001.При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются:

Тахикардией

Аритмией

Брадикардией

Экстрасистолией

Напряженным пульсом

002.Сенсорная афазия преимущественно характеризуется:

непономанием речи

невозможностью артикуляции

наличием словестных эмболов

приступами торможения речи

наличием парафазий

003.Нарушение письма при поражении височных структур характеризуется:

полной аграфией

ошибками в письме

нарушением акта писания

верно А и Б

верно Б и В

004.Нарушение чтения при поражении височных структур характеризуется:

невозможностью чтения

непониманием написанного

парафазиями в речи

правильно Б и В

005.Фокальные эпилептические припадки при опухолях теменной доли характеризуются:

наличием судорог в руках

наличием судорог в ногах

парестезиями в противоположных конечностях

адверсивными приступами

006.Эпилептически синдром при опухолях нижней теменной дольки характеризуется:

пароксимальным астереогнозом

зрительной аурой

Слуховой аурой

клоническими судорогами ноге

007.Алексия и акалькулия – характерные симптомы поражения:

задней центральной извилины

передней центральной извилины

верхней темненной дольки

нижней теменной дольки

008.Зрительная агнозия включат все перечисленное, кроме:

амавроза

сохранения зрения

отсутствия способности узнавать предмет по его виду

фотопсии

способности узнавать предмет при его ощупывании

009.При менингиомах ольфакторной ямки возможны эндокринно-обменные расстройства:

сахарный диабет

выявляются только при функциональных нагрузках

Несахарный диабет

синдром Иценко-Кушинга

нарушения биоритмов

010.Глазодвигательные расстройства при кранио-орбитальных менингиомах:

синдром верхней глазничной щели

расходящийся страбизм

Сходящийся страбизм

парез взора вверх

разностояние глазных яблок

011.Дислокационный синдром при менингиомах большого крыла основной кости характеризуется:

четверохолмным синдромом

альтернирующим синдромом

тригеминальным синдромом

среднестволовым синдромом

каудальным стволовым синдромом

012.При менингиомах средней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка гипертензионный синдром:

является характерным

не является характерным

выражен минимально

резко выражен

013.К психическим расстройства при менингиомах передней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка относятся:

синдром расторможенности

корсаковский синдром

синдром аспонтанности

ажитированнная депрессия

014.При менингиомах средней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка расстройства мочеиспускания выражаются:

истинным недержанием мочи

периодическим недержанием мочи

парадоксальной ишурией

императивными позывами

острой задержкой мочи

015.Мозжечковые расстройства при менингиомах задней трети синуса и серповидного отростка возникают вследствие:

нарушения венозного кровообращения

давления опухоли на мозжечок

давления опухоли на верхнюю ножку мозжечка

смещения мозжечка в большое затылочное отверстие

016.Головная боль при опухолях гипофиза носит преимущественно характер:

невыносимой головной боли распирающего характера

распирающей головной боли в области затылка по утрам

острой головной боли в области лба

тупой головной боли лобно-орбитальной или шейно-затылочной локализации

головные боли в области свода черепа, усиливающиеся при перкуссии

017.Краниофарингиомы развиваются:

из нейрогипофиза

из аденогипофиза

из кармана Ратке

из дна III желудочка

из бугорка турецкого седла

018.Изменения глазного дна при опухолях гипофиза характеризуются преимущественно:

застойными дисками зрительных нервов

одно- двусторонней простой атрофией зрительных нервов

простой атрофией зрительных нервов

вторичной атрофией зрительных нервов

односторонней гиперемией дисков зрительных нервов

019.Доброкачественные новообразования III желудочка – это:

глиомы

эпендимомы

коллоидные кисты

эпидермоиды

хориоидпапилломы

020.Дифференциальная диагностика при ганглиоцитомах наиболее затруднительна с:

краниофарингеомой

олигодендроглиомой

протоплазматической астроцитомой

хориоидкарциномой

эпендимомой

021.Нередко решающим методом окончательной патоморфологической верификации является:

биохимическое исследование

электронная микроскопия

световая микроскопия

исследование маркеров опухоли

иммуногистохимическое исследование

022.Ангиографическое исследование при ганглиоцитомах выявляет:

бессосудистую зону

хорошо выраженную патологическую сосудистую сеть

гипертрофированные питающие сосуды, нередко переднюю ворсинчатую или лентикулостриарные артерии

преимущественный отток крови в глубокие вены мозга

малоинформативно

023.Рвота при опухолях задне-черепной ямки обусловлена всем перечисленным, кроме:

повышения внутричерепного давления

понижения внутричерепного давления

раздражения дна ромбовидной ямки

венозного застоя

повышения артериального давления

024.Сердечно-сосудистые расстройства встречаются при опухолях задне-черепной ямки вследствие:

внутричерепной гипертензии

острой окклюзионной гидроцефалии

давления опухоли на ядра блуждающего нерва

прорастания опухолью ствола головного мозга

025.При опухолях левого полушария мозжечка у больного определяется:

гипотония в руках

расстройства статики

туловищная атаксия

дискоординация в левых конечностях

026.Для гемангиобластом мозжечка характерны все перечисленные симптомы, кроме:

ундулирующего течения заболевания

выраженных стволовых расстройств

четких альтернирующих синдромов

четкой латерализации симптомов

преобладания расстройств статики над динамическими растройствами

027.Опухоли мосто-мозжечкового угла развиваются чаще:

в детском возрасте

в юношеском возрасте

в зрелом возрасте

в старческом возрасте

значимых различий нет

028.Поражение VII нерва при опухолях мосто-мозжечкового угла характеризуется:

центральным парезом мышц лица

периферическим парезом мышц лица

гипестезией половины лица

снижением вкуса на задней трети языка на стороне поражения

отсутствием слезоотделения на стороне поражения

029.При опухолях мосто-мозжечкового угла стволовые симптомы носят:

ранний характер

поздний характер

верхнестволовый характер

нижнестволовый характер

030.Невриномы слухового нерва вызывают следующие изменения височной кости:

расширение внутреннего слухового прохода

остепороз вершины каменистой части пирамидки

остеосклероз вершины пирамидки

сужение отверстия внутреннего слухового прохода

031.При опухолях IV желудочка дислокационые симптомы возникают вследствие:

непосредственного воздействия опухоли на каудальные отделы ствола

непосредственного воздействия опухоли на оральные отделы ствола

расстройств ликвороциркуляции

расстройств микроциркуляции

032.При опухолях IV желудочка гипертензионные кризы носят:

представлены постоянно

носят четкий гипертензионный характер

носят черты синдрома Брунса

в виде синдрома Брунса представлены на поздних стадиях заболевания

033.При опухолях IV желудочка имеют место все перечисленные симптомы, кроме:

являются ведущими в клинической картине

часто определяется синдром Леребулье

типичных изолированных рвот

типичной рвоты в утренние часы

симптома Дежерина-Русси

034.При опухолях ствола головного мозга двигательные расстройства:

чаще представлены гемипарезом

чаще представлены тетрапарезом

чаще представлены монопарезами

чаще представлены парапарезами

чаще не выражены

035.При опухолях ствола головного мозга чувствительные расстройства:

чаще представлены полинейропатическим синдромом

чаще носят характер гиперпатии

чаще напоминают симптомы сирингомиелии

чаще представлены преимущественно в верхних конечностях

чаще представлены гемигипэстезией

036.При опухолях ствола головного мозга диэнцефальные расстройства являются:

типичными

нетипичными

частыми

нечастыми

выраженными

037.Основной спектр осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с патологией ЗЧЯ обусловлен:

ранее прекращение ИВЛ

нарушение кровообращения в стволе мозга

отсутствием наружного ликворного дренажа

неадекватная анестезия

неадектной общей гемодинамикой

038.Признаками воздействия на ствол мозга во время операции на структурах ЗЧЯ являются:

значительное повышение АД

внезапное падение АД

брадикардия

тахикардия

039.При стойких грубых бульбарных нарушениях в сочетании с дыхательной недостаточностью следует:

проводить неинвазивную ИВЛ с кислородом

проводить неинвазивную ИВЛ без кислорода

проводить ИВЛ через назотрахеальную интубационную трубку

проводить ИВЛ через трахеостому

проводить ИВЛ через оротрахеальную интубационную трубку

040.Прямым показанием для наложения трахеостомы у больных с опухолями ЗЧЯ является:

обеспечение проходимости дыхательных путей

грубые стойкие бульбарные нарушения

необходимость санации верхних дыхательных путей

нарушение дыхательной функции в течение 5-7 суток

с целью уменьшения «мертвого пространства» и энергозатрат на дыхание

041.Симптом «вклинения» при опухоли спинного мозга включает все перечисленное, кроме:

появление или усиление локальных болей после поясничного прокола

уменьшение проводниковых симптомов после поясничного прокола

нарастания проводниковых симптомов после поясничного прокола

появление тазовых расстройств после поясничного прокола

042.Удаление менингиом спинного мозга осуществляется, как правило:

после ламинэктомии

после гемиламинэктомии

с ламинэктомией 1 позвонка

с сочетание ламинэктомии и гемиламинэктомии выше и ниже уровня опухоли

с ламинэктомией 2 – 3 уровней

043.Глиальные пучки, составляющие зрительный нерв и хиазму, но не несущие функциональную нагрузку являются:

мозговой тканью лобной доли

перекрещенный глиальный пучок

не перекрещенный глиальный пучок

глиальный пучок височного полулуния

центральный пучок

044.Кровоснабжение зрительных нервов осуществляется посредством:

наружной сонной артерии

передней мозговой артерии

задней мозговой артерии

сонной артерии

глазничной артерии и ее коротких ветвей

045.Рентгенологическая картина эндосупраселлярной опухоли гипофиза характеризуется:

опущением дна турецкого седла

остеопорозом передней стенки седла и подрытостью клиновидных отростков

уменьшением высоты тела клиновидной кости за счет вдавливания дна турецкого седла

приподнятостью и заостренностью клиновидных отростков

гиперостозом спинки турецкого седла

046.Размеры турецкого седла в норме составляют:

сагиттальный: 7-9 мм, вертикальный: 5-7 мм

сагиттальный: 11-12 мм, вертикальный: 9-10 мм

сагиттальный: 12-15 мм, вертикальный: 10-12 мм

сагиттальный: 15-17 мм, вертикальный: 12-14 мм

сагиттальный: 17-19 мм, вертикальный: 14-16 мм

047.Основные клинические проявления краниофарингиом включают:

гипертензионный синдром

эндокринные нарушения и эписиндром

общемозговые и эндокринные нарушения

снижение зрения

общемозговые и очаговые неврологические симптомы, эндокринные нарушения

048.К зрительным нарушениям при опухолях гипофиза относятся:

биназальная геминанопсия

битемпоральная гемианопсия

амавроз

верхне-квадрантная гемианопсия

фотопсии

049.Краниографические изменения при опухолях гипофиза включают все перечисленное, кроме:

увеличение полости турецкого седла

двухконтурность дна турецкого седла

истончение и подрытость клиновидных отростков

усиление пальцевых вдавлений

вдавление основной пазухи

050.Частота краниофарингиом среди опухолей головного мозга:

2-3%

3-5%

5-7%

7-10%

более 10%

051.Шкала Hunt-Hess - это:

Шкала САК

Шкала образования аневризм

Шкала отдалённых результатов

Шкала лечения

Шкала реабилитации

052.Основным методом диагностики АА является:

ТКУЗДГ

РеоЭГ

Церебральная ангиография

ЭЭГ

Неврологический осмотр

053.Показанием для начала искусственной вентиляции лёгких при поступлении больного с субарахноидальным кровоизлиянием является:

рО2 менее 55 мм.рт.ст., судороги, тахипноэ до 25-30 в минуту.

Тахипноэ до 30-35 в минуту, длительное возбуждение, цианоз.

Артериальная дистония, РаО2 менее 55 мм.рт.ст, рвота.

Артериальная дистония, судороги, нарастающий цианоз.

рО2 менее 55 мм.рт.ст., тахипноэ до 35-40 в минуту, жизненная ёмкость лёгких менее 12 мл/кг массы тела.

054.Из всего количества выживших больных с субарахноидальным кровоизлиянием остаются глубокими инвалидами:

Более 10%

Более 30%

Более 40%

Более 50 %

Более 70%

055.Triple-H терапия – это:

Гипернатриемия, гиперосмолярность, гипертензия

Гиперкалиемия, гипертермия, гипотензия

Гиповолемия, гипоосмолярность, гемодилюция

Гипотензия, гиповолемия, гемодилюция

Гипертензия, гиперволемия, гемодилюция

056.Церебральное перфузионное давление – это:

Прямо пропорционально сумме системного давления и ВЧД

Прямо пропорционально разнице системного давления и ВЧД

Обратно пропорционально радиусу церебрального сосуда

Прямо пропорционально вязкости крови

Равно внутричерепному давлению

057.Маннитол не рекомендуется вводить при осмолярности плазмы крови:

270 ммоль/л и более

280 ммоль/л и более

320 ммоль/л и более

300 ммоль/л и менее

280 ммоль/л и менее

058.Какие препараты противопоказаны к применению у больных с субарахноидальными кровоизлияниями и начинающемся отёке мозга:

Альбумины

Маннитол

Лазикс

Контрикал

Глюкокортикостероидные гормоны

059.Показания для операции на АА в остром периоде:

Гематома

Головная боль

Прогрессирующий ангиоспазм

4-5 ст. по Н-Н

Неврологический дефицит

060.Для артериальных аневризм супраклиноидного отдела ВСА характерен парез нерва:

12

3

8

11

10

061.Какая артерия при выделении АА ПМА-ПСА в меньшей степени несёт функциональную значимость и может быть коагулирована и иссечена:

 Возвратная Гюбнера

Фронто-полярная

Оболочечная ветвь ВСА

Фронто-орбитальная

Перфорирующие артерии

062.При наличии внутримозговой гематомы после разрыва АА из СМА для её удаления характерно:

Начинать удаление с поверхностных отделов, удалять не полностью, оставлять фрагменты гематомы на мешке аневризмы.

Полное её удаление с капсулой

Начинать удаление с области мешка аневризмы

В первую очередь выделить проксимальные отделы несущей артерии

Гематому не удалять, вести консервативно

063.Эндоваскулярные доступы к АА:

Трансвенозный

Трансфеморальный

Транскраниальный

Трансорбитальный

Трансоральный

064.Как оперировать поверхностную небольшую АВМ теменной доли в холодном периоде:

Радиохирургия

Комбинированное лечение

Клипирование афферентных сосудов

Эндоваскулярное выключение афферентных сосудов баллонами

Микрохирургическое иссечение

065.Распространённая АВМ левого полушария. Эпи-синдром. Мероприятия:

Назначить противосудорожное лечение

Оперировать в плановом порядке

Наблюдать в динамике

Не нуждается в операции

Оперировать срочно

066.Для проведения эндоваскулярной операции при АВМ необходимо оборудование:

КТ

МРТ

Ангиографический аппарат с ЭОП-ом

Рентген-аппарат

УЗИ

067.Какие клеевые композиции используются при эндоваскулярной хирургии АВМ:

БФ

Канцелярский клей

Резиновый клей

Суперцемент

Цианокрилаты

068.Назовите основные источники кровоснабжения мозговых структур задней черепной ямки:

Позвоночная артерия

Заднемозговая артерия

Внутренняя сонная артерия

Теменно-затылочная артерия

наружная сонная артерия

069.Основной внешний признак ККС:

Энофтальм

Экзофтальм

Гемипарез

Парапарез

Пульсирующий экзофтальм

070.Показания для операции при ККС:

Головная боль

Хемоз

Нарушения чувствительности

Функционирование ККС

Эписклеральная инъекция сосудов

071. Основной вид операции при ККС:

Окклюзия ККС баллоном

Перевязка ВСА на шее

Энуклеация глаза

Перевязка глазной вены

Интракраниальное клипирование

072. Для проведения эндоваскулярной операции при ККС необходимо оборудование:

С-дуга

Мультиспиральный рентеновский томограф

Магниторезонасный томограф

Ангиографическая установка

Монитор глубины наркоза

 073.Эндоваскулярные доступы к ККС:

Трансфеморальный

Трансвенозный

Транскраниальный

Трансорбитальный

Трансоральный

074.Какие клеевые композиции используются при эндоваскулярной хирургии АСС:

БФ

Канцелярский клей

Резиновый клей

Суперцемент

Цианокрилаты

075.Внутричерепная гипертензия и пульсирующий шум в голове характерен для:

АСС

Опухоль головного мозга

Стеноз ВСА

Тромбоз ВСА

ККС

076.Шум над глазом при ККС:

Не выслушивается

Постоянный

Пульсирующий не связан с пульсом

Исчезает при сдавлении одноимённой ВСА

Не изменяется при сдавлении противоположной сонной артерии

077. Для окципито-синусного соустья характерно:

 Пульсация шейно-затылочной области

САК

Экзофтальм

Энофтальм

Офтальмоплегия

078. При медиальных гематомах предпочтительно хирургическое вмешательство:

Прямое

Стереотаксическое

Декомпрессивная трепанация с установкой вентрикулярного дренажа

Эндоваскулярное

Эндоскопическое

079. Для геморрагического инсульта в отличие от ишемического характерно:

Головная боль

Кровь в ликворе

Нарушение речи

Неврологический дефицит

Повышенное АД

080. Критический стеноз – это сужение просвета сосуда на:

50-60 %

60-70 %

100 %

80-99 %

60-75 %

081. Интраоперационные показания к применению внутрипросветного шунта:

Плохой ретроградный кровоток и показания данных мониторинга

Субкритический стеноз ВСА

Гипоплазия ВСА

Возраст больного

Правильно сформированный Виллизиев круг

082. Показания к применению каротидной эндартерэктомии:

Стеноз супраклиноидного сегмента ВСА

Стеноз экстракраниального сегмента ВСА

Окклюзия экстракраниального сегмента ВСА

Стеноз СМА

Извитость ВСА

083. Для клинической оценки состояния больных с субарахноидальным кровоизлиянием наиболее часто используются:

Шкала комы Глазго

Шкала Карновского

Шкала Апгар

Шкала Хант-Хесс

Шкала Апач 2

084. Введение маннитола осуществляется не более:

1 раза

1 суток

3-4 суток

1 недели

2-3 суток

085. Ориентиром в ходе диссекции сильвиевой щели при подходе к хиазмально-селлярной области является:

Зрительный нерв

Лобная доля

Височная доля

Отводящий нерв

Глазодвигательный нерв

086. При хирургии терминальных отделов основной артерии, особенно при дополнительном рассечении намёта мозжечка, важно контролировать:

Отводящий нерв

Лицевой и отводящий нерв

Глазодвигательный нерв

Подъязычный нерв

Вагус

087. Небольшая АВМ теменной доли справа (САК в анамнезе). Мероприятия:

Наблюдать

Лечить консервативно

Показана лучевая терапия

Иссекать транскраниально

Оперировать эндоваскулярно

088. Небольшая АВМ глубинных отделов левого полушария, в анамнезе САК – какой вид лечения?

Радиохирургия

Консервативное

Микрохирургическое иссечение

Клипирование афферентных сосудов

Эндоваскулярная окклюзия афферентных сосудов баллонами

089.Какие диагностические факторы, как правило, не учитываются при выборе хирургического доступа:

Характер кровоснабжения и дренирования АВМ

Обзорные рентгенограммы

Данные МРТ в сосудистом режиме

Гемодинамические особенности при АВМ ЗЧЯ

Данные КТ с контрастом

090. Основным методом диагностики венозных миелопатий является:

ЛП

КТ

МР-ангиография

Селективная флебография

УЗДГ

091. АВМ спинного мозга чаще локализуются на:

Верхне-шейном уровне

Средне-шейном уровне

Верхне-грудном уровне

Грудном уровне

Торако-люмбальном уровне

092. Кто из указанных нейрохирургов занимался эндоваскулярной хирургией ККС:

Бурденко Н.Н.

Сербиненко Ф.А.

Арутюнов А.И.

Коновалов А.Н.

Оглезнев К.Я.

093. Метод лечения АСС в области кавернозного синуса с афферентным сосудом из менингогипофизарного ствола:

Радиохирургия

Клипирование

Перевязка ВСА

Окклюзия баллоном

Эмболизация

094. В дифференциальной диагностике геморрагического и ишемического инсультов основную роль играет:

ТКУЗДГ

РеоЭЭГ

КТ

ЭЭГ

Неврологический статус

095. Максимально возможная длительность пережатия ВСА при нормальной компенсации мозгового кровообращения или адекватной работе внутрипросветного шунта:

15 минут

20 минут

25 минут

Не имеет значения

30 минут

096. Клинические проявления АА:

Желтуха

САК

Боли в горле

Окклюзионная гидроцефалия

задержка развития

097. Показания к операции при АА:

Тошнота

Рвота

Головная боль

САК

Боль в спине

098. При поступлении больного с субарахноидальным кровоизлиянием в приёмное отделение в первую очередь необходимо:

Обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику

Провести неврологическое обследование

Сделать диагностическую люмбальную пункцию

Сделать анализ свёртывающей системы крови

Определить водно-электролитные показатели

099. При субарахноидальных кровоизлияниях погибают:

5-10% больных

10-20% больных

20-25% больных

10-15% больных

20-30% больных

100. При каком варианте расположения разрыв АА головного мозга наиболее часто сопровождается формированием внутримозговой гематомы:

Каротидно-офтальмический сегмент ВСА

Базиллярная артерия

Бифуркация ВСА

Кавернозного отдела ВСА

Средняя мозговая артерия

101. Под открытой черепно-мозговой травмой понимают

Любое поврежление мягких тканей головы

Рану с повреждением апоневроза

Ссадину мягких тканей головы

Скальпированную рану

Рваную рану кожных покровов

102. Особенностями черепно-мозговой травмы мирного времени являются

Сочетанная травма

Изолированная травма

Автодорожная травма

На фоне алкогольной интоксикации

Комбинированная травма

103. Какая клиническая форма не относится к тканевым последствиям:

Посттравматический арахноидит

Оболочечно-мозговые рубцы

Порэнцефалия

Дефекты черепа

Инородные тела

104. К ликвородинамическим последствиям относятся клинические формы, кроме:

Порэнцефалии

Пневмоцефалии

Сообщающихся кист

Хронических гематом

Хронических гигром

105. Под открытым повреждением мягких тканей головы следует понимать

Рану до надкостницы

Рану с повреждением апоневроза

Рану без повреждения апоневроза

Поверхностные ссадины

Все варианты верны

106. Сотрясение головного мозга относится

К легкой черепно-мозговой травме

К средней черепно-мозговой травме

К тяжелой черепно-мозговой травме

К травме с повреждением костей черепа

К травме с субарахноидальным кровоизлиянием

107. Утрата сознания при сотрясении головного мозга чаще всего

До 10 минут

На несколько десятков минут

Более часа

На несколько часов

Более суток

108. Под ретроградной амнезией следует понимать

Амнезию на короткий период времени после травмы

Амнезию на короткий период времени до травмы

Амнезию на короткий период до и после травмы

Амнезия периода травмы

109. К астеническим симптомам, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится

Головная боль

Повышенная потливость

Повышенная утомляемость

Головокружение

Раздражительность

110. Время пребывания в стационаре при сотрясении головного мозга составляет (в среднем)

Амбулаторное лечение

3 дня

7 дней

14 дней

1 месяц

111. Перелом свода, переходящий на основание черепа, характеризуется

Линейным контуром перелома

Линейным контуром перелома, окончание которого переходит на основание черепа

Несколькими линиями перелома, исходящими из одной точки

112. При переломах основания черепа необходима госпитализация

В терапевтическое отделение

В неврологическое отделение

В нейрохирургическое отделение

В травматологическое отделение

113. Типичный вариант клинического течения хронических субдуральных гематом

Бессимптомное течение

Классический вариант с трехфазным нарушением сознания и светлым промежутком 2 недели и более

Светлый промежуток менее 21 дня

Светлый промежуток 7 дней и более

Светлый промежуток менее 3 дней

114. Сроки формирования и функционирования капсулы хронической субдуральной гематомы:

3 мес

2 мес

4 нед

2 нед

1 нед

115. Первое успешное закрытие ликворной фистулы выполнил:

G.Bidloo

F.C.Grant

W.E.Dandy

Y.Cushing

St.C.Thomson

116. Частота ликвореи от всех пострадавших с травмой головы:

1-2%

2-3%

3-6%

6-8%

8-10%

117. Типичное место сосудистого сплетения, продуцирующего наибольшее количество ликвора:

Передние рога боковых желудочков

III желудочек

Нижний рог бокового желудочка

IV желудочек

Треугольник бокового желудочка

118. К основным анатомическим структурам, где осуществляется резорбция ликвора, относятся:

Мозговая ткань

Вены ТМО

Паутинная оболочка области выделительных каналов и ее дериваты

Твердооболочечные синусы

Желудочки мозга

119. Нормальными цифрами ликворного давления при люмбальной пункции в положении больного лежа являются:

140-160 мм водного столба

280-300 мм водного столба

350-400 мм водного столба

400-450 мм водного столба

Более 500 мм водного столба

120. Наиболее часто ликворея возникает при повреждении:

Лобной пазухи

Клиновидной пазухи

Верхнечелюстной пазухи

Решетчатой пластинки

Решетчатых ячеек

121. Наиболее частая форма базальной ликвореи:

Скрытая

Глазная

Назальная

Ушная

Носоглоточная

122. Какие краниобазальные симптомы встречаются наиболее часто при ликворе:

Нарушения обоняния

Глазодвигательные нарушения

Зрительные нарушения

Слуховые, вкусовые и вестибулярные нарушения

Нарушеня функции лицевого нерва

123. Количество стандартных позиций для выявления радиофармпрепарата в ликворных пространствах головного мозга

3.

4.

5.

6.

7.

124. Наиболее информативный метод диагностики ликворной фистулы

Риноскопия

Рентгенография

КТ

КТ-цистернография

МРТ

125. Средний процент спонтанного прекращения назальной ликвореи в течение первой недели

40-50.

50-60.

60-70.

70-80.

80-90.

126. Сроки хирургического вмешательства при непрекращающейся ликворее и неэффективности консервативного лечения:

Первые 1-3 дня

Через неделю

Через 2 недели

Через 3 недели

Через 1,5 месяца

127. Максимальный процент рецидива ликвореи после первой попытки закрытия фистулы:

19%

23%

27%

30%

34%

128. При поступлении больного с черепно-мозговой травмой в приемное отделение в первую очередь необходимо:

Провести неврологическое обследование

Сделать диагностическую люмбальную пункцию

Обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику

Сделать анализ свертывающей системы крови

Определить водно-электролитные показатели

129. Для клинической оценки состояния больных с острой черепно-мозговой травмой наиболее часто используется:

Шкала комы Глазго

Шкала Карновского

Шкала Апгар

Шкала Апач II

Шкала Ханта-Хесса

130. Какие препараты не показаны к применению у больных с острой черепно-мозговой травмой и начинающимся отеком мозга:

Альбумин

Маннито

Лазикс

Глюкокортикоидные гормоны

Контрикал

131. Маннитол не рекомендуется вводить больным черепно-мозговой травмой при осмолярности плазмы крови:

Более 270 ммоль/л

Более 280 ммоль/л

Менее 300 ммоль/л

Более 320 ммоль/л

Менее 280 ммоль/л

132. Гипервентиляция для лечения отека мозга при черепно-мозговой травме проводится в течение:

1 часа

1 суток

2-3 часов

2-3 суток

1 недели

133. Церебральное перфузионное давление:

Прямо пропорционально сумме системного давления и внутричерепного давления

Прямо пропорционально вязкости крови

Обратно пропорционально радиусу церебрального сосуда

Прямо пропорционально разнице системного давления и внутричерепного давления

Равно внутричерепному давлению

134. Основные критерии оценки неврологического осмотра пациентов по классификации ASIA\IMSOP:

Оценка мышечной силы и нарушений тазовых функций

Оценка болевой и тактильной чувствительности

Оценка болевой и тактильной чувствительности с оценкой выпадения периостальных рефлексов

Оценка мышечной силы, болевой и тактильной чувствительности

135. Хирургическая тактика при травме шейного отдела позвоночника включает:

Декомпрессию спинного мозга

Стабилизацию позвоночника

Декомпрессию нервных элементов, стабилизацию позвоночника

Декомпрессию нервных корешков, удаление компремирующего агента

Декомпрессию спинного мозга, ламинопластику

136. Стабильность позвоночника определяется:

Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков при физиологических нагрузках

Способность позвоночника при физиологических нагрузках поддерживать соотношения между позвонками таким образом, чтобы не было ни изначального, ни последующего повреждения спинного мозга или нервных корешков

Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков в вертикальном положении

Сохранение оси позвоночника, отсутствие компрессии нервных структур

137. Определение нестабильности позвоночника по классификации Denis:

Повреждение связочного аппарата

Нарушение анатомического соотношения между позвонками при физиологических нагрузках

Любое повреждение, вызывающее компрессию нервных структур

Любое повреждение позвоночника, вовлекающее 2 столба или средний столб

138. Рентгенологические критерии нестабильности переднего позвоночного столба:

Снижение высоты передней половины тела позвонка> 1/3, линия перелома в передней половине тела позвонка, расширение дискового промежутка

Расширение дискового промежутка, перелом дужки и поперечного отростка

Снижение высоты передней половины тела позвонка> 1/2, уменьшение дискового промежутка

139. Рентгенологические критерии нестабильности среднего позвоночного столба:

Расширение дискового промежутка, перелом дужки позвонка

Снижение высоты задней половины тела позвонка> 1/2.

Снижение высоты задней половины тела позвонка, смещение заднего края позвонка в просвет позвоночного канала более чем на 3 мм, линия перелома, проходящая через заднюю половину тела позвонка

Снижение высоты передней половины тела позвонка> 1/3, линия перелома в передней половине тела позвонка

140. Рентгенологические критерии нестабильности заднего позвоночного столба:

Переломы дужек

Потеря контакта между суставными поверхностями на 50% и более, переломы дужек, суставных и остистых отростков, расширение расстояния между остистыми отростками

Потеря контакта между суставными поверхностями на 40%

Снижение высоты задней половины тела позвонка, переломы дужек, суставных и остистых отростков, потеря контакта между суставными поверхностями на 30%

141. В приемный покой поступил больной с компрессионно-оскольчатым механизмом перелома С6 позвонка с неврологическими нарушениями. Ваша хирургическая тактика?

Ламинэктомия

Вытяжение за скуловые дуги

Декомпрессия нервных структур, корпородез и передняя фиксация пластинами

Ламинэктомия, декомпрессия нервных структур, копрородез

142. У больного компрессионно-оскольчатый перелом С7 позвонка без неврологических нарушений с рентгенологическими признаками повреждения среднего столба позвоночника. Ваша хирургическая тактика?

HALO-система

Ламинэктомия

Вытяжение за скуловые дуги

Декомпрессия нервных структур, корпородез

143. У больного компрессионно-оскольчатый перелом С5 позвонка без неврологических нарушений с повреждением двух столбов позвоночника. Ваша хирургическая тактика?

Ламинэктомия

Вытяжение за скуловые дуги

Корпородез и фиксация передними пластинами

Корпородез и ламинопластика

144. У больного двухсторонний сцепившийся вывих С6 позвонка. Ваша хирургическая тактика?

Проведение КТ, МРТ или миелографии для исключения травматической грыжи диска

Ламинэктомия

Корпородез и фиксация передними пластинами или задний спондилодез

Вытяжение за скуловые дуги

145. У больного двухсторонний сцепившийся вывих С5 позвонка. После проведения МРТ и миелографии диагностирована травматическая грыжа диска. Ваша хирургическая тактика?

Вытяжение за скуловые дуги

Ламинэктомия

Ламинопластика

Микрохирургическая дискэктомиия

Операция передним доступом, корпородез

146. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома С6 позвонка со сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?

Ламинопластика

Ламинэктомия, декомпрессия спинного мозга

Скелетное вытяжение

Передняя декомпрессия спинного мозга, корпородез и фиксация пластинами

Задняя декомпрессия спинного мозга, фиксация пластинами

147. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома С6 позвонка со снижением высоты тела на 1/3 без признаков сдавления спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?

Ламинэктомия. Корпородез с передними пластинами.

Операция передним или комбинированным доступом. Консервативная терапия

Ношение жесткого воротника

Вытяжение за скуловые дуги

Наложение HALO-системы

148. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома С6 позвонка со снижением высоты тела> 1/3 без признаков сдавления спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?

Наложение HALO-системы

Скелетное вытяжение за теменные бугры

Ламинэктомия

Ношение жесткого воротника

Срочное оперативное вмешательство

149. В приемный покой поступил больной с разгибательным механизмом перелома С5 позвонка с передним сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?

Скелетное вытяжение за теменные бугры

Наложение HALO-системы

Корпородез и фиксация передними пластинами

150. В приемный покой поступил больной с разгибательным механизмом перелома С5 позвонка без переднего сдавления спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?

Ламинэктомия

Скелетное вытяжение и HALO-система

Корпородез и передние пластины

151. Сроки формирования зрелой костной мозоли после выполнения межтелового спондилодеза аутокостью?

1-2 месяца

2-3 месяца

3-4 месяца

4-6 месяцев

6-8 месяцев

152. Осложнения, обусловливающие высокую летальность больных с повреждением шейного отдела спинного мозга?

Инфекционно-воспалительные осложнения

Нарушения функций тазовых органов

Трофические нарушения

Прогрессирующая деформация позвоночного столба

Миелопатический синдром

153. На какой стадии развития пролежней наиболее часто применяется хирургический метод лечения?

Некроза

Эпителизации

Гранулирования

Рубцевания или образования трофической язвы

154. Симптом Ласега определяется:

При выпрямлении согнутой в колене ноги

При поднимании выпрямленной ноги у лежащего на спине пациента

При сгибании ноги в колене у лежащего на спине пациента

При сгибании ноги в колене у лежащего на животе пациента

155. Выпадение ахиллова рефлекса происходит при локализации грыжи диска на уровне:

L2-L3

L3-L4

L4-L5

L5-S1

156. Выпадение коленного рефлекса происходит при локализации грыжи диска на уровне:

L2-L3

L3-L4

L4-L5

L5-S1

157. Поражение S1 корешка сопровождается снижением:

Коленного рефлекса

Рефлекса Оппенгейма

Ахиллова рефлекса

Рефлекса Бабинского

158. Синдромы остеохондроза позвоночника, не требующие открытого хирургического лечения:

Компрессионные

Рефлекторные

Конского хвоста

Миелопатический

159. Сагиттальный размер позвоночного канала на поясничном уровне в норме:

5-10 мм

10-15 мм

15-25 мм

25-30 мм

30-35 мм

160. Выберите наименее травматичный доступ на уровне грудного отдела позвоночника:

Ляминэктомия

Транспедикулярный

Трансторакальный

Задне-боковой

Боковой экстраплевральынй

161. Плечевой сплетение формируется из спинномозговых нервных корешков:

С4-С8

С8-Th1

C6-C7

C5-Th1

C6-Th2

162. Локтевой нерв образуется:

Из наружного вторичного пучка плечевого сплетения

Из внутреннего вторичного пучка плечевого сплетения

Из заднего вторичного пучка плечевого сплетения

Из медиального и заднего вторичных пучков плечевого сплетения

Из внутреннего и наружного вторичных пучков плечевого сплетения

163. Локтевой нерв в верхней трети плеча располагается:

Кпереди от плечевой артерии

В толще клюво-плечевой мышцы

Кзади от глубокой артерии плеча

Кнутри от лучевого нерва

У задневнутреннего края плечевой артерии

164. Локтевой нерв в средней трети плеча располагается:

Кзади от основной вены

Кзади от плечевой артерии

Во внутренней головке трехглавой мышцы

Кпереди от плечевой артерии

В медиальной межмышечной перегородке

165. Локтевой нерв в нижней трети плеча располагается:

Кпереди от плечевой артерии

Кнутри от плечевой мышцы

По внутренней головке трехглавой мышцы

Кнутри от срединного нерва

Вдоль внутреннего края двухглавой мышцы

166. Лучевой нерв делится на поверхностную и глубокую ветви:

Между плечевой и плечелучевой мышцами

У латерального надмыщелка плечевой кости

В нижней трети плеча

В канале лучевого нерва

Кнутри от плечевой артерии

167. В средней трети предплечья срединный нерв располагается:

Вдоль лучевой артерии

Между поверхностным и глубоким сгибателями пальцев

Кпереди от локтевой артерии

Кнаружи от лучевой артерии

В медиальной бороздке двухглавой мыщцы

168. Локтевой нерв в нижней трети предплечья располагается:

Вдоль наружного края локтевой артерии

На передней поверхности квадратного пронатора

В пространстве Пирогова

Между поверхностным сгибателем пальцев и локтевым сгибателем запястья

Под длинным сгибателем ладони

169. Крестцовое нервное сплетение формируется из корешков:

L3-S5

L4-S3

L4-S5

L5-S5

S1-S5

170. Седалищный нерв выходит из полости таза:

Через малое седалищное отверстие

Через надгрушевидное отверстие

Через подгрушевидное отверстие

Через межлестничный треугольник

Через канал Алькокка

171. В верхней трети бедра седалищный нерв располагается:

Между полусухожильной и двуглавой мышцей бедра

Под грушевидной мышцей

Между большой ягодичной и запирательной мышцами

Между длинной головкой друглавой мышцы бедра и большой приводящей мышцей

Кнутри от подвздошной артерии

172. В средней трети голени большеберцовый нерв располагается:

Кнаружи от задней большеберцовой артерии

Между сгибателем большого пальца и длинным сгибателем пальцев

Под камбаловидной мышцей

Под малоберцовой мышцей

Кнутри от задней большеберцовой мышцы

173. Малоберцовый нерв в области подколенной ямки располагается:

В толще малоберцовой мышцы

Под икроножной мышцей

Между головками длинной малоберцовой мышцы

Между медиальным краем двуглавой мышцы бедра и латеральной головкой икроножной мышцы

Позади головки малоберцовой кости

174. Бедренный нерв образуется за счет корешков:

L1-L2-L3

L2-L3-L4

L2-L6

L3-L4-L5

L4-L5-L6

175. При болевых синдромах, вызванных преганглионарным поражением плечевого сплетения, операция выполняется:

На первичных стволах плечевого сплетения

На вторичных пучках плечевого сплетения

На заднебоковых входных зонах спинного мозга

На конечных ветвях плечевого сплетения

На симпатической нервной системе

176. При операциях на лучевом нерве используются следующие доступы:

Над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча

По медиальному краю круглого пронатора на сгибательной поверхности предплечья по средней линии

От внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости

От середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды

По медиальному краю сухожилия лучевого сгибателя запястья

177. При операциях на седалищном нерве в ягодичной области наиболее целесообразны:

Угловой разрез параллельно наружной половине паховой связки, вниз по линии, расположенной на 2см кнаружи от проекционной линии бедренной артерии

Доступ по Радзиевскому

Разрез в нижней трети бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы

Вертикальный разрез длиной 10-12 см от бугорка лонной кости вниз по наружному краю длинной приводящей мышцы

178. При операциях на малоберцовом нерве в качестве доступа наиболее целесообразен:

Продольный разрез по медиальной поверхности голени в нижней и средней трети на 1 поперечный палец кзади от внутренней грани большеберцовой кости

Срединный разрез по задней поверхности голени

Разрез в нижней трети бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы

Над сухожилием двуглавой мышцы бедра, заканчивая несколько ниже головки малоберцовой кости

Вертикальный разрез длиной 10-12 см от бугорка лонной кости вниз по наружному краю длинной приводящей мышцы

179. При пластике нерва свободным аутотрансплантатом применяются:

Консервированный спинной мозг животного

Кожный нерв, взятый из окружающих тканей

Сосуд

Менее значимый крупный нервный ствол

Латеральный кожный нерв голени

180. Оптимальными сроками наложения шва нерва при рваных, ушибленных и загрязненных ранах являются:

Во время первичной хирургической обработки

Через одну неделю

Через 2-3 недели

Через 3-4 недели

Через 4-6 недель

181. Поражение локтевого нерва сопровождается всем перечисленным, за исключением:

Гипотрофии червеобразных мышц кисти

Гипотрофии мышц гипотенара

Гипотрофии трехглавой мышцы

Гипестезии кожи V и частично IV пальцев

182. Атрофия четырехглавой мышцы бедра развивается при поражении:

Бедренного нерва

Подвздошно-пахового нерва

Запирательного нерва

Седалищногоо нерва

183. Седалищный нерв чаще делится на малоберцовый и большеберцовый на уровне:

Ягодичной складки

Нижней трети бедра

В подколенной ямке

В тарзальном канале

184. Симптомокомплекс чувствительных нарушений при поражении большеберцового нерва включает:

Нарушение чувствительности на наружной поверхности голени и на тыле стопы

Нарушение чувствительности на задней поверхности голени и на подошве

Болевой синдром

Изолированное выпадение проприоцептивной чувствительности в пальцах ног

185. На лучевом нерве позволяет оперировать доступ:

От середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды

Над выпуклостью брюшка двуглавой мышцы плеча на внутренней поверхности

По медиальному краю круглого пронатора на сгибательную поверхность предплечья по срединной линии

От внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости

186. Локтевой нерв в верхней трети плеча:

Расположен под трехглавой мышцей

Расположен снаружи от двуглавой мышцы

Огибает плечевую кость сзади

Располагается в составе сосудисто-нервного пучка во внутренней межмышечной борозде

187. Локтевой нерв с средней трети плеча расположен::

На плечевой мышце под короткой головкой двуглавой мышцы

В подкожной клетчатке, кнутри от вены базилика

В промежутке между плечевой мышцей и короткой головкой двуглавой мышцы плеча

У наружного края плечевой кости

В фасциальном футляре, образованном собственной фасцией трехглавой мышцы, кзади от основной вены руки

188. Большеберцовый нерв:

Формируется на уровне подколенной ямки

Формируется на уровне нижней половины бедра

Расположен позади головки малоберцовой кости

Выходит из таза ниже грушевидной мышцы

189. Операции на малоберцовом нерве производятся:

Из разреза от средины подколенной ямки к середине углубления между внутренней лодыжкой и пяточным сухожилием

Из дугообразного разреза по внутреннему краю стопы от головки I плюсневой кости до пятки

Из разреза над сухожилием двуглавой мышцы бедра, заканчивая его несколько ниже головки малоберцовой кости

Из разреза в нижней трети бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы

190. Бедренный нерв располагается:

Медиальнее и глубже портняжной мышцы на подвздошно-поясничной мышце

Под толщей ягодичной мышцы

Выходит из-под грушевидной мышцы

Делится на конечные ветви на уровне средней трети бедра

191. Операция наложения первичного шва нерва показана при:

Загрязненной ране

Чистой резаной ране с признаками нарушения проводимости нерва

Огнестрельной ране

Открытом переломе лучевой кости с нарушением проводимости по лучевому нерву

192. Оптимальными сроками оперативного вмешательства после травмы при преганглионарном поражении являются:

Первые дни

До 3х месяцев

До 1го года

До 2х лет

До 3х лет

193. Пояснично-крестцовое сплетение формируется за счет корешков:

L1-S2

L1-S3

L2-S5

L3-S4

L4-S5

194. Седалищный нерв выходит из полости малого таза через:

Малое седалищное отверстие

Надгрушевидное отверстие

Подгрушевидное отверстие

Большое седалищное отверстие

Запирательное отверстие

195. В верхней трети бедра седалищный нерв располагается:

Между большой ягодичной и запирательной мышцами

Между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и приводящей мышцей

Кнутри от подвздошной артерии

Между полусухожильной и двуглавой мышцей бедра

Между четырехглавой и портняжной мышцами

196. К ветвям крестцового сплетения не относятся:

Половой нерв

Запирательный нерв

Задний кожный нерв бедра

Седалищный нерв

Ягодичный нерв

197. Общий малоберцовый нерв:

Огибает головку малоберцовой кости

Делится на конечные ветви за медиальной лодыжкой

Отходит от бедренного нерва

Располагается за латеральной лодыжкой

Иннервирует кожу латерального края стопы и V пальца

198. Наиболее дифференцированной опухолью периферических нервов является:

Нейрогенная саркома

Нейрофиброма

Анапластическая шваннома

Шваннома

Эпендимома

199. Атрофия четырехглавой мышцы бедра развивается при поражении:

Подвздошно-пахового нерва

Запирательного нерва

Седалищного нерва

Полового нерва

Бедренного нерва

200. Седалищный нерв чаще делится на общий малоберцовый и большеберцовый на уровне:

Ягодичной складки

Средней трети задней поверхности бедра

В подколенной ямке

В тарзальном канале

В средней трети голени

201. Симптомокомплекс чувствительных нарушений при поражении большеберцового нерва включает:

Гипестезию по тылу стопы и пальцев

Гипестезиию подошвенной и латеральной поверхности стопы

Гипестезию по латеральной поверхности бедра

Гипестезию по латеральной поверхности голени

Изолированное выпадение проприоцептивной чувствительности в пальцах ног

202. Фантомно-болевой синдром при поражении нервов конечности подразумевает:

Постоянные боли в фантоме

Радикулярная боль в неповреждённой конечности

Безболезненный фантом в сочетании с болями в неповреждённой части конечности

Периодически возникающие боли в фантоме

Каузалгическая боль в неповреждённой конечности

203. Дегенерация периферического нерва начинается после полной перерезки нерва:

В первые часы после повреждения

В первые-вторые сутки после повреждения

Через 10 дней

Через месяц

204. Надключичный доступ позволяет подойти к следующим отделам плечевого сплетения:

Вторичным пучкам плечевого сплетения

К первичным стволам плечевого сплетения

К верхнему первичному стволу плечевого сплетения

К верхнему и среднему первичным стволам плечевого сплетения

К конечным ветвям плечевого сплетения

205. Подключичный доступ позволяет подойти к следующим отделам плечевого сплетения:

К первичным стволам плечевого сплетения

Вторичным пучкам плечевого сплетения

К заднему вторичному пучку плечевого сплетения

К верхнему первичному стволу плечевого сплетения

К верхнему и среднему первичным стволам плечевого сплетения

206. Трансаксилярный доступ позволяет подойти к следующим отделам плечевого сплетения:

Вторичным пучкам плечевого сплетения

К первичным стволам плечевого сплетения

К верхнему и среднему первичным стволам плечевого сплетения

К конечным ветвям плечевого сплетения

К нижнему первичному стволу плечевого сплетения

207. Задний надлопаточный доступ позволяет подойти к следующим отделам плечевого сплетения:

Вторичным пучкам плечевого сплетения

К первичным стволам плечевого сплетения и формирующим его нервным корешкам

К первичным стволам плечевого сплетения

К верхнему и среднему первичным стволам плечевого сплетения

К конечным ветвям плечевого сплетения

208. Операции на седалищном нерве производятся:

Из полулунного разреза от передней верхней ости подвздошной кости, огибающего ягодицу и заканчивающегося ниже ягодичной складки

Из срединного разреза в ягодичной области от гребня подвздошной кости до середины бедра

Из срединного разреза от нижней трети бедра до верхней трети голени

Из полулунного разреза от середины бедра до наружного края подколенной ямки

Из горизонтального разреза по ягодичной складке

209. Операции на наружном кожном нерве бедра производятся:

Из разреза вдоль паховой складки в медиальной её трети

Из разреза вдоль паховой складки в средней её трети

Из разреза вдоль паховой связки в латеральной её трети

Из продольного разреза по боковой поверхности бедра на 10 см ниже паховой складки

Из поперечного разреза над портняжной мышцей на 5 см ниже паховой складки

210. Операции на общем малоберцовом нерве производятся:

Из продольного разреза латеральнее надколенника

Из срединного разреза от подколенной ямки до нижней трети голени

Из разреза от середины подколенной ямки до медиальной лоджки

Из продольного разреза по боковой середине подколенной ямки

Из разреза над сухожилием двуглавой мышцы бедра до головки малоберцовой кости

211. Под невролизом понимается:

Доступ к нервному стволу на протяжении, необходимом для операции

Выделение пучков нерва

Удаление эпиневрия

Выделение нервного ствола из окружающих рубцов

Рассечение нервного ствола по оси

212. Операция наложения первичного шва нерва показана при:

Чистой резаной ране с нарушением проводимости нерва

Загрязненной резаной ране с нарушением проводимости нерва

Огнестрельном ранении с нарушением проводимости нерва

Открытом переломе кости с нарушением проводимости нерва

Синдроме длительного сдавления конечности

213. Эпиневральный шов нерва по сравнению с периневральным (межпучковым) имеет все перечисленные преимущества кроме:

Относительной простоты техники

Возможности использования менее дорогого и сложного оборудования и инструментария

Большей точности сопоставления пучков нерва

Менее выраженного рубцового процесса в области шва

Меньшей длительностивмешательства

214. В комплекс консервативного лечения синдрома запястного канала не входит:

Избегание стрессорных воздействий

Применение нестероидных противовоспалительных средств

Применение стероидов, диуретиков

Применение миорелаксантов

Иммобилизация запястья

215. Наиболее частыми опухолями периферических нервов являются:

Злокачественные опухоли периферических нервов

Нейрофибромы

Фибросаркомы

Липомы

Шванномы

216. Хорошими и удовлетворительными результатами хирургического лечения повреждений периферических нервов считаются:

Восстановление силы мышцы 3 балла и выше

Восстановление защитной чувствительности, сухожильных рефлексов, регресс трофических расстройств

Восстановление силы мышцы до 2 баллов, восстановление защитной чувствительности

Восстановление защитной чувствительности

Восстановление силы мышцы до 5 баллов, восстановление защитной чувствительности

217. К недостаткам системы нейронавигации относят:

Необходимость жёсткой фиксации головы больного

Необходимость интраоперационной коррекции показаний системы путём повторной регистрации точек-маркеров

Погрешности при неправильном проведении регистрации точек-маркеров

Погрешности при смещении мозга в результате истечения ликвора (шифт-феномен)

218. К недостаткам использования систем нейронавигации относят:

Удлинение времени операции на 1-1,5 часа

Смещение структур головного мозга в ходе вмешательства (шифт-феномен)

Стоимость системы нейронавигации

Необходимость соответствующих знаний у нейрохирургов

Невозможность использования ультразвукового оборудования во время операции

219. В спинальной хирургии использование системы нейронавигации целесообразно:

Для удаления интрамедуллярных опухолей

Для удаления грыж межпозвонковых дисков

Для введения транспедикулярных винтов

Для удаления экстрамедуллярных интрадуральных опухолей

220. Для работы системы нейронавигации в хирургии позвоночника и спинного мозга в отличие от головного мозга в качестве точек-маркеров используются:

Прикрепляемые к коже маркеры

Тела позвонков

Верхушки остистых и поперечных отростков

Межостистые связки

221. В среднем, эпилепсией болен:

один человек из тысячи

один человек из десяти тысяч

один человек из ста тысяч

один человек из ста

один из миллиона

222. Показания к фокальной резекции:

Хирургическое удаление локализованного эпилептического очага

Дроп-атаки, смешанные припадки, генерализованные припадки

Больные с эпилептической активностью, начинающейся с лобной доли

Височная эпилепсия

223. Показания к фокальной резекции:

Хирургическое удаление локализованного эпилептического очага

Дроп-атаки, смешанные припадки, генерализованные припадки

Больные с эпилептической активностью, начинающейся с лобной доли

Височная эпилепсия

224. Возможные основные осложнения при фокальной резекции:

Развитие стойкой очаговой неврологической симптоматики, такой как гемипарез или афазия

Включают негрубые нарушения кратковременной памяти (сохранения пространственной информации при правосторонних резекциях и вербальной информации при левосторонних резекциях).

Потеря обоняния на стороне операции вследствие повреждения обонятельной луковицы

Симптомы разобщения полушарий и мутизм, которые обычно имеют преходящий характер, возможно развитие слабости в ногах.

225. Возможные основные осложнения при операциях на височной доле:

субдуральная гематома, гемосидероз (мелкие повторные кровоизлияния из субдуральной мемраны), поздняя энцефалопатия и гидроцефалия, включают негрубые нарушения кратковременной памяти (сохранения пространственной информации при правосторонних резекциях и вербальной информации при левосторонних резекциях).

Потеря обоняния на стороне операции вследствие повреждения обонятельной луковицы

Симптомы разобщения полушарий и мутизм, которые обычно имеют преходящий характер, возможно развитие слабости в ногах.

226. Возможные основные осложнения при фронтальной лобэктомии:

Развитие стойкой очаговой неврологической симптоматики, такой как гемипарез или афазия

Включают негрубые нарушения кратковременной памяти (сохранения пространственной информации при правосторонних резекциях и вербальной информации при левосторонних резекциях).

Потеря обоняния на стороне операции вследствие повреждения обонятельной луковицы

Симптомы разобщения полушарий и мутизм, которые обычно имеют преходящий характер, возможно развитие слабости в ногах.

227. Какие препараты противопоказаны к применению у больных с субарахноидальными кровоизлияниями и начинающемся отёке мозга:

Альбумины

Маннитол

Лазикс

Контрикал

Глюкокортикостероидные гормоны

228. Операции на наружном кожном нерве бедра производятся:

Из разреза вдоль паховой складки в медиальной её трети

Из разреза вдоль паховой складки в средней её трети

Из разреза вдоль паховой связки в латеральной её трети

Из продольного разреза по боковой поверхности бедра на 10 см ниже паховой складки

Из поперечного разреза над портняжной мышцей на 5 см ниже паховой складки