1. Как называется область, при поражении которой возникает моторная алалия
2. зона Брока;
3. зона Вернике;
4. зона Пенфилда;
5. круг Пейпеца;
6. зона ТРО.

2. В каком году П.Брока выделил моторную афазию

1. 1861;
2. 1986;
3. 2000;
4. 1843;
5. 1950.

3. В каком году К.Вернике выделил сенсорную афазию

1. 1874;
2. 1986;
3. 2000;
4. 1843;
5. 1950.

4. Сущность кинетической артикуляторной апраксии заключается в

1. нарушении переключения с одной фонемы на другую или с одного слова на другое;
2. невозможность произносить звуки;
3. нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций;
4. нарушается как звуковая, так и смысловая стороны;
5. ничего из выше перечисленного.

5. ЧТО При алалии нарушается

1. только звуковая сторона речи;
2. только лексико-грамматический строй;
3. нарушается как звуковая, так и смысловая стороны речи;
4. все выше перечисленное;
5. ничего из выше перечисленного.

6.Акалькулия это

1. нарушение счета;
2. нарушение письма;
3. нарушение чтения;
4. нарушение абстрагирования;
5. нарушение обобщения.

7. Алексия это

1. нарушение счета;
2. нарушение письма;
3. нарушение чтения;
4. нарушение абстрагирования;
5. нарушение обобщения.

8. Замыкательная акупатия характерна для

1. моторной алалии;
2. сенсорной алалии;
3. амнестической афазии;
4. семантической афазии;
5. аграфии.

9. Кто выделил импрессивную и экспрессивную алалии

1. А.Р.Лурия;
2. Н.Н.Трауготт;
3. В.А.Ковшиков;
4. П.Я.Гальперин;
5. Ж.И.Шиф.

10.При какой форме алалии страдает центр Брока

1. при моторной алалии ;
2. при сенсорной алалии;
3. амнестической афазии;
4. семантической афазии;
5. аграфии.

11.При какой форме алалии страдает центр Вернике

1. при моторной алалии;
2. при сенсорной алалии;
3. амнестической афазии;
4. семантической афазии;
5. аграфии.

12.Какая форма алалии менее изучена (по литературным источникам)?

1. моторная алалия;
2. сенсорная алалия;
3. амнестической афазии;
4. семантической афазии;
5. аграфии.

13.Парафазия – это

1. пропуск звуков;
2. замена необходимых слов другими;
3. расстройство музыкальных способностей;
4. галлюцинации;
5. нарушения счета.

14.Кто из исследователей изучал алалию

1. Е. Ф. Собо­тович;
2. П.Я.Гальперин;
3. Ж.И.Шиф;
4. А.Р.Лурия;
5. Н.Н.Трауготт.

15.Афазия это

1. Это системное нарушение речи, возникающее при органическом поражении головного мозга после того как речь уже сформировалась;
2. Это системное нарушение речи, возникающее вследствие органического поражения головного мозга до того как речь полностью сформировалась;
3. нарушении переключения с одной фонемы на другую или с одного слова на другое;
4. нарушение музыкального слуха;
5. нет правильного ответа.

16. Сколько форм афазии выделяется по классификации А.Р. Лурия

1. 3;
2. 5;
3. 8;
4. 6;
5. 2.

17.Эфферентная моторная афазия возникает при поражении

1. заднего отдела нижней лобной извилины левой лобной доли головного мозга;
2. нижних отделов левой теменной доли головного мозга;
3. задних отделов верхней височной извилины левой височной доли голоного мозга;
4. зоны ТРО;
5. средневисочных отделов слева.

18. Как называется область, при поражении которой возникает эфферентная моторная афазия

1. зона Брока;
2. зона Вернике;
3. зона Пенфилда;
4. круг Пейпеца;
5. зона ТРО.

19.С чьим именем связано выделение моторной афазии

1. Шаховская С.Н.;
2. П.Брока;
3. Пенфилдом;
4. П.Я.Гальперин;
5. Ж.И.Шиф.

20. С чьим именем связано выделение сенсорной афазии

1. Шаховская С.Н.;
2. П.Брока;
3. Вернике;
4. П.Я.Гальперин;
5. Ж.И.Шиф.

21.В каком году П.Брока выделил моторную афазию

1. 1861;
2. 1986;
3. 2000;
4. 1950;
5. 1982.

22. В каком году К.Вернике выделил сенсорную афазию

1. 1874;
2. 1986;
3. 2000;
4. 1950;
5. 1982.

23. Сущность кинетической артикуляторной апраксии заключается в

1. нарушении переключения с одной фонемы на другую или с одного слова на другой;
2. невозможность произносить звуки;
3. нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций;
4. нарушение музыкального слуха;
5. нет правильного ответа.

24. При эфферентной моторной афазии нарушается

1. прямой счет;
2. обратный счет;
3. простой счет;
4. нет нарушений счета;
5. все виды счета.

25.Эхолалия наиболее характерна для

1. семантической афазии;
2. афферентной моторной афазии;
3. динамической моторной афазии;
4. амнестической афазии;
5. сенсорной афазии.

26.Номинативная функция речи при динамической моторной афазии

1. сохранена;
2. нарушена;
3. нарушена на существительные;
4. нарушена на прилагательные;
5. нарушена на глаголы.

27. Центральным механизмом при акустико-гностической (сенсорной) афазии является

1. нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций;
2. нарушение фонематического слуха;
3. нарушение слухо-речевой памяти;
4. нарушения счета;
5. нарушение музыкального слуха.

28. С какими формами афазий чаще всего приходится дифференцировать акустико-гностическую афазию:

1. акустико-мнестической;
2. семантической;
3. афферентной моторной афазией;
4. динамической афазией;
5. эфферентной моторной афазией.

29. Основным механизмом акустико-мнестической афазии является

1. нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций;
2. нарушение фонематического слуха;
3. выраженное снижение слухо-речевой памяти;
4. нарушения счета;
5. нарушение музыкального слуха.

30.Основным механизмом семантической афазии является

1. нарушение слухо-речевой памяти;
2. нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций;
3. нарушение фонематического слуха;
4. нарушения счета;
5. нарушение музыкального слуха.

31.Речевые нарушения при семантической афазии наблюдаются в основном в

1. экспрессивной речи;
2. импрессивной речи;
3. номинативной функции речи;
4. автоматизированной речи;
5. нет правильного ответа.

32.Акалькулия это

1. нарушение счета;
2. нарушение письма;
3. нарушение чтения;
4. нарушения музыкального слуха;
5. нарушение номинативной функции речи.

33.Алексия это

1. нарушение счета;
2. нарушение письма;
3. нарушение чтения;
4. нарушения музыкального слуха;
5. нарушение номинативной функции речи.

34.Каков характер речевого расстройства при афазии

1. запаздывают темпы формирования речи;
2. происходит полный или частичный распад речи;
3. не происходит частичный распад речи;
4. происходит нарушение только номинативной функции;
5. происходит нарушение только фонематического слуха.

35. Афазические расстройства возникают при поражении

1. ядер черепно мозговых нервов;
2. ствола мозга;
3. больших полушарий коры головного мозга;
4. подкорковых образований;
5. периферических нервов.

36.Какова этиология афазии

1. ЧМТ
2. перенатальная патология
3. нарушение кровоснабжения головного мозга
4. соматические заболевания
5. депрессия.

37.Кто из отечественных исследователей занимался изучением больных с афазией, создал классификацию и разработал пути восстановления речи при афазии

1. Н.И.Жинкин
2. А.А.Леонтьев
3. А.Р.Лурия;
4. Л.С.Выготский
5. Н.И.Пирогов

38. КАКАЯ формА афазии по классификации А.Р Лурия, при которОЙ первично нарушается экспрессивная речь

1. Эфферентная моторная афазия;
2. Сенсорная афазия;
3. Акустико-мнестическая афазия;
4. Амнестическая афазия;
5. Семантическая афазия.

39. КАКАЯ формА афазии по классификации А.Р Лурия, при которОЙ первично нарушается понимание речи.

1. Сенсорная афазия;
2. Афферентная моторная афазия;
3. Динамическая афазия;
4. Амнестическая афазия;
5. Эфферентная моторная афазия.

40. очаг поражения при Эфферентной моторной афазии

1. задняя треть верхней височнной извилины;
2. теменно-затылочная область;
3. префронтальная лобная область;
4. задняя треть нижней лобной извилины;
5. зона ТРО.

41. очаг поражения при Динамическрй Афазии

1. задняя треть нижней лобной извилины;
2. зона ТРО;
3. задняя треть верхней височной извилины;
4. префронтальная лобная область;
5. нижние отделы постцентральной области.

42. очаг поражения при Афферентной Моторной афазии

1. префронтальная лобная область;
2. нижние отделы постцентральной области и нижнетеменные образования;
3. задняя треть нижней лобной извилины;
4. средняя височная извилина;
5. задняя треть верхней височной извилины.

43. очаг поражения при Сенсорной Афазии

1. задняя треть нижней лобной извилины;
2. зона ТРО;
3. задняя треть верней височной извилины;
4. теменно-затылочная область;
5. префронтальная лобная область.

44. очаг поражения при Акустико-Мнестической Афазии

1. префронтальная лобная область;
2. нижние отделы постцентральной области.
3. задняя треть нижней лобной извилины;
4. средняя височная извилина;
5. зона ТРО.

45. очаг поражения при Семантической Афазии

1. зона ТРО;
2. задняя треть верхней височной извилины;
3. теменно-затылочная область;
4. префронтальная лобная область;
5. средняя височная извилина.

46. очаг поражения при Амнестической Афазии

1. теменно-затылочная область;
2. зона ТРО;
3. задняя треть верхней височной извилины;
4. префронтальная лобная область;
5. средняя височная извилина.

47. Патологическая инертность речевых стереотипов - это центральный механизм

1. Динамической афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Акустико-мнестической афазии;
4. Эфферентной моторной афазмм;
5. Афферентной моторной афазии.

48. Каков центральный механизм сенсорной Афазии

1. нарушение предикативности внутренней речи
2. нарушение одновременного пространственного анализа и синтеза движений органов артикуляции
3. нарушение акустического анализа и синтеза;
4. патологическая инертность речевых стереотипов;
5. адинамия речевой активности.

49. Каков центральный механизм динамической афазии

1. патологическая инертность речевых стереотипов
2. нарушение одновременного пространственного анализа и синтеза движений органов артикуляции
3. дефекты зрительных образов и представлений
4. нарушение предикативности внутренней речи;
5. нарушение фонематического слуха.

50. Нарушение одновременного пространственного анализа и синтеза движений органов артикуляции - это центральный механизм

1. Акустико-мнестической афазии;
2. Эфферентной моторной афазии;
3. Афферентной моторной;
4. Семантической афазии;
5. Сенсорной афазии.

51. Каков центральный механизм семантической афазии

1. нарушение одновременного пространственного анализа и синтеза движений органов артикуляции
2. патологическая инертность речевых стереотипов
3. нарушение одновременного пространственного восприятия, анализа и синтеза;
4. нарушение предикативности внутренней речи;
5. нарушение фонематического слуха.

52. Нарушение слухоречевой памяти и дефекты зрительных предметных образов и представлений - это центральные механизмы:

1. Афферентной моторной афазии;
2. Семантической афазии;
3. Сенсорной афазии;
4. Акустико-Мнестической афазии;
5. Динамической афазии.

53. Каковы центральные механизмы амнестической афазии

1. нарушение оптического восприятия предметов;
2. нарушение слухоречевой памяти;
3. нарушение акустического анализа и синтеза;
4. адинамия речевой функции;
5. нарушения понимания логико-грамматических конструкций.

54. Нарушение фонематического слуха - это центральный дефект

1. Афферентной моторной афазии;
2. Семантической афазии;
3. Сенсорной афазии;
4. Акустико-Мнестической афазии;
5. Динамической афазии.

55. Каков центральный дефект при динамической афазии

1. нарушение выбора способов артикуляции;
2. нарушение фонематического слуха;
3. нарушение своевременного переключения с одной артикуляции на другую;
4. невозможность построения связного высказывания;
5. нарушения понимания логико-грамматических конструкций.

56. Нарушение своевременного переключения с одной артикуляции на другую - это центральный дефект

1. Афферентной моторной афазии;
2. Эфферентная моторная афазий;
3. Семантической афазии;
4. Сенсорной афазии;
5. Акустико-Мнестической афазии.

57. Каков центральный дефект при афферентной моторной афазии

1. нарушение фонематического слуха;
2. нарушение выбора способов артикуляции;
3. нарушение повторения и понимания речи;
4. трудности называния слов;
5. нарушения понимания логико-грамматических конструкций.

58. Нарушение повторения и понимания речи - это центральный дефект

1. Сенсорной афазии;
2. Акустико-Мнестической афазии;
3. Афферентной моторной афазии;
4. Эфферентная моторная афазий;
5. Семантической афазии.

59. Каков центральный дефект при семантической афазии

1. нарушение повторения и понимания речи;
2. нарушение выбора способов артикуляции;
3. трудности называния слов;
4. нарушение понимания и формулирования логико-грамматических конструкций;
5. нарушение фонематического слуха.

60. Трудности называния слов - это центральный дефект:

1. Динамическая афазия;
2. Амнестическая афазия;
3. Афферентной моторной афазии;
4. Эфферентная моторная афазий;
5. Сенсорной афазии.

61. При какой форме афазии главная задача восстановительного обучения - преодолеть дефекты внутреннего программирования и восстановить способность строить связное высказывание

1. Афферентной моторной афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Эфферентная моторная афазий;
4. Семантической афазии;
5. Динамическая афазия.

62. Какова главная задача восстановительного обучения при сенсорной афазии

1. преодолеть инертность при порождении звуковой и слоговой структуры слова
2. восстановить фонематический слух;
3. восстановить слухоречевую память;
4. преодолеть оральную кинестетическую апраксию;
5. восстановление понимания семантических связей.

63. При какой форме афазии главная задача восстановительного обучения - преодолеть оральную кинестетическую апраксию

1. Афферентной моторной афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Эфферентная моторная афазий;
4. Семантической афазии;
5. Динамическая афазия.

64. Какова главная задача восстановительного обучения при амнестической афазии

1. восстановить слухоречевую память;
2. преодолеть инертность при порождении звуковой и слоговой структуры слова;
3. преодолеть дефекты зрительных образов и представлений и восстановить способность называния слов;
4. восстановить фонематический слух;
5. восстановление понимания семантических связей.

65. При какой форме афазии главная задача восстановительного обучения - преодолеть инертность при порождении звуковой и слоговой структуры слова?

1. Сенсорной афазии;
2. Эфферентная моторная афазий;
3. Семантической афазии;
4. Афферентной моторной афазии;
5. Динамическая афазия.

66. Каковы главные задачи восстановительного обучения при акустико-мнестической афазии

1. преодолеть инертность при порождении звуковой и слоговой структуры слова
2. преодолеть дефекты зрительных образов и представлений;
3. преодолеть оральную кинестетическую апраксию;
4. восстановление фонематического слуха;
5. преодолеть адинамию речевой активности.

67. Какова главная задача восстановительного обучения при семантической афазии

1. преодолеть дефекты зрительных образов и представлений;
2. восстановить слухоречевую память;
3. преодолеть инертность при порождении звуковой и слоговой структуры слова;
4. восстановить способность понимать и формулировать логико-грамматические конструкции;
5. восстановление фонематического слуха.

68. Пациент понимает обращенную к нему речь, но сам не говорит, не пишет, нарушения движений конечностей нет, глотание не нарушено, Какое нарушение речи у пациента

1. амнестическая афазия;
2. моторная афазия;
3. аграфия;
4. анартрия;
5. амузия.

69. какой симптом возникает при поражении затылочной доли слева головного мозга у правши

1. моторная афазия;
2. алексия;
3. атаксия;
4. аграфия;
5. нарушения психики.

70. Какое речевое расстройство характерно для поражения левого полушария головного мозга у правшей

1. амнестическая афазия;
2. анартрия;
3. амузия;
4. дизартрия;
5. нет правильного ответа.

71. какой симптом возникает при поражении правой теменной доли головного мозга у правшей

1. алалия;
2. алексия;
3. Амузия;
4. аутотопогнозия;
5. апраксия.

72. какой вид афазии возникает при поражении левой височной доли головного мозга у правшей

1. моторная афазия;
2. сенсорная афазия Вернике;
3. амнестическая афазия;
4. динамическая афазия;
5. эфферентная моторная афазия.

73. какой симптом возникает при поражении левой теменной доли головного мозга у правшей

1. моторная афазия;
2. атаксия;
3. аграфия;
4. апраксия;
5. агнозия.

74. какой вид афазии возникает при поражении лобной доли головного мозга

1. моторная афазия Брока;
2. сенсорная афазия;
3. амнестическая афазия;
4. афферентная моторная афазия;
5. акустико-мнестическая афазия.

75. Какой вид речевых расстройств возникает при поражении корковых речевых центров?

1. афония;
2. анартрия;
3. афазия;
4. скандированная речь;
5. амузия.

76. какой симптом возникает при поражении правого полушария головного мозга у правши

1. аутотопагнозия;
2. анозогнозия;
3. сенсорная афазия;
4. афазия;
5. акалькулия.

77. какой симптом возникает при поражении левой височной доли головного мозга у правшей

1. сенсорная афазия;
2. апраксия;
3. первичная аграфия;
4. гомонимная гемианопсия;
5. моторная афазия.

78.Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является

1. Сеченов;
2. Бехтерев;
3. Выготский;
4. Анохин;
5. все четверо.

79. Изменчивость мозговой организации функций является отражением

1. принципа системной локализации функций;
2. принципа динамической локализации функций;
3. принципа иерархической соподчиненности функций;
4. принципом узкого локализационизма;
5. всех функций.

80. Жесткость организации мозговых функций обусловливается

1. меньшей подверженностью травмам;
2. их реализацией в макросистемах головного мозга;
3. более ранним периодом формирования;
4. последними двумя обстоятельствами;
5. всеми перечисленными.

81. Основным тезисом эквипотенционализма является

1. многоуровневость организации ВПФ;
2. функциональная равноценность левого и правого полушарий;
3. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
4. равноценность всех зон мозга в реализации психической деятельности;
5. все тезисы верны.

82. Медиобазальные отделы головного мозга, по А.Р. Лурия, относятся

1. к энергетическому неспецифическому блоку;
2. к блоку переработки экстероцептивной информации;
3. к блоку программирования, регуляции и контроля;
4. ни к одному из них;
5. все ответы верны.

83. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является

1. совокупность физиологических исследований;
2. клиническая беседа с больным или испытуемым;
3. синдромный анализ;
4. математические процедуры;
5. ультразвуковое обследование.

84. C КАКИМИ отднлами связаны Нарушения контроля за исполнением собственного поведения

1. патология лобных долей;
2. повреждение глубоких структур мозга;
3. нарушение работы теменно-затылочных отделов мозга;
4. патология височных долей;
5. патология затылочных отделов.

85. задача, которая не решается с помощью методов нейропсихологической диагностики

1. постановка топического диагноза;
2. оценка динамики психических функций;
3. определение причин аномального психического функционирования;
4. выбор форм нейрохирургического вмешательства;
5. выбор форм нейропсихологической диагностики.

86. Приобретенное речевое расстройство вследствие локального поражения левого полушария называется

1. апраксией;
2. мутизмом;
3. дизартрией;
4. афазией;
5. амузией.

87. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к

1. эфферентной моторной афазии;
2. сенсорной афазии;
3. семантической афазии;
4. динамической афазии;
5. амузии.

88. Основным дефектом при вербальной алексии является

1. слабое зрение;
2. нарушения симультанного узнавания;
3. перепутывание букв;
4. первая и третья причины;
5. нет правильного варианта.

89. Аграфия – это

1. потеря способности к рисованию;
2. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать;
5. потеря способности читать.

90. Акалькулия часто сочетается с

1. семантической афазией;
2. кинестетической апраксией;
3. соматоагнозией;
4. эмоциональными расстройствами;
5. моторной афазией.

91. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой

1. первого блока мозга;
2. второго блока мозга;
3. третьего блока мозга;
4. всех трех блоков;
5. четвертого блока мозга.

92. «Полевое» поведение является результатом поражения

1. лобных долей;
2. височных долей;
3. затылочных долей;
4. теменных долей;
5. глубинных неспецифических структур.

93. Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является

1. корректурная проба;
2. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;
3. управление движущимся объектом;
4. узнавание стимульного материала;
5. сравнение понятий.

94. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются

1. поражением конвекситальных отделов лобных долей;
2. левовисочными поражениями;
3. теменно-затылочными поражениями;
4. правовисочными поражениями;
5. правых затылочных отделов.

95. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга приводит к такому эмоциональному состоянию, как

1. безразличное благодушие;
2. грусть;
3. депрессия;
4. тревога;
5. эйфория.

96. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является

1. слабая выраженность симптоматики;
2. значительная выраженность симптоматики;
3. длительный период обратного развития симптомов;
4. высокая зависимость от латерации очага поражения;
5. высокая зависимость от окружающих факторов.

97. СИМПТОМ -

1. Психологическое понятие, определяющее характеристику нарушений нормальной психической деятельности;
2. Клинический критерий патологического состояния организма;
3. Характеристика нарушений ВПД;
4. Признаки заболеваний, родственных по происхождению;
5. Нет правильного ответа.

98. Синдром — как понятие может быть определено

1. как совокупность всех проявлений болезни на всем ее протяжении
2. как совокупность внутренне связанных симптомов
3. как основной и единственный показатель отдельной болезни
4. Характеристика нарушений ВПД;
5. Сочетание признаков заболеваний, родственных по происхождению.

99. К методу исследования мозговой деятельности относятся все кроме

1. Электрофизиологического
2. Цитохимического
3. Клинико-генеологического
4. Ультразвукового
5. Нейропсихологического

100. Правильно ли, что правое полушарие контролирует все из перечисленных функций, кроме

1. Зрительно-пространственный гнозис
2. Логическое мышление
3. Восприятие образа
4. Восприятие ритма, музыкальных мелодий
5. Восприятие отношений части и целого

101. Опухоль лобных долей или их повреждение характеризуется

1. Апатией
2. Раздражительностью
3. Повышением аффекта и эйфорией
4. Импульсивным поведением
5. Зрительной агнозией

102. Какой из перечисленных признаков у детей с диагнозом ММД наиболее вероятен

1. Импульсивность
2. Социальная дезадаптация
3. Гиперактивность
4. Трудность сосредоточения
5. Тяжелая неврологическая недостаточность

103. Все следующие явления обычно отмечаются у детей с алкогольным синдромом плода, кроме

1. Сохранного интеллекта
2. Микроцефалии
3. Раздражительность
4. Гипоплазии средней части лица и прогнатизма
5. Задержки роста

104. Основные тормозные нейромедиаторы в коре головного мозга, КРОМЕ

1. Серотонин
2. Дофамин
3. ß- эндорфин
4. γ- аминомаслянная кислота
5. ГАМК

105. ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. Монопарез
2. Гемипарезы
3. Парапарез
4. Область иннервации периферического нерва
5. Тетрапарез

106. ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения ВО ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЕ

1. Монопарез
2. Гемипарез
3. Парапарез
4. Область иннервации периферического нерва
5. Тетрапарез

107. ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения В СПИННОМ МОЗГЕ

1. Монопарез
2. Гемипарез
3. Парапарез
4. Область иннервации периферического нерва
5. Тетрапарез

108. ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ поражениИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА

1. Монопарез
2. Гемипарез
3. Парапарез
4. Область иннервации периферического нерва
5. Тетрапарез

ОТВЕТ:D

109. Что такое кортикализация функций

1. Интенсивное развитие подкорковых образований
2. Интенсивное развитие коры головного мозга
3. интенсивное развитие черепно-мозговых нервов
4. интенсивное развитие периферической нервной системы
5. интенсивное развитие сосудов головного мозга

110. Какие связи между нейронами головного мозга являются наиболее ответственными за концентрацию внимания, организацию слухоречевой функции, обеспечения интеграции сенсорной информации, взаимодействия различных областей коры

1. Проекционные
2. Комиссуральные
3. Кортико-мосто-мозжечковые
4. Ассоциативные

ОТВЕТ:D

111. Какое влияние оказывают высшие нервные центры на низшие в случае их поражения

1. Возбуждающее, повышение гибкости регулирования, автоматизма реагирования
2. Тормозящее, снижение гибкости регулирования, появление примитивных автоматизмов
3. Появление только компенсаторных процессов
4. Только растормаживание нервных процессов

ОТВЕТ:B

112. Цветовая и оптико-пространственная агнозия, нарушения зрительной памяти, зрительного внимания, пространственно-двигательная апраксия наблюдаются при синдроме поражения

1. префронтальной области коры головного мозга;
2. теменной области коры головного мозга;
3. затылочных и затылочно-теменных отделов коры головного мозга;
4. срединных неспецифических структур головного мозга.

113. Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это

1. проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности
2. проблема нормы и патологии психической деятельности
3. проблема психосоматических и соматопсихических связей
4. проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека
5. нормальное развитие коры головного мозга

114. Отечественные нейропсихологии создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека

1. психоморфологическое направление
2. теорию системной динамической локализации ВПФ
3. концепцию эквипотенциальности мозга
4. эклектическую концепцию
5. отрицают проблему локализации ВПФ

115. А.Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель работы мозга как субстрата психической деятельности, согласно которой весь мозг может быть подразделён на

1. два полушария – доминантное (левое), субдоминантное (правое)
2. четыре уровня – 1) кора головного мозга, 2) базальные ядра полушарий большого мозга, 3) гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро, 4) ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга
3. три основных блока – 1) энергетический, 2) блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности
4. головной мозг человека не может подразделяться на отдельные части, так как представляет собой неделимое целое
5. все ответы верны

116. Апраксия, возникающая при поражении теменно височно-затылочных отделов, называется

1. регуляторная
2. кинетическая
3. пространственная
4. кинестетическая
5. все выше перечисленные варианты

117. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется

1. тактильное восприятие
2. стереогноз
3. эмпатия
4. рефлексия
5. агнозия

118. Системные персеверации являются диагностическим признаком

1. афазии
2. апраксии
3. агнозии
4. нарушения внимания
5. акалькулии

119. Предметная агнозия возникает при патологии

1. передних лобных отделов мозга
2. височных отделов мозга
3. субкортикальных отделов мозга
4. затылочно-теменных отделов мозга
5. теменно-височно-затылочных отделов мозга

120. Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии

1. динамической
2. семантической
3. амнестической
4. сенсорной
5. афферентной моторной

121. ПОРАЖЕНИЕ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЗАДНЕЛОБНОЙ ОБЛАСТИ (ЗОНА БРОКА) ПРИВОДИТ К

1. эфферентной моторной афазии
2. афферентной моторной афазии
3. сенсорной афазии
4. динамической афазии
5. семантической афазии

122. ПОРАЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ КПЕРЕДИ ОТ ЗОНЫ БРОКА ПРИВОДИТ К

1. эфферентной моторной афазии
2. афферентной моторной афазии
3. сенсорной афазии
4. динамической афазии
5. семантической афазии

123. ПОРАЖЕНИЕ НИЖНЕТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ КОРЫ ПРИВОДИТ К

1. эфферентной моторной афазии
2. афферентной моторной афазии
3. сенсорной афазии
4. динамической афазии
5. семантической афазии

124. ПОРАЖЕНИЕ ОБЛАСТИ ВЕРНИКЕ ПРИВОДИТ К

1. эфферентной моторной афазии
2. афферентной моторной афазии
3. сенсорной афазии
4. динамической афазии
5. семантической афазии

125. ПОРАЖЕНИЕ ВТОРОЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЫ ПРИВОДИТ К

1. динамической афазии
2. сенсорной афазии
3. акустико-мнестической афазии
4. семантической афазии
5. амнестической афазии

126. ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ ТРО ПРИВОДИТ К

1. динамической афазии
2. сенсорной афазии
3. акустико-мнестической афазии
4. семантической афазии
5. эфферентной моторной афазии

127. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ РЕЧИ

1. Регулятивная
2. Опознающая
3. Выразительная
4. Семантическая
5. Сигнальная

128. КВАЗИПРОСТРАНСТВЕННЫЙ СИНТЕЗ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПОНИМАНИЯ

1. Значений слов
2. Звукоразличения
3. Артикуляции
4. Счета
5. Памяти

129. ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ЭТО НАРУШЕНИЕ

1. Кинестетического фактора
2. Нарушение кинетического фактора
3. Акустического фактора
4. Пространственного фактора
5. Квазипространственного фактора

130. АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ

1. Кинестетического фактора
2. Нарушение кинетического фактора
3. Акустического фактора
4. Пространственного фактора
5. Квазипространственного фактора

131. СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ

1. Кинестетического фактора
2. Нарушение кинетического фактора
3. Акустического фактора
4. Пространственного фактора
5. Квазипространственного фактора

132. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПУТЕМ РАСТОРМАЖИВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1. Викариатом
2. Перестройкой функциональных систем
3. Спонтанным восстановлением
4. Снятием диашиза
5. Всеми перечисленными вариантами

133. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПУТЕМ ИХ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ В СОХРАННЫЕ ОТДЕЛЫ НАЗЫВАЕТСЯ

1. Викариатом
2. Перестройкой функциональных систем
3. Спонтанным восстановлением
4. Снятием диашиза
5. Всеми перечисленными вариантами

134. ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ ТРО ПРИВОДИТ К

1. динамической афазии
2. сенсорной афазии
3. эфферентной моторной афазии
4. афферентной моторной афазии
5. амнестической афазии
6. При поражении корковых речевых центров возникает
7. Афония
8. Анартрия
9. Афазия
10. Дизартрия
11. амузия
12. При поражении левой лобной доли возникает афазия
13. Моторная
14. Сенсорная
15. Амнестическая
16. Семантическая
17. Акустико-мнестическая
18. Для поражения височной доли характерно кроме
19. Моторная афазия
20. Сенсорная афазия
21. Амнестическая афазия
22. Семантическая афазия
23. Динамическая афазия
24. При амнестической афазии очаг поражения находится
25. Правая лобная доля
26. Левая затылочная доля
27. Нижние и задние отделы теменной и височных областей
28. Постцентральная извилина
29. Левая лобная область
30. Затылочная кора состоит из следующих проекционных зон:
31. первичных;
32. вторичных;
33. третичных;
34. всех перечисленных.
35. Какое нарушение исключает афазию

1. Моторная

2. Дизартрия

3. Сенсорная

4. Амнестическая

5. Динамическая

1. симптомы сенсорной (акустико-гностической) афазии
2. В речи больного характерны слова – «эмболы»
3. Не понимает обращенную речь, многословен, для речи характерен «салат из слов», парафазии
4. Определяется апраксия (моторная, идеаторная, конструктивная)
5. Расстройство памяти на ранее выработанные представления и

понятия

1. Нет правильного ответа
2. При поражении теменно – височно — затылочной области возникает
3. Моторная афазия
4. Сенсорная афазия
5. Семантическая афазия
6. Амнестическая афазия
7. Динамическая афазия
8. При поражении левой теменно-височной области у правшей возникает всё, кроме
9. Моторная афазия
10. Сенсорная афазия
11. Семантическая афазия
12. Амнестическая афазия
13. Акустико-мнестической афазии
14. Для семантической афазии характерно
15. Нарушено понимание смысла предложений, выраженного с помощью сложных логико-грамматических конструкций
16. Нарушение всех компонентов экспрессивной речи
17. Нарушение понимания речи как окружающей, так и своей
18. Забывание названия предметов, имен
19. Нарушение фонематического слуха.
20. Какое нарушение исключает афазию

1. Моторная

2. Дизартрия

3. Сенсорная

4. Амнестическая

5. Динамическая

1. симптомы сенсорной (акустико-гностической) афазии
2. В речи больного характерны слова – «эмболы»
3. Не понимает обращенную речь, многословен, для речи характерен «салат из слов», парафазии
4. Определяется апраксия (моторная, идеаторная, конструктивная)
5. Расстройство памяти на ранее выработанные представления и понятия
6. Нет правильного ответа
7. При поражении теменно – височно — затылочной области возникает
8. Моторная афазия
9. Сенсорная афазия
10. Семантическая афазия
11. Амнестическая афазия
12. Динамическая афазия
13. При поражении левой теменно-височной области у правшей возникает всё, кроме
14. Моторная афазия
15. Сенсорная афазия
16. Семантическая афазия
17. Амнестическая афазия
18. Акустико-мнестической афазии
19. Для семантической афазии характерно
20. Нарушено понимание смысла предложений, выраженного с помощью сложных логико-грамматических конструкций
21. Нарушение всех компонентов экспрессивной речи
22. Нарушение понимания речи как окружающей, так и своей
23. Забывание названия предметов, имен
24. Нарушение фонематического слуха.
25. В основе этого вида афазии лежит нарушение последовательной организации высказывания, планирования высказывания
	1. динамическая афазия;
	2. семантическая афазия;
	3. афферентная моторная афазия;
	4. акустико-мнестическая афазия;
	5. эфферентная моторная афазия
26. Кинетическая моторная афазия проявляется:
	1. в устной речи.
	2. при письме.
	3. при чтении;
	4. Все перечисленное
	5. Нет правильного ответа
27. функции лобных долей
28. регуляция состояния активности;
29. регуляция движений и действий;
30. регуляция мнестических и интеллектуальных процессов;
31. Все перечисленное
32. Нет верного ответа
33. В каком из вариантов ответов обозначены все формы афазии (Лурия)
34. Сенсорная, моторная, динамическая, семантическая, мнестическая
35. Акустико-гностическая, семантическая, акустико-мнестическая
36. Акустико-гностическая, семантическая, афферентная моторная, эфферентная моторная, динамическая, акустико-мнестическая
37. эфферентная моторная, афферентная моторная, динамическая, тотальная
38. нет правильного ответа
39. Нарушение объёма удержания речевой информации, тормозимость слухо-речевой памяти. Это:
	1. Динамическая афазия
	2. Семантической афазии
	3. Сенсорная афазия
	4. Афферентная моторная афазия
	5. Акустико-мнестическая афазия
40. Согласно классификации афазий Лурия, первичным речевым дефектом (предпосылкой) при моторной афазии является
	1. идеаторная апраксия
	2. артикуляционная апраксия
	3. конструктивная апраксия
	4. акустическая агнозия
	5. амнестический синдром
41. Согласно классификации афазий Лурия первичным дефектом при сенсорной афазии является
42. идеаторная апраксия
43. артикуляционная апраксия
44. конструктивная апраксия
45. акустическая агнозия
46. амнестический синдром
47. При поражении левой лобной доли возникает афазия
48. Сенсорная
49. Моторная
50. Амнестическая
51. Семантическая
52. Акустико-мнестическая афазия

1. Для поражения полосатого тела характерно
2. уменьшение беглости речи и парафазии в сочетании с нарушением артикуляции
3. выраженные литеральные и вербальные парафазии, превращающие

речевую продукцию в "словесную окрошку"

1. выраженное нарушение повторения фраз
2. акустическая агнозия
3. нет верного ответа
4. Логорея – это
	1. перестановка слогов, слов
	2. речевое недержание
	3. отсутствие склонений и спряжений
	4. повторение отдельных звуков
	5. воспроизведение ненормативной лексики

1. Для проводниковой афазии характерно кроме
	* 1. выраженное нарушение повторения фраз
		2. нарушение чтения вслух
		3. сохранение самостоятельной речи
		4. отсутствие самостоятельной речи
		5. неустойчивость симптомов
2. Проводниковая афазия развивается при поражении
3. белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария
4. белого вещества средних отделов лобной доли
5. белого вещества нижних отделов затылочной доли доминантного полушария
6. белого вещества нижних отделов теменной доли доминантного полушария
7. нет верного ответа
8. Подкорковые афазии развиваются при поражении всего, кроме
9. таламуса
10. мозжечка
11. полосатого тела
12. задних отделов внутренней капсулы
13. глубинных структур
14. Для атипичной формы сенсорной афазии характерно все кроме
15. слуховая агнозия
16. относительное сохранение фонематического слуха
17. нарушения понимания речи
18. дизартрия
19. флюктуативность симптомов
20. К характерным признакам нейродинамических нарушений речи относится
	1. бульбарная дизартрия
	2. мозжечковая дизартрия
	3. амнестическая афазия
	4. флуктуация выраженности дефекта
	5. сенсорная афазия
21. Для динамической афазии характерно:
22. забывание названий предметов
23. утрата рецептивной и экспрессивной речи
24. нарушение последовательной организации высказывания,
25. планирования высказывания
26. нарушение слухового гнозиса
27. Отличительная особенность моторной эфферентной афазии от моторной афферентной афазии
	1. утрата всех видов устной речи
	2. «телеграфный стиль»
	3. нарушение артикуляции
	4. оральная апраксия
	5. ничего не отличает
28. При поражении коры левой височной извилины возникает афазия
	1. моторная афферентная
	2. моторная эфферентная
	3. сенсорная
	4. динамическая
	5. афазия не возникает
29. Литарельные и вербальные парафазии характерны для
	1. моторной афазии
	2. сенсорной афазии
	3. тотальной афазии
	4. семантической афазии
	5. всех видов афазий
30. Для моторной афферентной афазии характерно всё, кроме
	1. утрата всех видов устной речи
	2. страдает чтение и письмо
	3. нарушение артикуляции
	4. литеральная персеверация
	5. инертность речевой активности
31. При акустико-мнестической афазии работа логопеда направлена на восстановление
	1. импрессивного аграмматизма
	2. слухоречевой памяти
	3. преодоление нарушений кинестетического гнозиса
	4. по восстановлению фонематического слуха
	5. преодоление инертности
32. К методикам раннего этапа восстановления относятся:
33. стимулирование понимания речи на слух
34. растормаживание экспрессивной стороны речи при моторной афферентной и эфферентной афазии
35. методики стимулирования глобального чтения и письма
36. всё перечисленное
37. нет верного ответа
38. При моторной афферентной афазии усилия направлены на
	1. импрессивного аграмматизма
	2. слухоречевой памяти
	3. преодоление нарушений кинестетического гнозиса
	4. по восстановлению фонематического слуха
	5. нет верного ответа
39. В комплексе реабилитационных мероприятий назначаются группы препаратов всё, кроме:
	1. антихолинэстеразных
	2. психотропных
	3. ноотропных
	4. аналептиков
	5. нейролптиков
40. При сенсорной афазии усилия направлены на
41. импрессивного аграмматизма
42. слухоречевой памяти
43. преодоление нарушений кинестетического гнозиса
44. по восстановлению фонематического слуха
45. преодоление инертности речевой активности
46. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма — это
	1. реформация
	2. реабилитация
	3. транслокация
	4. трансплантация
	5. абилитация
47. Реабилитация – это
	1. комплекс медицинских мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.
	2. комплекс медицинских, психологических, социальных мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями.
	3. комплекс юридических мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями
	4. комплекс педагогических мероприятий по восстановлению трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями
	5. нет правильного ответа
48. Противопоказанием для лечебной физкультуры является
	1. тяжелое состояние больного
	2. косолапость
	3. гипертоническая болезнь I степени
	4. сколиоз
	5. нет противопоказаний

1. Что относится к этапам реабилитации кроме
2. стационарный
3. диспансерно-поликлинический
4. санаторно-курортный
5. профилактический
6. все варианты верны
7. Что исключают задачи нейрореабилитации
	1. последствий повреждения
	2. воздействия причинных факторов
	3. нарушений жизнедеятельности
	4. социальных ограничений
	5. адаптация к измененному состоянию
8. Что исключают основные принципы медицинской реабилитации
	1. раннее начало
	2. системность и этапность
	3. партнерство врача и больного
	4. государственность
	5. все ответы верны
9. Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации
	1. экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
	2. самооценка пациента
	3. комплексная оценка с включением критериев качества жизни
	4. оценка отдаленных результатов
	5. все варианты верны
10. Сколько этапов реабилитации больных существует?
	1. 1
	2. 2
	3. 3
	4. 4
	5. 5
11. Что является основной задачей амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации
12. лечение очагов инфекции
13. восстановление работоспособности
14. повышение устойчивости организма к метеорологическим колебаниям
15. улучшение двигательных функций
16. хирургическое вмешательство
17. Профилактика повторного инсульта включает в себя всё, кроме
	1. нормализация АД
	2. ограничение двигательной активности
	3. контроль общеклинических показателей
	4. соблюдение диеты
	5. нетверного ответа

185.на каких уровнях обнаруживаются Различия полей правого и левого полушарий мозга

* 1. нейронном;
	2. физиологическом;
	3. клиническом;
	4. все перечисленное;
	5. нет верного ответа.

186. ЧТО проводится На 1 – м этапе нейропсихологического обследования

* 1. тщательное ознакомление с историей заболевания и данными неврологического и нейрофизиологического исследований;
	2. беседа с больным;
	3. изучение всех видов ощущений;
	4. составление плана исследования;
	5. беседа с родственниками.

187.Исследование эмоциональных реакций заключается во всем, кроме

* 1. выслушивания жалоб больного на нарушение эмоций;
	2. исследования восприятия эмоционального выражения лиц на фотографиях, эмоционального тона сюжетных картин и рассказов;
	3. выслушивания жалоб родственников больного на его эмоциональные реакции;
	4. анализа данных тестов ММРI, Люшера, шкалы Дембо – Рубинштейн;
	5. анализ данных HADS.

188.Что включает в себя Нейропсихологическое заключение

* 1. характеристику личности больного;
	2. дополнения к анамнезу;
	3. данные экспериментально – психологического исследования и оценку полученных данных;
	4. данные наследственного анамнеза;
	5. все перечисленное.

189.ЧЕМ характеризуется Олигофазия больных эпилепсией

1. замедлением ее темпа
2. употреблением уменьшительных слов
3. использованием речевых штампов
4. всем перечисленным;
5. больные эпилепсией не страдают олигофазией.

190.какой характер носит Кривая истощаемости гиперстенического типа

1. высокого плато
2. зигзагообразный
3. низкого плато
4. постепенного снижения;
5. не отличается от здоровых лиц.

191.какими признаками больные оперируют при Снижении уровня обобщения

* 1. конкретно-ситуационными признаками;
	2. функциональными признаками;
	3. существенными признаками;
	4. отвлеченными понятиями;
	5. абстрактными понятиями.

192.в основе чего лежит Склонность к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений

* 1. непоследовательность;
	2. «откликаемость»;
	3. разноплановость;
	4. резонерство;
	5. непосредственность.

193.какой тип Нарушения мышления, при котором больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой

* 1. непоследовательность суждений;
	2. лабильность суждений;
	3. разноплановость;
	4. инертность мышления;
	5. резонерство.

194.с чем связан процесс развития при переходе "знаемых" мотивов в "побуждение"

* 1. развитием мышления ребенка;
	2. формированием мировоззрения подростка;
	3. началом трудовой деятельности;
	4. борьбой мотивов;
	5. с переходом в зрелось.

195.в какой последовательности располагают В процессе обследования методики

* 1. по убывающей сложности;
	2. по возрастающей сложности;
	3. попеременно чередуя методики различной сложности;
	4. по направленности на тот или иной психический процесс;
	5. не имеет значения.

196.что всключает в себя Симультанная агнозия

* 1. невозможности объединять части в целостные образы;
	2. невозможности выделять фигуры из фона;
	3. невозможности узнать зашумленные изображения;
	4. трудностях восприятия части зрительного поля, противоположной очагу поражения;
	5. невозможность символического мышления.

197.Какие нарушения При поражениях задних отделов левой височной области

* 1. нарушения номинативной функции в сочетании с невозможностью называть по названному слову зрительные представления;
	2. оптическая афазия;
	3. распад возможности изобразить названный объект;
	4. все перечисленное;
	5. нет правильного ответа.

198.При очаговых поражениях в правой височной зоне наблюдаются все перечисленные нарушения, кроме

* 1. литеральные парафазии;
	2. трудности определения индивидуальной принадлежности голоса;
	3. невозможность дифференцировки бытовых шумов;
	4. трудности при воспроизведении простых ритмов;
	5. амузия.

199.Нарушения ориентировки в реальном пространстве проявляются во всем, кроме

1. трудности ориентировки на местности;
2. невозможности отразить пространственные признаки объекта на листе бумаги;
3. невозможности различать правую и левую стороны;
4. невозможность найти дорогу в лесу, незнакомом городе;
5. невозможность назвать место нахождения.

200.Нарушения квазипространственных отношений проявляются всеми ошибками, кроме

* 1. в понимании сложных логико – грамматических конструкций;
	2. различения правой и левой стороны на листе бумаги;
	3. в конструкции родительного падежа;
	4. пространственными ошибками в счете;
	5. трудности понимания разрядности строения числа.