
- 2) хронической тазовой боли
- 3) висцеральной боли
- 4) боли в крупных суставах

189. ВАРИАНТОМ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ ОЩУЩАЕТ ПАРЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ тоническая
- 2) высокочастотная
- 3) залповая
- 4) высокоплотная

190. ОЖИДАЕМАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫШЕ ПРИ ДИСТОНИИ

- 1)+ ДУТ 1
- 2) ДУТ 6
- 3) ДУТ 12
- 4) ДУТ 28

191. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО НЕЙРОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отрицательный результат тестового периода стимуляции
- 2) отрицательный результат морфинового теста
- 3) сумма баллов по шкале LANSS более 12
- 4) отрицательный результат эпидуральной блокады

192. ПОКАЗАНИЕМ К ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нейропатия ветвей тройничного нерва
- 2) невралгия тройничного нерва
- 3) таламический болевой синдром
- 4) фантомный болевой синдром

193. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ _____ БОЛЕЙ

- 1)+ нейропатических
- 2) суставных
- 3) онкологических
- 4) висцеральных

194. ПОКАЗАНИЯ К НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ЗАВИСЯТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ОТ

- 1)+ патогенетического типа болевого синдрома
- 2) этиологии нейрогенного болевого синдрома
- 3) желания пациента и его родственников
- 4) длительности болевого синдрома

195. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ КОМПЛЕКСНОГО РЕГИОНАРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1)+ крупных смешанных нервов
- 2) артерий мелкого калибра
- 3) мышц и сухожилий
- 4) суставной поверхности эпифизов

196. БЛОКАДА НЕПАРНОГО ГАНГЛИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ хронической тазовой боли
- 2) хроническом панкреатите и гепатите
- 3) КРБС нижних конечностей
- 4) критической ишемии нижних конечностей

197. ДИАГНОЗ САКРОИЛЕИТА МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ

- 1)+ блокадой крестцово-подвздошного сочленения
- 2) эпидуральной трансфориальной блокадой
- 3) эпидуральной интерламинарной блокадой
- 4) блокадой грушевидной мышцы

198. ИМИТИРОВАТЬ НЕВРАЛГИЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ

- 1)+ синдром Сладера
- 2) хроническая мигрень
- 3) хроническая пароксизмальная гемикрания
- 4) постгерпетическая невралгия затылочного нерва

199. К ПОКАЗАНИЯМ К ОПЕРАЦИИ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ классическую картину невралгии тройничного нерва с или без подтверждения нейроваскулярного конфликта на МРТ
- 2) нейроваскулярный контакт по данным МРТ
- 3) рассеянный склероз с нейроваскулярным контактом на стороне боли
- 4) опухоль на стороне боли и нейроваскулярный контакт на противоположной стороне

200. ПЕРВЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ К БЛОКАДАМ И ПУЛЬСОВОЙ РЧ-МОДУЛЯЦИИ) БОЛИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электростимуляция локтевого нерва
- 2) электростимуляция спинного мозга
- 3) электростимуляция глубоких структур головного мозга
- 4) цингулотомия

201. ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛЫМ СПАСТИЧЕСКИМ ТЕТРАПАРЕЗОМ И ПОВЫШЕНИЕМ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ДО 3—5 БАЛЛОВ ПО ASHWORTH ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ задней селективной ризотомии
- 2) вестибулярной дерецепции
- 3) таламотомии
- 4) селективной невротомии

202. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПОЯСНИЧНОГО УТОЛЩЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА ЭФФЕКТИВНА У БОЛЬНЫХ ДЦП С

- 1)+ нижним спастическим парапарезом
- 2) спастическим тетрапарезом
- 3) гиперкинетической формой ДЦП
- 4) атонически-астатической формой ДЦП

203. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕСТОВОГО ПЕРИОДА ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА _____ ПРОЦЕНТОВ И БОЛЕЕ ПО ВАШ ПО СРАВНЕНИЮ С ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ

- 1)+ 50
- 2) 30
- 3) 10
- 4) 75

204. ПАЦИЕНТУ СО СПАСТИЧЕСКИМ ТЕТРАПАРЕЗОМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ БАКЛОФЕНОВОГО СКРИНИНГ-ТЕСТА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ задней селективной ризотомии
- 2) имплантации баклофеновой помпы
- 3) паллидотомии
- 4) Vim-таламотомии

205. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ СТИМУЛЯЦИЯ

- 1)+ спинного мозга
- 2) моторной коры
- 3) глубоких структур мозга
- 4) периферических нервов

206. ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЗАЛПОВОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ влияние на аффективную составляющую боли
- 2) имитация импульсов нервной системы человека
- 3) наличие приятных парестезий
- 4) более мощная, по сравнению с тонической, продукция ГАМК

207. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ____ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ MMSE

- 1)+ 22
- 2) 26
- 3) 28
- 4) 30

208. ПАЦИЕНТАМ С ЛОКАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ СПАСТИЧНОСТИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ селективной невротомии
- 2) хронической интратекальной инфузии баклофена
- 3) задней селективной ризотомии
- 4) хронической электростимуляции спинного мозга

209. ГЛУБОКАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ болезни Паркинсона
- 2) мультисистемой атрофии
- 3) прогрессирующего надъядерного паралича
- 4) деменции с тельцами Леви

210. ПОЯВЛЕНИЕ ТОНИЧЕСКИХ МЫШЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА БЛЕДНОГО ШАРА ГОВОРIT О РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СЛИШКОМ

- 1)+ кзади и медиально
- 2) кзади и латерально
- 3) кпереди и медиально
- 4) кпереди и латерально

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. Детская нейрохирургия.	2
Тема 2. Неврология и реабилитация.	40
Тема 3. Нейроонкология.	63
Тема 4. Нейрореанимация и нейроанестезиология.	239
Тема 5. Нейротравматология.	257
Тема 6. Общие вопросы нейрохирургии. Лучевая терапия.	302
Тема 7. Организация здравоохранения.	316
Тема 8. Сосудистая нейрохирургия.	323
Тема 9. Спинальная нейрохирургия.	435
Тема 10. Функциональная нейрохирургия.	473