

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Невинномысский медицинский институт»**

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат:

0169CEC8009BAED48B4F54055E23739B28

Владелец: Станислав Сергеевич Наумов

Действителен с 20.05.2022 до 20.08.2023

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»

С.С. Наумов

«__» _____ 202__ года

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине (модулю)

Б1.Б.33 Нейрохирургия

(наименование дисциплины)

по специальности

31.05.01 Лечебное дело

(код и наименование специальности)

квалификация выпускника

Врач - лечебник

(наименование квалификации)

форма обучения

Очная

год начала подготовки

2023

Невинномысск, 2023

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного стандарта высшего образования и учебного плана Автономной некоммерческой организации высшего образования «Невинномысский медицинский институт» по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Рабочая программа дисциплины «Нейрохирургия» согласована с заинтересованными работодателями: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская больница» г. Невинномысска.

База практической подготовки: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская больница» г. Невинномысска.

СОГЛАСОВАНО:

**Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Ставропольского края «Городская
больница» города Невинномысска
ГБУЗ СК «Городская больница»
г. Невинномысска**



Е.Г. Ерхова

1. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель изучения нейрохирургии - обучение методам обследования нервной системы, выявлению симптомов и синдромов поражения нервной системы, постановке топического диагноза; формирование у студента клинического неврологического мышления, способности самостоятельно поставить диагноз наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний, оказание помощи при неотложных состояниях заболеваний нервной системы. Раннее распознавание основных неврологических, наследственных и нейрохирургических заболеваний, проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями,

Для реализации поставленной цели решаются следующие **задачи**:

- ✓ Научить студентов умению неврологического обследования и выявлению симптомов поражения нервной системы,
- ✓ умению объединять симптомы в синдромы.
- ✓ Дать студентам современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике основных заболеваний нервной системы.
- ✓ Научить студентов методам клинической диагностики неврологической патологии, врачебной тактике, необходимой врачу общей практики.
- ✓ Изучить основы клинического течения наиболее распространенных неврологических заболеваний, современных методов диагностики и лечения,
- ✓ уметь оказать неотложную помощь больным с травмами центральной и периферической нервной системы.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина «Нейрохирургия» входит в перечень дисциплин обязательной части по специальности «Лечебное дело» высшего медицинского образования, изучается в XII семестре. Изучение «Нейрохирургии» предназначено для решения задач по первичному обследованию больного с патологией нервной системы, постановкой клинического диагноза, оказанию первичной экстренной помощи пациенту с неврологической патологией.

Обучение «Нейрохирургии» предполагает наличие у студентов интегрированных знаний доклинических и клинических дисциплин: **Биологии; Гистологии, Эмбриологии, Цитологии; Биохимии; Анатомии; Нормальной Физиологии; Патофизиологии, Клинической патофизиологии; Патологической анатомии, Клинической патологической анатомии.**

3. Перечень планируемых результатов обучения и воспитания по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Наименование категорий компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Дескрипторы
Этиология и патогенез	ОПК-5 Способен оценивать морфо-функциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.ИД1 – Готов применить алгоритм клинико- лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач	<p>Знать: Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний,</p>
			<p>Уметь: проводить физикальный осмотр больного разного возраста с учетом его анатомо-физиологических особенностей: выявлять патологические симптомы и синдромы</p>
		ОПК-5.ИД2 – Оценивает морфо-функциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для интерпретации результатов клинико-лабораторной, инструментальной и функциональной	<p>Знать структурные и функциональные основы патологических процессов. анатомо-физиологические особенности различных возрастных групп; основные патологические синдромы заболевания</p>

		<p>диагностики при решении профессиональных задач</p>	<p>Уметь Проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений.</p> <p>Владеть трактовать результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования,</p>
		<p>ОПК-5 ИДЗ - Знать принципы функционирования систем органов.</p>	<p>Знать Основные принципы функционирования нервной системы. Основные нозологические формы неврологических заболеваний. Понятие психосоматических заболеваний нервной системы Принципы профилактики неврологических заболеваний. Принципы реабилитации неврологических заболеваний.</p> <p>Уметь Идентифицировать и характеризовать факторы риска развития неврологических заболеваний. Оценивать состояние и причины психологических проблем своих пациентов с учетом понимания основ патологического процесса.</p>

			<p>Определять цели психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик у пациентов с неврологической патологией</p> <p>Владеть Общения с неврологическими больными и их родственниками.</p>
Информационная грамотность	ОПК-10. Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	ОПК-10.ИД1 - Выполняет профессиональную деятельность надлежащего качества.	Знать терминологию в области цифровой экономики и цифровых технологий
			Уметь выполнять трудовые действия с использованием информационных технологий при решении задач профессиональной деятельности
			Владеть навыками чтения научных текстов по профилю профессиональной деятельности (выделять смысловые конструкции для понимания всего текста, объяснять принципы работы описываемых информационных технологий) Работы в кооперации с коллегами, врачами смежных специальностей, входящих в мультидисциплинарную бригаду лечения и реабилитации неврологических больных

Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах готовностью к ведению медицинской документации	ПК-1.ИД1 - Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	Знать Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания
		ПК-1.ИД2 – Распознает состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Уметь: Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
			Владеть: Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах
			Знать Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов
			Уметь: Выявлять состояния, требующие оказания

			<p>медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания</p>
			<p>Владеть: Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме</p>
		<p>ПК-1.ИДЗ – Оказывает медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</p>	<p>Знать: Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p>
			<p>Уметь: Выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме</p>
			<p>Владеть: Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента,</p>

			<p>в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)</p> <p>Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</p>
		<p>ПК-1.ИД4 – Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах</p>	<p>Знать:</p> <p>Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции)</p> <p>Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания</p> <p>Уметь:</p> <p>Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</p> <p>Владеть:</p> <p>Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах</p>

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

4.1 Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единиц (72 часов)

Вид учебной работы	Всего Часов .	Семестры			
		12			
Контактные часы (всего)	48	48			
В том числе:					
Лекции (Л)	12	12			
Практические занятия (ПЗ)	36	36			
Семинары (С)					
Лабораторные работы (ЛР)					
Самостоятельная работа студентов (СРС) (всего)	24	24			
В том числе:					
Курсовой проект (работа)	-	-			
Расчетно-графические работы	-	-			
Реферат	-	-			
<i>Другие виды СРС (если предусматриваются, приводится перечень видов СРС)</i>					
1. Изучение разделов и тем дисциплины, вынесенных за рамки практических занятий.	9	9			
2. Оформление карт микроциркуляции	6	6			
3. Оформление историй болезни	9	9			
Форма промежуточной аттестации: зачет		зачет			
Общая трудоемкость	72/2	72/2			

5. Структура и содержание дисциплины

5.1. Содержание разделов дисциплины «Нейрохирургия», образовательные технологии Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела и темы дисциплины	Трудоемкость (часы)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
XII семестр						
1.	Раздел 1. Введение в нейрохирургию. История нейрохирургии.			ОПК-5; ОПК-10; ПК-1	Знать: анатомию и физиологию нервной системы лабораторно-инструментальные методы обследования больных в неврологии и нейрохирургии;	
	<i>1.1. Анатомия и физиология нервной системы. Нейрохирургические методы исследования. Диагностика нейрохирургической патологии</i>	2	Структурная единица нервной системы. Соматическая и вегетативная нервная система. Рефлекс. Торможение. Доминанта. Анатомия головного мозга. Деятельность головного мозга. Спинной мозг. Анатомия спинного мозга. Физиология спинного мозга. Значение нервной системы. Значение анамнеза в обследовании		Уметь: собирать и анализировать анамнез у пациента неврологического профиля и его родственников	Мультимедийная презентация. Разбор клинических больных

			<p>нейрохирургического больного. Данные физикального обследования и связь нейрохирургической патологии с патологией других органов и систем. Значение осмотра для диагностики нейрохирургической патологии. Неврологическое исследование конечностей. Инструментальные и инвазивные методы исследования в нейрохирургии. Принцип компьютерной томографии. Методы электрофизиологической диагностики в нейрохирургии. Техника выполнения и диагностическая ценность люмбальной пункции.</p>	<p>Распознавать наиболее часто встречающиеся заболевания и поражения нервной системы, чтобы направить больного к специалисту – нейрохирургу; провести дифференциальный диагноз; назначить лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи пациентам неврологического профиля; оказать неотложную медицинскую помощь и осуществить транспортировку в отделение реанимации и интенсивной терапии; Владеть: Важнейшими клиническими методами обследования нейрохирургических больных; особенностями расспроса и сбора анамнеза у неврологического пациента;</p>	
--	--	--	--	---	--

					методами клинического, лабораторного, инструментального обследования неврологических пациентов; умением интерпретировать результаты дополнительных методов обследования;	
2.	Раздел 2. Нейрохирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга			ОПК-5; ОПК-10; ПК-1	Знать: основные симптомы, синдромы и симптомокомплексы поражения нервной системы; современные представления об этиологии, патогенезе, патофизиологии и патобиохимии заболеваний нервной системы, современные классификации заболеваний нервной системы, физикальные методы обследования в неврологии, нейрохирургии и медицинской генетике, клини-	
	<i>2.1. Нарушения мозгового кровообращения. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, преходящее нарушение мозгового кровообращения</i>	2	Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. Дисциркуляторная энцефалопатия. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Острая гипертоническая энцефалопатия. Церебральный инсульт. Ишемический инсульт. Инструментальные методы исследова-			Мультимедийная презентация. Разбор клинических больных

			<p>ния. Ангиография сосудов головного мозга. Применение КТ и МРТ для визуализации головного мозга в настоящее время. Хирургическое вмешательство на экстра- и интракраниальных сосудах. Паллиативные вмешательства - операции на симпатической нервной системе.</p>		<p>ческие проявления основных заболеваний нервной системы; Уметь: собирать и анализировать анамнез у пациента неврологического профиля и его родственников; исследовать неврологический статус пациента и выявлять общемозговые, менингеальные и очаговые симптомы поражения нервной системы;</p>	
	<p><i>2.2 Геморрагические инсульты. Хронические нарушения мозгового кровообращения. Спинальные инсульты. Профилактика.</i></p>	2	<p>Медикаментозное лечение геморрагического инсульта. Сосудистые болезни головного мозга: атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь, Сахарный диабет (вторичная сосудистая недостаточность). Наследственный гиперлипидоз. Хроническая сосудистая недостаточность, васкулиты. Лечение. Метаболическое лечение инсультов</p>	<p>ОПК-5; ОПК-10; ПК-1</p>	<p>менингеальные и очаговые симптомы поражения нервной системы; поставить топический и предварительный клинический диагноз; составить план обследования, включая составление родословной при подозрении на генетическое заболевание; оценить результаты параклинических методов обследования, в том числе данные отоневрологического и офтальмологического исследований;</p>	<p>Мультимедийная презентация. Разбор клинических больных</p>

					<p>поставить клинический диагноз; провести дифференциальный диагноз; Владеть: навыками профилактики осложнений: гипостатической пневмонии, пролежней, инфекции мочевыводящих путей, контрактур конечностей, вторичного ангиоспазма, отека головного мозга. навыками выявления очаговой неврологической больного в коме.</p>	
3.	Раздел 3. Нейроонкология.			ОПК-5; ОПК-10; ПК-1	<p>Знать: механизм отека и дислокации мозга, гипертензионного синдрома, принципы их устранения; Уметь: выработать схему ведения и план обследования больных с нейрохирургическим заболеванием; диагностировать и дать оценку синдрому острого</p>	
	<i>3.1 Опухоли головного и спинного мозга. Опухоли центральной нервной системы</i>	2	<p>Основные симптомы опухолей головного мозга. Основные симптомы опухолей спинного мозга. Основные симптомы опухолей заднечерепной локализации. Инвазивная и не инвазивная диагностика опухолей головного и спинного</p>		<p>Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных</p>	

			<p>мозга. Методы лечения в нейроонкологии. Лечение опухолей (хирургическое, лучевое, химиотерапия, комбинированное). Лечение опухолей головного мозга сложной локализации (ствола головного мозга, блуменбахового ската, III желудочка, внутрижелудочковые опухоли)</p>		<p>повышения внутричерепного давления (при опухолях, гематомах); диагностировать состояния, требующее экстренной консультации нейрохирурга и неотложного хирургического вмешательства. Владеть: владеть методикой неврологического обследования больных с нейрохирургическими заболеваниями;</p>	
4.	<p>Раздел 4. <i>Травмы нервной системы.</i> <i>Травмы черепа и головного мозга.</i></p>			<p>ОПК-5; ОПК-10; ПК-1</p>	<p>Знать: Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, при травматических поражениях нервной системы; Основные принципы хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний нервной системы.</p>	
	<p>4.1 Позвоночно-спинальная травма периферических нервов. Нейрохирургическое лечение че-</p>	2	<p>Закрытые повреждения позвоночника и спинного мозга. Повреждения позвоночника. Виду травмы спинного мозга выделяют: сотрясение, ушиб, сдавление и нарушение</p>			<p>Мультимедийные презентации. Разбор клинических больных</p>

<p><i>репно-мозговой травмы</i> <i>Современные технологии.</i> <i>Эндоскопические операции после черепно-мозговых травм.</i></p>		<p>анатомической целостности (частичный или полный разрыв спинного мозга). Клиническая симптоматика осложненного перелома позвоночника. Синдромы полного и частичного поперечного поражения спинного мозга. Синдромы частичного поражения спинного мозга. Клинические формы повреждения спинного мозга. Диагностика: рентгенография, миелография, пневмомиелография, компьютерная томография, МРТ, спинномозговая пункция. Лечение травмы позвоночника. Методы лечения травм позвоночника: хирургические, медикаментозные, реабилитация. Операция при травме позвоночника. Консервативное лечение.</p>		<p>Назначение, показания и противопоказания методов инструментальной диагностики нейрохирургических заболеваний, их информативность. патофизиологию травматизма и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери; патофизиологию раневого и гнойного процессов; Принципы реабилитации пациентов с нейрохирургической патологией. Уметь: Самостоятельно диагностировать и оказывать неотложную помощь при травме ЦНС; Проводить поддерживающую терапию, отработанную совместно со специалистом - нейрохирургом, у больных перенесших черепно-мозговую травму и оперативные</p>	
--	--	--	--	--	--

					<p>вмешательства на головном и спинном мозге в периоде восстановления</p> <p>Владеть:</p> <p>Навыками временной остановки кровотечения; хирургической обработки ран мягких тканей головы;</p> <p>транспортной иммобилизации при позвоночно-спинально-мозговой травме;</p> <p>выполнения люмбальной пункции;</p> <p>ведения больных с распространенными формами нейрохирургической патологии до оказания специализированной помощи.</p>	
5.	Раздел 5. Функциональная нейрохирургия			ОПК-5; ОПК-10; ПК-1	Знать: анатомию и физиологию нервной системы лабораторно-инструментальные методы обследования больных в неврологии и нейрохирургии;	
	<i>5.1. Болевые синдромы, остеохондроз,</i>	2	Предмет и методы функциональной нейрохирургии. Использование методов функциональной			Мультимедийные презентации.

	<p><i>эндоскопические операции в области спинного мозга</i></p>		<p>нейрохирургии при различных поражениях экстрапирамидной системы Методы выбора в нейрохирургическом лечении паркинсонизма. Показания к операции лечения паркинсонизма. Лечение патологических проявлений (гиперкинезы, нарушения тонуса) при наследственных, дегенеративных заболеваниях (гепатоцеребральная дистрофия, хоря Гентингтона, эссенциальный тремор)</p>	<p>Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, лечение и профилактику наиболее распространенных в работе врача общей практики нейрохирургических заболеваний. Принципы ведения больных с основными нейрохирургическими заболеваниями. Принципы реабилитации пациентов с нейрохирургической патологией. Уметь: выработать схему ведения и план обследования больных с нейрохирургическим заболеванием; диагностировать состояния, требующее экстренной консультации нейрохирурга и неотложного хирургического вмешательства. Владеть:</p>	<p>Разбор клинических больных</p>
--	---	--	--	--	-----------------------------------

					<p>владеть методикой неврологического обследования больных с нейрохирургическими заболеваниями;</p> <p>навыками выполнения люмбальной пункции;</p>	
	Итого	12				

5.2. Клинические практические и семинарские занятия, их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических и семинарских занятий	Объем в часах
1.	1	Нейрохирургия. Разделы нейрохирургии. Неврологический осмотр. Шкала комы Глазго. Диагностика в нейрохирургии.	6
2.	1	Черепно-мозговая травма. Классификация ЧМТ. Ушибы головного мозга. Внутрочерепные гематомы (эпидуральная, субдуральная, внутримозговые). Переломы свода и основания черепа. Показания к оперативному лечению.	6
3.	2	Сосудистая нейрохирургия. Кровоснабжение головного мозга (Виллизиев круг). Геморрагический и ишемический инсульт (виды кровоизлияний, показания и противопоказания к оперативному лечению). Артериальные аневризмы головного мозга. Артериовенозная мальформация. Коротидно-кавернозное соустье	6
4.	3	Нейроонкология. Классификация опухолей ЦНС по ВОЗ. Клиника онкологических заболеваний головного мозга и спинного мозга. Диагностика. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения.	6
5.	4	Позвоночно-спинномозговая травма. Классификация. Неврологический осмотр больных с ПСМТ. Клиника. Диагностика. Лечение.	6
6.	4	Хирургические аспекты болевых синдромов.	6
ИТОГО			36

5.3. Самостоятельная работа студентов

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах
1.	Тема: Современные направления развития нейрохирургии. Анатомия и физиология центральной и периферической нервной системы. Хирургическая анатомия черепа и черепных ямок, планирование оперативных доступов к структурам мозга	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
2.	Тема: Нейрохирургические методы исследования	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	4
3.	Тема: Гипертензионно-дислокационный синдром. Гидроцефалия	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
4.	Тема: Аномалии развития нервной системы: гидроцефалия, черепно-мозговые грыжи спинномозговые грыжи, краниостеноз.	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
5.	Тема: Нейроанестезиология нейроре-анимация при травме и заболеваниях головного мозга.	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
6.	Тема: Нейрохирургическая патология сосудов головного	конспектирование доп. учебной литературы,	12 сем.	2

	мозга. Аневризмы, АВМ, ККС, субарахноидальные, субарахноидально-паренхиматозные кровоизлияния, гипертензивные внутримозговые гематомы.	оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.		
7.	Тема: Современные технологии: и эндоваскулярные доступы. Малоинвазивная хирургия, микрохирургическая тактика	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
8.	Тема: Травмы позвоночника и спинного мозга. Принципы диагностики и лечения. Травмы периферических нервов.	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
9.	Тема: Дегенеративные заболевания позвоночника. Принципы диагностики и лечения	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем.	2
10.	Тема: Эндоскопические операции в области спинного мозга и после ЧМТ	конспектирование доп. учебной литературы, оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.	12 сем	4
	Итого:			24

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Нейрохирургия»

Литература для самостоятельной работы

а) основная литература

1. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия. В 2-х т. Т. 2. Нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для студентов мед. вузов / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 408 с. –

б) дополнительная литература

1. Нейрохирургия. Лекции, семинары, клинические разборы. Т. 1 [Электронный ресурс]: руководство для врачей / под ред. О.Н. Древалю - М.: Литтерра, 2015. - 616 с.

2. Нейрохирургия. Лекции, семинары, клинические разборы. Т. 2 [Электронный ресурс]: руководство для врачей / под ред. О.Н. Древалю - М.: Литтерра, 2015. - 864 с.
3. Латышева, В.Я. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.Я. Латышева, Б.В. Дривотинов, М.В. Олизарович. - Минск: Вышэйшая школа, 2013. - 512 с. -
4. Можаяев, С.В. Нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник / С.В. Можаяев, А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 480 с.
5. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: клинические рекомендации / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гех - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 368 с.

7. Фонды оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Нейрохирургия»

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе образовательной программы ОПК-5; ОПК-10; ПК-1,

Этапы формирования компетенции (номер семестра согласно учебному плану)	Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы
<i>ОПК-5 - Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</i>	
3,4	Биохимия
2	Молекулярная биология
1,2,3	Анатомия человека
2,3	Гистология, эмбриология, цитология
3,4	Нормальная физиология
4	Иммунология
5,6,8	Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия
5,6,7	Патофизиология, клиническая патофизиология
8	Медицинская генетика
7	Неврология
12	<i>Нейрохирургия</i>
7,8,9,10	Акушерство и гинекология
7,8	Факультетская терапия
9,10	Профессиональные болезни
11	Репродуктология
3	Биотехнология в медицине
4	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на

	должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной медицинской сестры)
6	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на должностях среднего медицинского персонала (помощник процедурной медицинской сестры)
12	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
<i>ОПК-10 - Способен решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности</i>	
1	Физика
1	Математика
1,2	Биология
1,2,3	Анатомия человека
4	Информационные технологии в медицине
8	Медицинская генетика
7	Неврология
12	<i>Нейрохирургия</i>
5	Цифровые технологии в профессиональной деятельности
6	Цифровая трансформация отрасли
12	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
<i>ПК-1 - Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах</i>	
11	Клиническая фармакология
7	Неврология
12	<i>Нейрохирургия</i>
9,10	Психиатрия, медицинская психология
7	Офтальмология
7,8,9,10	Акушерство и гинекология
7,8	Факультетская терапия
12	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
7,8	Факультетская хирургия
7	Урология
9,10,11	Госпитальная хирургия
10	Челюстно-лицевая хирургия с основами стоматологии
10,11	Травматология, ортопедия

11	Репродуктология
10	Детская хирургия
11	Клиническая иммунология
11	Аллергология
8	Практика акушерско-гинекологического профиля
8	Практика хирургического профиля
8	Практика терапевтического профиля
10	Практика общеврачебного профиля (помощник врача)
10	Практика диагностического профиля
10	Практика по неотложным медицинским манипуляциям
12	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
10	Неотложные состояния в терапии

7.2 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Планируемые результаты освоения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
<i>ОПК-5 - Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</i>					
<p>Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов. анатомо-физиологические особенности различных возрастных групп; основные патологические синдромы заболевания основные принципы функционирования нервной системы. основные нозологические формы неврологических заболеваний. понятие психосоматических заболеваний нервной системы принципы профилактики неврологических заболеваний. принципы реабилитации неврологических заболеваний.</p>	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	<i>Блиц-опрос, курация больных, контрольные вопросы и задания к текущим занятиям; вопросы к зачету; ситуационные задачи</i>
Уметь:	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные,	Сформированные	

<p>✓ __проводить физикальный осмотр больного разного возраста с учетом его анатомо-физиологических особенностей:</p> <p>✓ __ выявлять патологические симптомы и синдромы</p> <p>✓ __проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений.</p> <p>✓ __трактовать результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования,</p> <p>✓ __идентифицировать и характеризовать факторы риска развития неврологических заболеваний.</p> <p>✓ __оценивать состояние и причины психологических проблем своих пациентов с учетом понимания основ патологического процесса.</p> <p>✓ __определять цели психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик у пациентов с неврологической патологией</p>			<p>допускаются небольшие ошибки</p>	<p>умения</p>	
<p>Владеть:</p>	<p>Частичное владение навыками</p>	<p>Несистематическое</p>	<p>В систематическом применении</p>	<p>Успешное и систематическое</p>	

<p>✓ __навыками оценки морфологического субстрата и представлением об индивидуальном патогенезе</p> <p>✓ __навыками физикального осмотра больных различных возрастных групп</p> <p>✓ __общения с неврологическими больными и их родственниками.</p> <p>✓ __врачебную тактику и алгоритмы оказания экстренной помощи при неотложных неврологических состояниях,</p> <p>✓ __организацию ухода за неврологическими больным</p>		<p>применение навыков</p>	<p>навыков допускаются пробелы</p>	<p>применение навыков</p>	
<p><i>ОПК-10 - Способен решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности</i></p>					
<p>Знать:</p> <p>терминологию в области цифровой экономики и цифровых технологий</p>	<p>Фрагментарные знания</p>	<p>Неполные знания</p>	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</p>	<p>Сформированные систематические знания</p>	<p><i>Блиц-опрос, курация больных, контрольные вопросы и задания к текущим занятиям; вопросы к зачету; ситуационные задачи</i></p>
<p>Уметь:</p>	<p>Частичные умения</p>	<p>Неполные умения</p>	<p>Умения полные, допускаются</p>	<p>Сформированные умения</p>	

выполнять трудовые действия с использованием информационных технологий при решении задач профессиональной деятельности			небольшие ошибки		
<p>Владеть: навыками чтения научных текстов по профилю профессиональной деятельности (выделять смысловые конструкции для понимания всего текста, объяснять принципы работы описываемых информационных технологий) Работы в кооперации с коллегами, врачами смежных специальностей, входящих в мультидисциплинарную бригаду лечения и реабилитации неврологических больных</p>	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
<i>ПК-10 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах наличия, или отсутствия заболевания</i>					
<p>Знать: Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов</p>	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	<i>Блиц-опрос, курация больных, контрольные вопросы и задания к текущим занятиям; вопросы к зачету; ситуационные задачи</i>

<p>Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов</p> <p>Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей)</p> <p>Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания</p> <p>Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции)</p> <p>Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания</p>					
<p>Уметь:</p> <p>Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>Частичные умения</p>	<p>Неполные умения</p>	<p>Умения полные, допускаются небольшие ошибки</p>	<p>Сформированные умения</p>	

<p>Выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания</p> <p>Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</p>					
<p>Владеть:</p> <p>Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах</p> <p>Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состо-</p>	<p>Частичное владение навыками</p>	<p>Несистематическое применение навыков</p>	<p>В систематическом применении навыков допускаются пробелы</p>	<p>Успешное и систематическое применение навыков</p>	

<p>яниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</p> <p>Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания))</p> <p>Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах</p>					
--	--	--	--	--	--

7.3. Типовые контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

Примерная тематика рефератов по дисциплине «Нейрохирургия»

1. Аневризмы сосудов головного мозга.
2. Опухоли затылочной доли.
3. Хроническая ишемия головного мозга.
4. Клиника и течение ишемических нарушений головного мозга и геморрагического инсульта. Прогнозирование исходов и выбор тактики лечения. Методы хирургического и консервативного лечения.
5. Субарахноидальные кровоизлияния.
6. Туннельные синдромы.
7. Невралгия тройничного нерва.
8. Поздняя мозжечковая атаксия Холмса.
9. Ишемический инсульт
10. Научно-практический подход к вопросам клиники и диагностики и хирургического лечения ЧМТ.
11. Необратимое повреждение ЦНС.

Контрольные вопросы и задания для проведения текущего контроля по курсу «Нейрохирургия» для студентов

VI курса по специальности «Лечебное дело»

1. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
2. Нейропатии периферических нервов: срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового: этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
4. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
5. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов внутренней сонной, передней и средней мозговой, позвоночно-основной артерий, диагностика, лечение и профилактика.
6. Заболевания периферической нервной системы: невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.

7. Невропатия лицевого нерва: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
8. Эпилепсия: этиология, патогенез. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома, эпилепсии.
9. Классификация эпилептических припадков, их характеристика.
10. Клиника, диагностика и лечение сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
11. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутримозговой гематомой.
12. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Недифференцированное медикаментозное лечение позвоночно-спинальной травмы. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
13. Патогенетические стадии остеохондроза позвоночника. Клиника, диагностика и лечение рефлекторных синдромов шейного остеохондроза (цервикаго, синдром позвоночной артерии).
14. Клиника, диагностика и лечение компрессионных радикулярных синдромов шейного остеохондроза.
15. Патогенез, клиническая картина, диагностические приемы и лечение шейной спондилогенной миелопатии.
16. Клиническая картина, диагностика и лечение неврологических осложнений остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Экстренная помощь при развитии синдрома компрессионной радикуломиелоишемии.
17. Клиника, диагностика и лечение супратенториальных опухолей головного мозга. Экстренные мероприятия при височно-тенториальной дилокации.
18. Клиника, диагностика и лечение опухолей мозжечка. Экстренные мероприятия при височно-тенториальной дислокации и вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
19. Классификация, клиника, диагностика и лечение экстрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
20. Показания и противопоказания для проведения люмбальной пункции, ее техника.
21. Техника и диагностические возможности миелографии.
22. Что такое пневмоэнцефалография?
23. Классификация закрытой черепно-мозговой травмы.
24. Клиника и диагностика опухолей супратенториальной локализации.
25. Клиника и диагностика опухолей задней черепной ямки.
26. Показания и методика резекционной трепанации черепа.
27. Техника ламинэктомии и гемиламинэктомии.
28. Синдром повышения внутричерепного давления.
29. Оперативные вмешательства при гидроцефалии.
30. Синдром поражения передних отделов спинного мозга при травме позвоночника.
31. Хирургическое лечение при эпилепсии.
32. Хирургическое лечение геморрагических инсультов.

33. Хирургическое лечение ишемических инсультов.
34. Хирургическое лечение абсцессов головного мозга: методом пункции, удаления абсцессов с капсулой, дренирование.
35. Сотрясение головного мозга (патогенез, клиника, диагностика, лечение).
36. Принципы оперативного вмешательства в полости черепа.
37. Дислокационные синдромы.
38. Виды операций на периферических нервах.
39. Ликвородинамические пробы.
40. Методика исследования и принципы лечения при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга.
41. Показания и методика наложения диагностических фрезевых отверстий.
42. Показания и методика костно-пластической трепанации черепа.
43. Ликвородинамические расстройства при ЧМТ. Внутричерепная гипертензия. Лечение.
44. Хроническая субдуральная гематома. Современная концепция хирургического лечения?
45. Каротидо-кавернозное соустье при ЧМТ. Клиника, диагностика, хирургическая тактика?
46. Ложная аневризма внутренней сонной артерии при ЧМТ. Тактика лечения?
47. Осложненные и неосложненные переломы позвоночника. Диагностика. Тактика.
48. Показания к декомпрессивно-стабилизирующим операциям на позвоночнике.
49. Вертебропластика. Показания и противопоказания.
50. Повреждения периферического нерва. Клиника, диагностика, тактика лечения.
51. Огнестрельные ранения черепа и головного мозга. Хирургическая тактика.
52. Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга. Показания кооперации.
53. Субарахноидальное кровоотечение. Эпидемиология, клиника, диагностика, этиология.
54. Внутричерепные нетравматические кровоизлияния. Этиология. Клиника, диагностика, тактика лечения.
55. Клинико-анатомическая форма аневризматического внутричерепного кровоизлияния.
56. Тактика лечения в остром периоде разрыва аневризмы. Классификация Ханта-Хесса?
57. Кровоснабжение головного мозга. Особенности строения. Значение Виллизиева круга и коммуникантных артерий.
58. Вазоспазм при аневризматических кровоизлияниях. Тактика нейрохирурга. Вазодилатация по Зубкову.
59. Транскраниальная и эндоваскулярная хирургия аневризм.
60. Тактика нейрохирурга при внутричерепных гематомах ханевризматической этиологии.

61. Догеморрагический период аневризмы. Современные принципы диагностики и тактики лечения.
62. Артериовенозная мальформация. Типы течения. Лечение.
63. Каротидо-навезное соустье. Хирургическое лечение по Сербиненко.
64. Гидроцефальный синдром при разрыве аневризмы. Лечение.
65. Гигантские аневризмы. Типы течения. Хирургическая тактика.
66. Осложнения острого периода разрыва аневризмы.
67. Интраоперационные осложнения в хирургии аневризм. Принципы лечения.
68. Компьютерно-томографическая семиотика острых нарушений мозгового и спинного кровообращения.
69. Артерно-синусные соустья, АВМ головного мозга. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
70. Ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга.
71. Ангиография сосудов головного мозга.
72. Гипертензивные внутримозговые гематомы. Принципы хирургического лечения.
73. Микронейрохирургия аневризм головного мозга.
74. Травматические внутричерепные гидромы. Новый взгляд на проблему.
75. Профилактические операции на сосудах мозга при недостаточном мозговом кровообращении и ишемическом инсульте.
76. Классификация опухолей головного и спинного мозга.
77. Менингиома. Современные хирургические методы лечения.
78. Глиомы. Комбинированное лечение.
79. Рентгенологические, КТ, МРТ, ангиографические признаки опухолей головного мозга.
80. Хирургия парасагиттальных и базальных менингиом.
81. Опухоли задней черепной ямки. Хирургическое лечение.
82. Хирургия внутрижелудочных опухолей.
83. Современные хирургические технологии при опухолях гипофиза.
84. Полушария большого мозга: хирургическая анатомия, планирование и топографо-анатомическое обоснование доступов.
85. Синдромы и симптомы поражения лобных и височных долей головного мозга.
86. Хирургические доступы к структурам задней черепной ямки.
87. Компрессионная форма остеохондроза позвоночника. Хирургия межпозвоночных грыж.
88. Абсцесс головного мозга. Хирургическая тактика. Интракаротидная инфузия лекарственных средств.
89. Хирургия опухолей спинного мозга.
90. КТ, МРТ- семиотика дислокационного синдрома.
91. Хирургическая анатомия моврачсто-мозжечкового угла.
92. Лучевые опухоли головного мозга. Особенности хирургического лечения.

**Тесты по дисциплине «Нейрохирургия»
для студентов VI курса**

ВАРИАНТ 1 ТЕСТЫ «ВЕРНО-НЕВЕРНО».

1. Выберите **абсолютно неверный** ответ. Существуют следующие виды глиом:
 - а. астроцитомы;
 - б. олигодендроглиомы;
 - в. эпендимомы;
 - г. менингиомы;
 - д. глиобластома.
2. Выберите **абсолютно верный** ответ. Менингиома – это опухоль из:
 - а. мягкой оболочки;
 - б. арахноидальной оболочки;
 - в. твердой оболочки;
 - г. мягкой и паутинной оболочек;
 - д. сосудистых сплетений желудочков мозга.
3. Выберите **абсолютно неверный** ответ. Для менингиомы характерны следующие признаки:
 - а. происхождение из арахноидальной оболочки;
 - б. инфильтративный рост;
 - в. наличие капсулы;
 - г. сдавление головного мозга;
 - д. однородная структура.
4. Выберите **абсолютно верный** ответ. Какие выделяют механизмы действия опухоли на головной мозг:
 - а. сдавление головного мозга;
 - б. нарушение оттока ликвора;
 - в. нарушение мозгового кровообращения;
 - г. токсическое воздействие опухоли на головной мозг;
 - д. все выше перечисленное.
5. Выберите **абсолютно неверный** ответ. Для опухолей теменной доли характерно:
 - а. астереогноз;
 - б. апраксия;
 - в. аносмия;
 - г. анестезия;
 - д. фокальные сенсорные приступы.
6. Выберите **абсолютно неверный** ответ. К общемозговым симптомам, связанным с увеличением внутричерепного давления относятся:
 - а. головная боль, головокружение;
 - б. рвота;
 - в. обонятельные, вкусовые и вестибулярные галлюцинации;
 - г. генерализованные припадки;
 - д. положительные менингеальные симптомы.
7. Выберите **абсолютно верный** ответ. Дислокационные симптомы- это результат:

- а. крайне высокого внутричерепного давления;
 - б. разрушения ткани мозга;
 - в. хронического нарушения мозгового кровообращения;
 - г. сдавления ткани мозга растущей опухолью;
 - д. д) все перечисленное верно.
8. Выберите **абсолютно неверный** ответ. К дополнительным методам диагностики опухолей головного мозга относятся:
- а. люмбальная пункция с забором ликвора;
 - б. КТ головного мозга;
 - в. ЭХО-ЭС головного мозга;
 - г. обзорные рентгеновские снимки
 - д. МРТ головного мозга.
9. Выберите **правильный** ответ. К нейроэктодермальным опухолям не относятся:
- а. астроцитомы;
 - б. олигодендроглиомы;
 - в. эпендимомы;
 - г. невринома;
 - д. хориоидпапиллома.
10. Выберите **правильный** ответ. Опухоль из стенки сосуда называется:
- а. менингиома;
 - б. ангиоретикулема;
 - в. папиллома;
 - г. аденома;
 - д. невринома.
11. Выберите **правильный** ответ. Для диагностики опухоли головного мозга преимущественно используют:
- а. компьютерную томографию;
 - б. электроэнцефалографию;
 - в. рентгеноскопию;
 - г. пункцию желудочков мозга;
 - д. люмбальную пункцию с анализом ликвора.
12. Выберите **правильный** ответ. При опухоли височной доли не наблюдается:
- а. верхнеквадратная гемианопсия;
 - б. сенсорная афазия;
 - в. оперкулярные приступы;
 - г. адверсивные приступы;
 - д. обонятельные галлюцинации.
13. Выберите **правильный** ответ. При опухоли лобной доли не наблюдается:
- а. парезы, параличи;
 - б. атрофия зрительного нерва;
 - в. атаксия по типу астазии-абазии;
 - г. верхнеквадратная гемианопсия;
 - д. парез зрения.

14. Выберите **неправильный** ответ. Паллиативная операция при опухолях головного мозга - это:

- а. наружная декомпрессия;
- б. вентрикулоцистерноанастомоз;
- в. вентрикулоперитонеальный анастомоз;
- г. радикальное удаление опухоли;
- д. наружное вентрикулярное дренирование.

15. Выберите **правильный** ответ. Для опухоли затылочной доли не характерно:

- а. гомонимная гемианопсия;
- б. фотомы;
- в. гемигипестезия;
- г. зрительная агнозия;
- д. метаморфопсия.

16. Выберите **правильный** ответ. Симптомы, характерные для опухолей лобной доли головного мозга:

- а. гемипарез;
- б. сенсорная афазия;
- в. фотомы;
- г. гипестезия;
- д. нарушение схемы тела.

17. Выберите **правильный** ответ. Симптомы, характерные для аденомы гипофиза:

- а. акромегалия;
- б. квадрантная гемианопсия;
- в. гемипарез;
- г. тугоухость;
- д. гемигипестезия.

18. Выберите **правильный** ответ. Симптомы, характерные для невриномы VIII нерва:

- а. гемипарез;
- б. снижение зрения;
- в. гемигипестезия;
- г. глухота на одноименное ухо;
- д. сенсорная афазия.

19. Выберите **один неверный** ответ. Симптомы, характерные для опухолей височной доли:

- а. слуховые, обонятельные галлюцинации;
- б. моторная афазия;
- в. верхнеквадрантная гемианопсия;
- г. сенсорная афазия;
- д. фотомы.

20. Выберите **один неверный** ответ. Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:

- а. мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения;

- б. горизонтальный нистагм;
- в. нарушение обоняния;
- г. застойные диски зрительных нервов;
- д. гемипарез.

21. Выберите **верный** ответ. Височно-тенториальное вклинение может спровоцировать:

- а. опухоль лобной доли головного мозга;
- б. опухоль височной доли головного мозга;
- в. невринома VIII нерва;
- г. опухоль мозжечка;
- д. все перечисленные.

22. Выберите **неверный** ответ. Симптомом височно-тенториального вклинения является:

- а. птоз;
- б. контрлатеральный гемипарез;
- в. мидриаз;
- г. икота;
- д. снижение уровня сознания.

23. Выберите **верный** ответ. Главная опасность при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие заключается в развитии:

- а. эндокринных расстройств;
- б. гипертермии;
- в. дыхательных нарушений;
- г. артериальной гипертензии;
- д. ничего из перечисленного.

24. Выберите **неверный** ответ. К симптомам вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие относятся:

- а. головная боль;
- б. фокальные двигательные припадки;
- в. вынужденное положение головы;
- г. дисфагия;
- д. дизартрия.

25. Выберите **верный** ответ. Компьютерно-томографическими признаком аденомы гипофиза является:

- а. выраженный перифокальный вазогенный отек;
- б. дислокация III желудочка в противоположную от опухоли сторону;
- в. гиперденсная зона в проекции турецкого седла;
- г. гиподенсная зона в проекции турецкого седла;
- д. ничего из перечисленного.

26. Выберите **верный** ответ. Из перечисленных вариантов опухоли головного мозга наиболее часто рецидивирует:

- а. невринома VIII нерва;
- б. аденома гипофиза;
- в. глиобластома;

- г. менингиома;
д. краниофарингиома.
27. Выберите **неверный** ответ. Иммуноterapia опухолей головного мозга проводится с использованием:
- а. Т-*активина*;
б. ронколейкина;
в. ликопида;
г. γ -интерферона;
д. *всего перечисленного*.
28. Выберите **верный** ответ. К паллиативным ликворшунтирующим оперативным вмешательствам, используемым в лечении опухолей головного мозга относятся:
- а. декомпрессивная трепанация черепа;
б. люмбоперитонеальное шунтирование;
в. *вентрикулоцистернальный анастомоз*;
г. наружное вентрикулярное дренирование;
д. все перечисленное.
29. Выберите **неверный** ответ. Лечебные мероприятия при височно-тенториальной дислокации заключаются в:
- а. массивной дегидратационной терапии;
б. использовании глюкокортикоидов в больших дозах;
в. трепанации черепа с удалением опухоли головного мозга;
г. *наложении вентрикулоцистернального анастомоза*;
д. *проведении разгрузочной люмбальной пункции с выведением ликвора*.
30. Выберите **верный** ответ. Методом выбора в лечении вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие является:
- а. *наложение наружного вентрикулярного дренажа*;
б. люмбальная пункция с выведением ликвора;
в. массивная дегидратационная терапия;
г. использование глюкокортикоидных препаратов в больших дозах;
д. трепанация черепа с удалением опухоли.

ВАРИАНТ 2

1. При нейрохирургической патологии в истории болезни должны быть отражены
- а. фон, на котором развились симптомы болезни
б. первые признаки заболевания, и чем они сопровождались
в. последовательность развития признаков
г. объективные неврологические симптомы
д. *все перечисленное*
2. Начальные симптомы в формировании предварительного диагноза должны указывать на все, кроме
- а. возможности развития гипертензионного синдрома
б. коркового расположения патологии

- в. базального процесса
 - г. гипертонической болезни
 - д. заболевания трубчатых костей
3. Изменение формы и окружности головы указывает
- а. на врожденную патологию
 - б. на травму черепа в анамнезе
 - в. на врожденную гидроцефалию
 - г. на оссальную форму менингиомы
 - д. на все перечисленное
4. Изменения положения головы могут указывать
- а. на миозит
 - б. на ушиб мышц шеи
 - в. на нарушение ликвороциркуляции
 - г. на нарушение кровообращения
 - д. на нарушение венозного кровообращения
5. При пальпации и перкуссии черепа невозможно
- а. выявить состояние костных швов
 - б. определить наличие интраникальной части опухоли
 - в. определить локальную болезненность черепа
 - г. выявить косвенные признаки гидроцефалии
 - д. все из перечисленного
6. При осмотре позвоночника возможно
- а. установить локальную болезненность
 - б. установить деформацию позвоночника
 - в. местные изменения кожных покровов
 - г. установить подвижность позвоночника
 - д. ничего из перечисленного
7. При поражении периферического нейрона зрительного пути наблюдается
- а. гомонимная гемианопсия
 - б. нарушение остроты зрения
 - в. центральные скотомы
 - г. периферические скотомы
 - д. бitemпоральная гемианопсия
8. Основными клиническими признаками поражения III нерва являются
- а. атрофия мышц орбиты
 - б. расширение зрачка
 - в. опущение века
 - г. наружное косоглазие
 - д. сужение зрачка
9. Внутреннее косоглазие обусловлено поражением
- а. зрительного нерва
 - б. блокового нерва
 - в. глазодвигательного нерва

- г. отводящего нерва
д. лицевого нерва
10. Двусторонние патологические рефлекс Бабинского и повышение рефлексов свидетельствуют
- а. о патологическом очаге в лобной доле
б. о патологическом очаге в мозжечке и черве мозжечка
в. о воздействии патологического очага на ствол мозга
г. об очаге в области теменной доли
д. о патологическом очаге в желудочковой системе
11. Амнестическая афазия характеризуется
- а. нарушением движений руки
б. нарушением движений в ноге
в. нарушением памяти слов
г. нарушением моторного компонента речи
д. лобной атаксией
12. При осмотре глаз следующие признаки имеют значение для нейрохирурга
- а. только повышенная сосудистая инъекция склеры
б. только повышенная пульсация глазных яблок
в. движение глазных яблок
г. состояние зрачков
д. признаки можно оценивать в комплексе с другими методами обследования
13. Выстояния глазных яблок (экзофтальм)
- а. имеет значение, как общий признак
б. имеет значение, как локальный признак
в. односторонний экзофтальм указывает на патологию зрительного нерва
г. двусторонний экзофтальм указывает на артерио-синусное соустье кавернозного синуса
д. нельзя исключить опухоль лобной доли
14. Если нарушены движения глазных яблок вверх и в стороны, то это свидетельствует
- а. о патологии в теменной доле
б. о патологии в затылочной доле
в. о дислокационном синдроме
г. о патологии в области среднего мозга
д. о патологии в области шишковидной железы
15. К основным признакам, характерным для симптома Арджил-Робертсона, относятся
- а. нистагм в стороны
б. офтальмопарез
в. неправильной формы зрачок на стороне поражения
г. изменение радужки зрачка
д. отсутствие фотореакции
16. Если при осмотре определяется широкий зрачок и отсутствует фотореакция, - то это указывает

- а. на опухоль затылочной доли
- б. на внутричерепную гематому
- в. на глиому зрительного нерва
- г. симптомокомплекс следует рассматривать, исходя из анамнеза заболевания
- д. верно а)

17. При одностороннем снижении остроты зрения следует думать

- а. об опухоли ольфакторной ямки
- б. о неврите зрительного нерва
- в. о менингиоме канала зрительного нерва
- г. о глиоме зрительного нерва
- д. симптом следует рассматривать в комплексе других признаков

18. Неврит зрительного нерва характеризуется следующим офтальмологическим признаком

- а. гиперемией диска зрительного нерва
- б. односторонним снижением остроты зрения
- в. атрофией диска
- г. абсолютной центральной скотомой
- д. верно в)

19. Атрофия диска зрительного нерва характеризуется

- а. обесцвеченностью диска
- б. отсутствием фотореакции
- в. крайне низкой остротой зрения
- г. выпадением периферического поля зрения
- д. энофтальмом

20. Основными причинами развития атрофии диска зрительных нервов являются

- а. непосредственное механическое воздействие на зрительный нерв
- б. нарушение кровообращения
- в. последствие гипертонической болезни
- г. последствие гипертензионного синдрома
- д. нарушение венозного кровообращения

21. Ориентировкой при пункции заднего рога бокового желудочка служит следующее: по ходу сагиттального шва отступить вверх от наружного затылочного бугра.

- а. на 4 см и в сторону на 4 см
- б. на 6 см и в сторону на 5 см
- в. на 5 см и в сторону на 3 см
- г. на 2 см и в сторону на 3 см
- д. на 3 см в сторону от наружного затылочного бугра

22. Для пункции переднего рога бокового желудочка необходимо ориентироваться

- а. 2 см впереди от коронарного шва и 2 см в сторону от сагиттального синуса
- б. 2 см в сторону от сагиттального синуса на уровне коронарного шва
- в. на 4 см выше ушной раковины
- г. на середине расстояния от сагиттального синуса до ушной раковины

д. на 2 см в сторону от сагиттального синуса по линии, соединяющей слуховые проходы

23. При пункции заднего рога бокового желудочка канюля вводится на глубину

а. 3-4 см

б. 5-6 см

в. 6-7 см

г. 7-8 см

д. 8-9 см

24. Глубина введения канюли при пункции переднего рога бокового желудочка составляет

а. 2-3 см

б. 2.5-3.5 см

в. 4-5 см

г. 4.5-5.5 см

д. 6-7 см

25. Резекционная трепанация показана

а. при переломе основания черепа

б. при выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме

в. при внутримозговой гематоме

г. при подострой субдуральной гематоме

д. при подострой эпидуральной гематоме

26. Костнопластическая трепанация показана

а. при эпидуральных гематомах, сочетающихся с ушибом головного мозга и отеком

б. при эпидуральных гематомах, не сочетающихся с выраженным отеком головного мозга

в. при внутримозговых гематомах

г. при обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами

д. при сочетании под- и надболоочечных гематом

27. Оптимальное соотношение линейного разреза кожи и апоневроза по отношению к диаметру трепанационного окна

а. 1 : 1

б. 1 : 1.5-2

в. 1.5 : 1

г. 1.5-2 : 1

д. 3 : 1

28. При доступе к опухолям передних отделов бокового желудочка наиболее предпочтительным разрезом коры головного мозга следует считать

а. разрез в премоторной зоне

б. разрез по гребню второй лобной извилины в зоне полей 8-9 на протяжении 3-4 см, параллельно верхнему сагиттальному синусу

в. круговую резекцию мозга соответственно верхней стенке переднего рога желудочка

г. доступ по межполушарной щели

д. разрез в моторной зоне

29. При доступе к нижнему рогу и треугольнику бокового желудочка в доминантном полушарии наиболее предпочтительным разрезом коры головного мозга следует считать

а. разрез вдоль верхней височной извилины длиной 3-4 см

б. разрез по гребню средней височной извилины

в. разрез со стороны основания головного мозга

г. субфронтально-интерламинарный доступ

д. транскалезный доступ

30. Доступами к III желудочку являются

а. субфронтально-интерламинарный

б. трансвентрикулярный

в. транскалезный

г. комбинированный супра- и субтенториальный

д. все верно

31. Для доступа к мосто-мозжечковому углу применяются все перечисленные кожные разрезы, кроме

а. срединного и парамедианного

б. дугообразного по Денди

в. косоугольного в затылочно-шейной области

32. Для доступа к задней черепной ямке срединный разрез проводится

а. параллельно средней линии на расстоянии $2/3$ от средней линии до ушной раковины

б. в затылочной области строго по средней линии, начиная сверху от точки, расположенной на 4-5 см над наружным затылочным бугром и достигая внизу остистого отростка у шейного позвонка

в. в затылочной области строго по средней линии, начиная от наружного затылочного бугра и до остистого отростка второго шейного позвонка

г. параллельно средней линии на расстоянии $1/3$ от средней линии до ушной раковины

д. строго по средней линии, начиная от точки, расположенной на 5 см над наружным затылочным бугром и заканчивая на 5 см под наружным затылочным бугром

33. Для парамедианного доступа к задней черепной ямке разрез мягких тканей проводится параллельно

а. срединной линии, отступая от нее на три сантиметра, начиная от уровня на 3-4 см выше выйной линии до уровня дужки первого шейного позвонка

б. срединной линии, на середине расстояния между сосцевидным отростком и средней линией

в. средней линии, начиная от уровня на 3-4 см выше выйной линии до уровня дужки первого шейного позвонка, на 3 см кзади от сосцевидного отростка

г. средней линии, начиная от уровня выйной линии до уровня первого шейного позвонка на 3 см кзади от сосцевидного отростка

д. средней линии отступя на 3 см

34. Разрез коры мозжечка выполняется путем

- а. вертикального разреза вдоль червя
- б. горизонтального разреза, идущего вдоль извилин мозжечка
- в. разреза, сохраняющего верхнемедиальные отделы мозжечка
- г. разреза, сохраняющего нижнемедиальные отделы мозжечка
- д. правильно б) и в)

35. Наиболее рациональными разрезами, применяемыми при рассечении червя мозжечка, являются

- а. червь рассекается по средней линии на всем протяжении
- б. по средней линии рассекается нижний и иногда средний червь
- в. поперечный разрез червя мозжечка
- г. разрез червя по границе с одним из полушарий мозжечка

36. Наиболее рациональным разрезом кожи для доступа к конвекситальной поверхности лобной доли является

- а. разрез от точки, расположенный между верхне-наружным углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода, вверх к срединно-сагиттальной линии, а затем по ней продолжается до края волосистой части головы
- б. двусторонний доступ к передней черепной ямке
- в. начиная кзади от коронарного шва и немного ниже верхней височной линии, затем кверху, заходя на 2/3 см за срединно-сагиттальную линию на противоположную сторону и поворачивая кпереди до края волосистой части
- г. разрез в височной области на уровне верхне-наружного угла глазницы, отступя кзади от края волосистой части на 0.5-1 см, и параллельно ему и заканчивается на уровне линии, которую проводят параллельно срединно-сагиттальной через середину глазницы противоположной стороны
- д. прямой разрез параллельно сагиттальной линии, отступя от нее на 5 см от края волосистой части до коронарного шва

37. Преимуществами непрерывного шва сосуда "конец в конец" являются

- а. не вызывает сужение сосуда в месте шва
- б. накладывается быстрее, чем узловым швом
- в. техника непрерывного шва проще
- г. позволяет сшивать более тонкие сосуды
- д. правильно б) и в)

38. К преимуществам узлового шва сосуда "конец в конец" относится

- а. меньшая частота тромбозов
- б. не вызывает сужения сосуда в месте шва
- в. накладывается быстрее, чем непрерывный шов
- г. техника узлового шва проще

39. Наиболее рациональным разрезом кожи для доступа к височной доле является разрез

- а. от наружного края глазницы вверх до уровня верхней височной линии, оттуда поворачивается кзади и опускается к наружному слуховому проходу

- б. от наружного затылочного бугра по сагиттальной линии кпереди, а затем перпендикулярно к наружному слуховому проходу
 - в. от наружного слухового прохода по перпендикулярно к сагиттальной линии
 - г. от середины расстояния между наружно-верхним углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода вверх до уровня верхней височной линии, оттуда разрез поворачивает кзади и опускается к заднему краю основания сосцевидного отростка
40. Частота наложения узловых швов при сшивании артерии диаметром 2 мм "конец в конец" составляет
- а. 3-4 шва
 - б. 5-6 швов
 - в. 8-12 швов
 - г. 12-16 швов
 - д. 20 швов
41. Срединно-продольный разрез для доступа к задней черепной ямке предпочтительнее использовать
- а. при удалении невринома слухового нерва и менингиомы мосто- мозжечкового угла
 - б. при патологическом очаге в области червя мозжечка
 - в. при патологическом очаге в боковой цистерне моста
 - г. при вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену
 - д. правильно б) и г)
42. Схема Кренлейна позволяет определить все перечисленные проекции, кроме
- а. роландовой борозды
 - б. сильвиевой борозды
 - в. поперечной затылочной борозды
 - г. передней ветви средней оболочечной артерии
43. Х-образные разрезы твердой мозговой оболочки наиболее целесообразно производить
- а. в задне-лобной и лобно-теменной областях
 - б. в теменной области
 - в. в височной области
 - г. в лобной области
44. К наиболее рациональным разрезам кожи для доступа к затылочной доле относится разрез
- а. от наружной бугристости затылочной кости кверху по срединной линии до уровня вершины ламбдовидного шва, а затем кнаружи и вниз к верхнему краю ушной раковины
 - б. от середины расстояния между наружно-верхним углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода, вверх до уровня верхней височной линии, а затем кзади и вниз до основания сосцевидного отростка
 - в. параллельно срединной линии на 3 см кзади от сосцевидного отростка от уровня дужки первого шейного позвонка до уровня 3-4 см выше височной линии

- г. параллельно средней линии от уровня поперечного отростка второго шейного позвонка до уровня на 4 см выше затылочного бугра, а затем кпереди дугообразно и заканчивают в средней трети линии между верхне-наружным углом глазницы и верхне-передним краем наружного слухового прохода
- д. по средней линии от уровня первого шейного позвонка до уровня на 4-5 см выше затылочного бугра
45. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области в с/з синуса является
- а. разрез по средней линии
 - б. поперечной или полукруглый линейный разрез позади коронарного шва
 - в. подковообразный разрез
 - г. бифронтальный разрез
46. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области з/з синуса является
- а. разрез по средней линии на этом уровне
 - б. поперечный разрез на середине расстояния между коронарным швом и затылочным бугром
 - в. разрез полукруглой формы, начинающийся над ушной раковиной, проходящий над ламбдовидным швом, достигающий средней линии или переходящий за нее и заканчивающийся над верхней затылочной линией
 - г. подковообразный разрез в затылочной области, основанием обращенный книзу
 - д. правильно в) и г)
47. Доступами к хиазмально-селлярной области являются
- а. лобно-височный
 - б. височный
 - в. односторонний или двусторонний субфронтальный
 - г. трансфеноидальный
48. К рентгенологическим методам, применяемым при стереотаксических операциях относят все перечисленные, кроме
- а. пневмоэнцефалографии
 - б. вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами
 - в. ангиографии
 - г. компьютерной рентгеномографии
49. Рентгенологическим ориентиром на рентгенограммах при стереотаксических операциях относятся все перечисленные, кроме
- а. верхнего края межжелудочкового отверстия
 - б. передней комиссуры
 - в. турецкого седла
 - г. межкомиссуральной линии
 - д. линии, соединяющей задний край межжелудочкового отверстия с задней комиссурой
50. При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению

- а. вентро-латеральное ядро таламуса
 - б. зубчатые ядра мозжечка
 - в. субталамическая область
 - г. латеральное гипоталамическое ядро
 - д. правильно а) и в)
51. Основными этапами операции ламинэктомии являются все перечисленные, кроме
- а. скелетирования остистых отростков позвонков с обеих сторон
 - б. скелетирования остистых отростков позвонков с одной стороны
 - в. резекции остистых отростков позвонков
 - г. резекции обеих дужек
52. Начальным этапом гемиламинэктомии является
- а. скелетирование остистых отростков с обеих сторон
 - б. скелетирование остистых отростков с одной стороны
 - в. резекция остистых отростков
 - г. резекция обеих дужек
53. Основными этапами интерламинэктомии являются
- а. скелетирование остистых отростков
 - б. отслаивание мышцы от остистых отростков и дужек
 - в. резекция дужки
 - г. иссечение желтой связки
 - д. правильно б) и г)
54. Твердая мозговая оболочка спинного мозга вскрывается преимущественно
- а. линейным разрезом
 - б. дугообразным разрезом
 - в. Х-образным разрезом
 - г. все верно
 - д. все неверно
55. Ориентация на спинном мозге основывается на следующих анатомических структурах
- а. а) арахноидальная оболочка
 - б. б) передняя спинальная артерия
 - в. в) межпозвоночные сонгмии
 - г. г) все верно
 - д. д) все неверно
56. При аневризмах передней соединительной артерии предпочтительным является
- а. односторонний лобный доступ
 - б. двусторонний субфронтальный доступ
 - в. лобно-височно-базальный доступ
 - г. лобно-височный доступ
 - д. верно все, кроме г)
57. Преимущества двустороннего субфронтального доступа при аневризмах передней соединительной артерии включают

- а. травматичность
- б. возможность широкого обнажения всей передней части артериального круга большого мозга
- в. возможность локального подхода к аневризме
- г. возможность остановки кровотечения при интраоперационном разрыве аневризмы

д. правильно б) и г)

58. При аневризмах средней мозговой артерии предпочтителен

- а. односторонний лобный доступ
- б. двусторонний субфронтальный
- в. лобно-височно-базальный
- г. лобно-височный доступ

д. верно в) и г)

59. При аневризмах задней мозговой артерии используют

- а. лобно-височно-базальный доступ
- б. лобно-височный доступ
- в. парамедианный доступ
- г. *базально-височный доступ*
- д. затылочный доступ

60. При аневризмах супраклиноидной части внутренней сонной артерии предпочтительнее

- а. височно-лобный доступ
- б. лобно-височный доступ
- в. фронтальный доступ
- г. лобно-теменной доступ
- д. все ответы правильны

61. К аневризмам основной формы оптимальным является

- а. парамедианный доступ
- б. затылочный доступ
- в. по Нафунтер-Тауну
- г. теменно-затылочный доступ
- д. все перечисленные верны

62. При операциях на плечевом сплетении применяются

- а. доступ Созон-Ярошевича
- б. задне-боковой доступ
- в. подкрыльцовый доступ
- г. трансаксиллярный доступ
- д. все перечисленные

63. При операциях на верхнем первичном стволе плечевого сплетения предпочтительны

- а. доступ Созон-Ярошевича
- б. задне-боковой доступ
- в. трансаксиллярный доступ
- г. подкрыльцовый доступ

д. правильно а) и г)

64. При операциях на нижнем первичном стволе плечевого сплетения целесообразен

- а. доступ Созон-Ярошевича
- б. задне-боковой доступ
- в. трансаксиллярный доступ
- г. подкрыльцовый доступ
- д. правильно а) и б)

65. При операциях по поводу преганглионарного поражения плечевого сплетения применяются

- а. задне-боковой доступ
- б. трансаксиллярный доступ
- в. гемиламинэктомия
- г. доступ к длинным стволам плечевого сплетения и межреберным нервам
- д. верно в) и г)

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

- а. на первичных стволах плечевого сплетения
- б. на вторичных стволах плечевого сплетения
- в. на заднебоковых входных зонах спинного мозга
- г. на симпатической нервной системе
- д. все перечисленное, кроме в)

67. На плечевом сплетении из трансаксиллярного доступа производится

- а. резекция первого ребра
- б. рассечение надплечевой связки
- в. резекция передней лестничной мышцы
- г. пересечение передней лестничной мышцы
- д. все перечисленное, кроме в)

68. При травмах плечевого сплетения могут быть выполнены

- а. невролиз
- б. невротизация
- в. эндоневролиз
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного

69. При операциях на лучевом нерве используются следующие доступы

- а. над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча
- б. от середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды
- в. от внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости
- г. по медиальному краю круглого пронатора на сгибательной поверхности предплечья по средней линии
- д. по медиальному краю сухожилия лучевого сгибателя запястья

70. При операциях на срединном нерве используются следующие доступы

- а. над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча

- б. от середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды
 - в. от внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости
 - г. по медиальному краю сухожилия лучевого сгибателя запястья
 - д. правильно, а) и г)
71. При операциях на локтевом нерве могут быть применены следующие доступы
- а. над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча
 - б. от середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды
 - в. от внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости
 - г. по медиальному краю круглого пронатора на сгибательной поверхности предплечья по средней линии
 - д. правильно а) и в)
72. При операциях на седалищном нерве наиболее целесообразны
- а. доступ по Радзиевскому
 - б. угловой разрез параллельно наружной половине паховой связки, вниз по линии, расположенной на 2 см снаружи от проекционной линии бедренной артерии
 - в. разрез в нижней трети бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы
 - г. вертикальный разрез длиной 10-12 см от бугорка лонной кости вниз по наружному краю длинной приводящей мышцы
 - д. правильно в) и г)
73. При операциях на большеберцовом нерве наиболее целесообразны
- а. разрез над сухожилием двуглавой мышцы бедра, заканчивая его несколько ниже головки малоберцовой кости
 - б. разрез из середины подколенной ямки к середине углубления между внутренней лодыжкой и пяточным сухожилием
 - в. продольный разрез по медиальной поверхности голени в н/з и с/з на 1 поперечный палец кзади от внутренней грани б/берцовой кости
 - г. срединный разрез по задней поверхности голени
 - д. правильно в) и г)
74. При операциях на малоберцовом нерве в качестве доступа наиболее целесообразен
- а. разрез в н/з бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы
 - б. вертикальный разрез длиной 10-12 см от бугорка лонной кости вниз по наружному краю длинной приводящей мышцы
 - в. над сухожилием двуглавой мышцы бедра, заканчивая несколько ниже головки малоберцовой кости
 - г. срединный разрез по задней поверхности голени
 - д. продольный разрез по медиальной поверхности голени в н/з и с/з на 1 поперечный палец кзади от внутренней грани б/берцовой кости
75. При наложении эпинеурального шва нерва предпочтительнее применять
- а. шелковую нить
 - б. атравматический шовный материал 4/0

в. атравматический шовный материал 6/0-7/0

г. атравматический шовный материал 10/0

д. кетгутовую нить

76. При наложении периневрального шва нерва предпочтительнее применять

а. шелковую нить

б. атравматический шовный материал 4/0

в. атравматический шовный материал 6/0-7/0

г. атравматический шовный материал 10/0

д. кетгутовую нить

77. При пластике нерва свободным аутооттрансплантатом применяются

а. консервированный спинной мозг животного

б. сосуд

в. кожный нерв взятый из окружающих тканей

г. латеральный кожный нерв икры

д. менее значимый крупный нервный ствол

78. Оптимальными сроками наложения шва нерва при рваных, ушибленных, загрязненных ранах являются

а. во время первичной хирургической обработки

б. через одну неделю

в. через 2-3 недели

г. через 3-4 недели

д. через 4-6 недель

79. Гипертензионный синдром характеризуется

а. головными болями в конце дня

б. утренними головными болями

в. изолированными рвотами

г. рвотами на высоте головных болей

д. правильно б) и г)

80. Нарушения сознания при внутричерепной гипертензии характеризуются

а. делириозным синдромом

б. оглушением

в. обморочным состоянием

г. корсаковским синдромом

д. правильно а) и г)

81. При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются

а. тахикардией

б. аритмией

в. брадикардией

г. всем перечисленным

д. ни одним из перечисленного

82. При внутричерепной гипертензии давление спинномозговой жидкости

а. повышается на 20 мм водного столба

б. повышается на 40 мм водного столба

в. повышается на 100 мм водного столба

- г. остается неизменным
 - д. правильно а) и г)
83. Джексоновские эпилептические припадки развиваются при поражении
- а. моторной зоны коры
 - б. премоторной области
 - в. парасагиттальных отделов
 - г. всех перечисленных локализаций
 - д. ни при одной из локализаций
84. Адверсивные эпилептические припадки развиваются при поражении
- а. моторной коры
 - б. премоторной коры
 - в. задних отделов II лобной извилины
 - г. оперкулярной области
 - д. только б) и в)
85. Первично генерализованные припадки развиваются при поражении
- а. моторной коры
 - б. премоторной области
 - в. лобно-полюсных отделов
 - г. оперкулярной зоны
 - д. всех перечисленных отделов
86. Припадки торможения речи развиваются при поражении
- а. моторной коры
 - б. премоторной коры
 - в. лобно-парасагиттальной области
 - г. оперкулярной зоны
 - д. правильно а) и б)
87. Центральный парез развивается при поражении
- а. лобно-парасагиттальной области
 - б. области передней центральной извилины
 - в. лобно-полюсных структур
 - г. мозолистого тела
 - д. все верно
88. Изолированный центральный парез лицевого нерва характерен для поражения
- а. лобно-парасагиттальной области
 - б. области Брока
 - в. префронтальной коры
 - г. лобно-полюсных отделов
89. Премоторный двигательный синдром характеризуется
- а. наличием параличей конечностей
 - б. нарушением тазовых функций
 - в. аспонтанностью
 - г. акинетическим мутизмом
 - д. правильно в) и г)
90. Экстрапирамидные симптомы при опухолях лобной доли - это

- а. крупноразмахистый тремор в конечностях
- б. мелкоразмахистый тремор в конечностях
- в. повышение тонуса в конечностях по спастическому типу
- г. повышение тонуса в конечностях по пластическому типу
- д. правильно б) и г)

91. Синдром аспонтанности включает в себя

- а. слабоумие
- б. депрессию
- в. отсутствие побуждений и безразличие к окружающему
- г. все перечисленное
- д. верно а)

92. Синдром эйфорического слабоумия включает в себя

- а. не критичность
- б. неустойчивость внимания
- в. эйфорию
- г. анозогнозию
- д. все перечисленное, кроме г)

93. Моторная афазия характеризуется

- а. отсутствием понимания речи
- б. невозможностью произношения слов
- в. скандированной речью
- г. персеверациями
- д. всем перечисленным

94. Дифференциальный диагноз опухоли лобной доли от опухоли заднечерепной локализации проводится на основании

- а. наличия гемипареза
- б. повышения тонуса в парализованных конечностях
- в. снижения тонуса в парализованных конечностях
- г. наличия атаксии
- д. всего перечисленного

95. Эпилептические припадки при поражении височной доли характеризуются всем перечисленным, кроме

- а. пароксизмальности
- б. наличия ауры
- в. фокальных судорог в конечностях
- г. снаподобных состояний
- д. верно г)

96. Эпилептическими проявлениями, характерными для левополушарной докаликации опухоли височной доли являются все перечисленные, кроме

- а. речевой ауры перед припадками
- б. вербальных галлюцинаций
- в. частых абсансов
- г. частых оральных гиперкинезов
- д. верно б)

97. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
- а. благодушия
 - б. эйфории
 - в. расторможенности
 - г. акинетического мутизма
 - д. галлюцинаций
98. Гипертензионный синдром при глиобластомах лобной доли характеризуется
- а. прогредиентностью нарастания
 - б. быстрым нарастанием с оглушением больного
 - в. частыми эпилептическими припадками
 - г. всем перечисленным
 - д. верно в)
99. Дислокационный синдром при опухолях лобной доли характеризуется
- а. снижением корнеального рефлекса с одной стороны
 - б. двухсторонним снижением роговичных рефлексов
 - в. спонтанным горизонтальным нистагмом
 - г. спонтанным вертикальным нистагмом
 - д. верно б), в)
100. Гомонимная гемианопсия развивается
- а. с полной гемианопсии
 - б. с сужения полей зрения типа неполной гемианопсии
 - в. с верхне-квадрантной гемианопсии
 - г. с нижне-квадрантной гемианопсии
 - д. правильно б) и в)
101. Сенсорная афазия характеризуется
- а. приступами торможения речи
 - б. невозможностью артикуляции
 - в. наличием словесных эмболов и парафазий
 - г. непониманием речи
 - д. правильно в) и г)
102. Нарушение письма при поражении височных структур характеризуется
- а. полной аграфией
 - б. ошибками в письме
 - в. нарушением акта писания
 - г. верно а), б)
 - д. верно б), в)
103. Нарушения чтения при поражении височных структур характеризуются
- а. невозможностью чтения
 - б. непониманием написанного
 - в. парафазии в речи
 - г. правильно б) и в)
 - д. все перечисленное
104. Нарушения счета при поражении височной доли головного мозга

- а. являются ведущим симптомом
- б. характерны для правосторонней локализации опухоли
- в. характерны для левосторонней локализации опухоли
- г. нетипичны

д. правильно в) и г)

105. Клинический синдром поражения гиппокампа включает в себя

- а. висцеро-вегетативные пароксизмы
- б. галлюцинаторный синдром
- в. психомоторные припадки
- г. соматические моторные припадки

д. все перечисленное

106. Особенности развития гипертензионного синдрома при опухолях височной доли являются

- а. разлитая цефалгия
- б. преимущественно латерализованная цефалгия
- в. частое наличие пареза III нерва

г. все перечисленное

д. ничего из перечисленного

107. Дислокационный синдром при опухолях височной доли характеризуется

- а. нарушением зрачковых реакций
- б. нарушением сердечной деятельности
- в. синдромом Парино

г. вертикальным нистагмом

д. всем перечисленным

108. При опухолях верхней теменной доли эписиндром характеризуется

- а. парестезиями в противоположных конечностях
- б. развитием судорог во всей мускулатуре противоположной стороны тела
- в. типичной слуховой аурой

г. всем перечисленным

д. только б) и в)

109. Фокальные эпилептические припадки при опухолях теменной доли характеризуются

- а. наличием судорог в руках
- б. наличием судорог в ногах
- в. адверсивными типичными проявлениями
- г. парестезиями в противоположных конечностях

д. всем перечисленным

110. Чувствительные выпадения при опухолях области задней центральной извилины

- а. локализируются в противоположных конечностях
- б. преимущественно локализируются в руке
- в. преимущественно локализируются в ноге
- г. выражаются ощущениями гиперпатии при исследовании чувствительности

д. правильно а) и г)

111. Апраксия позы - симптом характерный для поражения

а. лобной доли

б. височной доли

в. верхней теменной доли

г. нижней теменной доли

д. все верно

112. Парез в конечностях при поражении теменной доли характеризуется

а. повышением тонуса по пирамидному типу

б. повышением тонуса по экстрапирамидному типу

в. гипотонией в паретичных конечностях

г. трофическими расстройствами в паретичных конечностях

д. правильно в) и г)

113. Эпилептический синдром при опухолях нижней теменной доли характеризуется

а. слуховой аурой

б. зрительной аурой

в. клоническими судорогами в ноге

г. параксизмально возникающим астереогнозом

д. ничто неверно

114. К особенностям чувствительных выпадений при опухолях теменной доли относятся

а. наличие астереогноза

б. выпадение только температурной чувствительности

в. выпадение только глубоких видов чувствительности

г. все верно

д. верно а) и б)

115. Астереогноз - симптом, заключающийся в

а. утрате способности производить целесообразные действия

б. утрате способности правильно ориентироваться в частях своего тела

в. отсутствии возможности создать общий суммированный чувствительный образ предмета

г. отсутствии возможности узнавать предмет

д. правильно в) и г)

116. Апраксия - симптом, заключающийся

а. в утрате способности узнавать знакомые предметы

б. в утрате способности производить планомерные и целесообразные действия

в. в утрате способности писать

г. в утрате способности считать

д. верно все, кроме а)

117. Алексия и акалькулия - характерные симптомы при поражении

а. задней центральной извилины

б. передней центральной извилины

в. верхней теменной доли

г. нижней теменной доли

д. верно в) и г)

118. Психосенсорные расстройства при правополушарной локализации опухоли височной доли включают

а. грубое снижение памяти

б. часто встречающиеся обонятельные галлюцинации

в. слуховые музыкальные галлюцинации

г. аффективно-депрессивные расстройства

д. верно в) и г)

119. К особенностям клиники при доброкачественных глиомах височной доли относятся

а. раннее возникновение фокальных судорог

б. длительное существование абсонсов

в. наличие вкусовых галлюцинаций

г. ранние гипертензионные проявления

д. правильно б) и в)

120. Фотопсии - симптом типичный для поражения

а. роландовой борозды

б. островка Рейля

в. области 17 поля

г. полей 18 и 19

д. верно в) и г)

Ситуационные задачи для проведения текущего контроля и

Ситуационная задача № 1

Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга.
2. Рентгенография черепа, люмбальная пункция.
3. Лечение консервативное.

Ситуационная задача № 2

Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (упал с лестницы, ударился головой о ступеньки, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове. Объективно: В теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 6х2 см, дном раны является неповрежденная надкостница. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкоаппетитный нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Открытая травма черепа с наличием кожно-апоневротической раны теменной области, сотрясение головного мозга.
2. Рентгенография черепа, люмбальная пункция.
3. Первичная хирургическая обработка раны, консервативное лечение

Ситуационная задача № 3

Больной Л., 56 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (упал с высоты 3-го этажа). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками, выраженный менингеальный синдром. На рентгенограммах черепа определяется линейный перелом левой теменной кости. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено. При люмбальной пункции получен ликвор интенсивно окрашенный кровью, давление 240 мм водн.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа с переломом левой теменной кости, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия.
2. Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).
3. Лечение консервативное.

Ситуационная задача № 4

Больной Ю., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 1,5 часа после травмы (получил удар топором по голове). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки оди-

наковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками. В левой теменной области имеется рубленая рана размерами 8x1 см, из которой поступает кровь с примесью ликвора.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Открытая проникающая травма черепа, вдавленный перелом левой теменной кости, ушиб головного мозга.
2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.
3. Операция – ПХО вдавленного перелома.

Ситуационная задача № 5

Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (автодорожная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы I, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому контакту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемоликворея.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в передней черепной ямке, назоликворрея, ушиб головного мозга.
2. Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).
3. Лечение консервативное.

Ситуационная задача № 6

Больной А., 67 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 4 часа после травмы (падение на затылок). При поступлении: сознание угнетено до глубокого оглушения, движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы повышены справа, выраженный менингеальный синдром, двусторонние патологические стопные знаки, периферический паралич левого лицевого нерва. Объективно: подапоневротическая гематома затылочной области, отогемоликворея слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в средней черепной ямке, отоликворрея, ушиб головного мозга.
2. Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).
3. Лечение консервативное.

Ситуационная задача № 7

Больной Г., 42 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 12 часов после травмы, со слов сопровождающих, он был избит, терял сознание на несколько минут, после чего самостоятельно добрался до дома, где вновь утратил сознание. При поступлении: сознание угнетено до комы 1, левосторонний гемипарез, периодически возникают судороги в левых конечностях, анизокория за счет расширения правого зрачка, брадикардия до 40 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа со сдавлением головного мозга острой внутричерепной гематомой справа.
2. Рентгенография черепа, ЭхоЭС, компьютерная томография головного мозга.
3. Лечение хирургическое - резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.

Ситуационная задача № 8

Больной З., 22 лет на фоне полного здоровья внезапно на работе потерял сознание и упал. При поступлении: сознание угнетено до комы 1, речевому контакту недоступен, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение. Неврологически: грубой очаговой симптоматики не выявлено, выраженный менингеальный синдром.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Спонтанная субарахноидальная геморрагия.
2. Компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.
3. Лечение консервативное

Ситуационная задача № 9

Больная Ф., 67 лет на фоне гипертонического криза потеряла сознание, доставлена в клинику нейрохирургии в тяжелом состоянии, с явлениями правосторонней гемиплегии, моторной и сенсорной афазии. При ЭхоЭС выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 12 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, сдавление головного мозга острой внутримозговой гематомой.
2. Компьютерная томография головного мозга.
3. Лечение хирургическое резекционная трепанация черепа, удаление гематомы

Ситуационная задача № 10

Больной Ц., 45 лет находился на лечении в инфекционной больнице по поводу гнойного менингита. На фоне проводимого лечения состояние больного улучшалось, нормализовалась температура, санировался ликвор, но на 20-е сутки отмечено ухудшение: выросла головная боль, появился и стал нарастать правосторонний гемипарез. При осмотре глазного дна выявлены начальные застойные явления.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Постинфекционный абсцесс головного мозга.
2. Компьютерная томография головного мозга.
3. Лечение хирургическое - трепанация черепа, удаление и дренирование абсцесса

Ситуационная задача № 11

Пострадавший нырнул на мелководье, ударившись головой о дно. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в руках и ногах. Нарушилась чувствительность с уровня надплечий.

Вопросы:

1. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего?
2. Способы транспортировки.
3. План обследования.

Эталон ответа:

1. Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга.
2. Имобилизация с помощью транспортной шины ЦИТО или воротника Шанца.
3. Рентгенография шейного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Ситуационная задача № 12

Пострадавший упал с высоты 2 этажа на ноги. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в ногах. Руки интактны. Чувствительность нарушилась с уровня паховых складок.

Вопросы:

1. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего?
2. Способы транспортировки.
3. План обследования.

Эталон ответа:

1. Травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга.
2. Транспортировка на щите.
3. Рентгенография грудного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга.

Ситуационная задача № 13

Пострадавший получил удар острым предметом на уровне грудного отдела позвоночника. После травмы отмечается истечение ликвора из раны.

Вопросы:

1. К какому виду травмы относится данное повреждение позвоночника и спинного мозга?
2. Объективные методы обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Открытая проникающая травма позвоночника и спинного мозга.
2. Рентгенография грудного отдела позвоночника, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга.
3. Оперативное вмешательство – первичная хирургическая обработка проникающего ранения.

Ситуационная задача № 14

Больной К., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии через 2 часа после травмы (попал в ДТП, будучи за рулем в состоянии алкогольного опьянения). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалоб не предъявляет, двигательное возбуждение, ушибленная кожная рана левой теменной области. Неврологически: сознание на уровне оглушения, затруднение словесно-речевого контакта, горизонтальный мелкокорзинчатый нистагм при взгляде в стороны, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга слева на право, на 2 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа, кожная рана левой теменной области, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия.
2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.
3. Лечение консервативное.

Ситуационная задача № 15

Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (со слов больного – упал, поскользнувшись на землю, ударился лицом, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на спинке носа. Объективно: носовое кровотечение, искривление спинки носа. На рентгено-граммах черепа определяется перелом костей носа. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, неустойчивость в позе Ромберга, равномерное оживление сухожильных рефлексов. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга, перелом костей носа.
2. Рентгенография черепа, люмбальная пункция, осмотр ЛОР- врача.
3. Лечение консервативное, остановка носового кровотечения (тампонада).

Ситуационная задача № 16

У больного в течение двух с половиной лет отмечаются боли в пояснице. Неделю назад при подъеме с земли груза около 30 кг появилось ощущение "прострела" из поясницы в левую ногу (бедро и голень). При осмотре: хромота, анталгическая поза, в кровати лежит на правом боку, поджав левую ногу, симптом натяжения слева, коленные рефлексы одинаковы, ахиллов слева снижен, гипестезия по наружной поверхности левой голени, слабость икроножной мышцы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Поясничная остеохондроз, левосторонняя грыжа диска нижне-поясничного отдела позвоночника.
2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, КТ (МРТ), миелография.
3. Лечение хирургическое – удаление грыжи диска

Ситуационная задача № 17

У больного после резкого подъема с земли большого груза появилось ощущение "прострела" из поясницы в обе ноги. Затем в течение суток развилась слабость в стопах, снижение чувствительности в голенях и стопах по наружной поверхности, стал периодически не удерживать мочу. При осмотре: анталгическая поза, грубые симптомы натяжения с обеих сторон, коленные рефлексы снижены, ахиллов слева снижен, справа отсутствует, гипестезия по наружной поверхности голени с переходом на стопы, нижний, преимущественно дистальный, вялый парапарез, нарушения функций тазовых органов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Поясничная остеохондроз, срединная грыжа диска нижне-поясничного отдела позвоночника, нарушение функции тазовых органов.
2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, КТ (МРТ), миелография.
3. Лечение хирургическое – удаление грыжи диска

Ситуационная задача № 18

У больного два дня назад была травма головы. Жалуется на головную боль, тошноту, боль при повороте глазных яблок, светобоязнь. В неврологической симптоматике превалирует менингеальный синдром. Выполнено ликворологическое исследование. Давление ликвора 210 мм вод.ст. Визуально ликвор розовой окраски, непрозрачный. В анализе ликвора: проба Панди (–); проба Нонне-Апельта (+ +); сахар 45мг%; хлориды – 720 мг%; белок – 0,3 промиллей; цитоз – 4/3 кл/мкл; эритроциты – 5500 кл.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия.
2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга.
3. Лечение консервативное, повторные люмбальные пункции.

Ситуационная задача № 19

У больного две недели назад была открытая травма головы. В стационаре не лечился. Жалуется на повышение температуры тела, головную боль, тошноту, боль при повороте глазных яблок, светобоязнь. В неврологической

симптоматике превалирует менингеальный синдром. Выполнено ликворологическое исследование. Давление ликвора 180 мм вод.ст. В анализе ликвора: проба Панди (+); проба Нонне-Апельта (+); сахар 15 мг%; хлориды – 720 мг%; белок – 0,8 промиллей; цитоз – 750/3 кл/мкл; эритроциты – отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма черепа, ушиб головного мозга, посттравматический гнойный менингит.
2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга.
3. Антибактериальная терапия, повторные люмбальные пункции с эндолюмбальным введением антибиотиков

Ситуационная задача № 20

5-летняя девочка в течение полугода отмечает головные боли с рвотой, особенно усиливающейся по утрам. Головные боли локализуются в затылочной области. Иногда состояние ребенка, по словам родителей, ухудшается и наблюдается обострение головных болей с учащением и усилением рвоты, замедлением пульса, нерегулярностью дыхания и напряжением в конечностях. В этот момент ребенок наклоняет голову вперед и ощущает облегчение состояния. Эти ухудшения чаще возникают при резком повороте головы. Несколько позже, примерно месяца 3-4 тому назад появились пошатывания при ходьбе и невозможность стоять и сидеть.

Со стороны внутренних органов без патологии. А/Д 110 и 70 мм.рт.ст. Менингеальных знаков нет. Голова несколько наклонена вперед. Ps58 уд/мин. Глазодвигательных расстройств нет. Горизонтальный нистагм. Сглажена правая носогубная складка. Роговичные рефлексы снижены. На глазном дне – застойные диски зрительных нервов. Чувствительность всех видов сохранена. Парезов нет. Гипотония мускулатуры верхних и нижних конечностей. Сухожильные рефлексы снижены, равны. Симптом Пуссеппа слева. При закрытых глазах отмечается склонность к падению назад без попытки препятствовать этому падению. В позе Ромберга падает назад.

На R-грамме черепа: усиление сосудистого рисунка и расхождение швов. При отоневрологическом осмотре: вестибулярные изменения по субтенториальному типу.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. С чем связаны приступы ухудшения состояния пациентки?

Эталон ответа:

1. В черве мозжечка.
2. Опухоль злокачественная мозжечка, скорее всего – медуллобластома.

3. Приступы (приступы Брунса) связаны с периодическим затруднением оттока ликвора из желудочков мозга с раздражением образований дна 4 желудочка.

Ситуационная задача № 21

30-летняя пациентка за последние несколько месяцев стала отмечать нарастающие головные боли с рвотой, усиливающиеся по утрам. Одновременно заметила появление равнодушия к работе, семье, и снижение памяти. Муж дополнительно сообщил, что она стала систематически мочиться в постель.

Объективно: Сглажена левая носогубная складка. Застойные диски зрительных нервов с кровоизлияниями по краям. Координация не нарушена. Хватательный рефлекс слева. Хоботковый рефлекс. Симптом Бабинского и Маринеско-Радовичи слева. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены слева. Вялая, безынициативная, снижена критика к своему состоянию и дезориентирована в окружающем.

На ЭЭГ – медленные волны в правой лобно-височной области. Изменений на кра-ниограмме нет. При ЭХО_ЭС – смещение срединных структур головного мозга справа на лево на 5 мм.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Чем объяснить отсутствие изменений на краниограмме при наличии изменений на глазном дне.

Эталон ответа:

1. Правая лобная доля.
2. Злокачественная опухоль типа глиобластомы, на это указывает быстрое нарастание очаговой и общемозговой симптоматики с прогрессирующим распадом личности.
3. Злокачественный процесс имеет настолько быстрое течение, что изменения на краниограмме не успевают развиваться

Ситуационная задача № 22

Пациентка жалуется на шум в левом ухе и понижение слуха на левое ухо. Год назад появились пошатывание при ходьбе и головная боль с тошнотой. Онемение в левой половине лица.

Объективно: Начальные застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный нистагм с быстрым компонентом влево. Слева отсутствует роговичный рефлекс. Слегка опущен левый угол рта, атрофия жевательных мышц слева, резко снижен слух на левое ухо. Нарушен вкус на передних 2/3 языка. Парезов и патологических рефлексов нет. Прицельные снимки пирамид височной кости по Стенверсу показывают расширение внутреннего слухового прохода слева.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?

2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Все ли необходимые обследования проведены.

Эталон ответа:

1. В левом мостомозжечковом углу.
2. Опухоль (невринома слухового нерва слева), что подтверждается поражением 6, 7, 8 нервов слева и левосторонней полушарной мозжечковой симптоматикой.
3. Больной показана КТ, МРТ головного мозга.

Ситуационная задача № 23

Пациент за последние 6 месяцев отмечает слабость в ногах, больше слева и онемение в теле и правой ноге. Считает себя больным в течение 2-3 лет. В начале была боль в грудной клетке опоясывающего характера, которая после приема анальгетиков уменьшалась. Пациент отмечает нарастающую слабость в левой ноге и онемение в правой ноге и туловище.

Объективно: Спастический парез левой ноги, с повышением коленного и Ахиллова рефлекса и наличием пирамидных знаков (Симптом Бабинского и Россолимо), с клонусом левой стопы. Нарушена чувствительность с уровня 10 грудного сегмента справа.

При люмбальной пункции на боку давление ликвора 120 мм. Вод. Ст. Белок-3,2 г/л, ксантохромия. Цитоз – 3 кл в 1 мкл.

На рентгенограмме грудного отдела позвоночника – деструкция дужек 6-7 позвонков (Симптом Эльсберга-Дайка). При нисходящей миелографии отмечена остановка кон-траста на уровне 6 грудного позвонка.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. В верхнегрудном отделе позвоночника
2. Экстрamedулярная опухоль спинного мозга с развитием синдрома Броун-Секара.
3. С интрамедуллярной опухолью спинного мозга.

Ситуационная задача № 24

У пациента в течение 10 месяцев отмечалась стреляющая боль по задней поверхности правой голени и наружной поверхности правой стопы. Затем боль распространилась на левую ногу, область промежности и заднего прохода. Вместе с болью выросла слабость мышц в правой голени и стопе.

Объективно: свисание правой стопы, атрофия и гипотония мышц правой голени, коленные рефлексы живые, равномерные, Ахиллов - справа отсутствует, слева – ослаблен. Снижение чувствительности в зоне иннервации L5 и S1 корешков справа. Нарушения мочеиспускания.

При люмбальной пункции ликвор ксантохромный с образованием в пробирке ступка, белок – 7,8 г/л, цитоз 2 кл в 1 мкл, резко положительны реакции Панди и Альперта. После люмбальной пункции появился вялый паралич правой ноги и парез левой ноги. На рентгенограмме позвоночника – без патологии.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. На уровне конуса спинного мозга в месте отхождения корешков.
2. Опухоль конского хвоста, что подтверждается характером развития процесса, данными, полученными при люмбальной пункции, отсутствием изменений на рентгенограммах позвоночника.
3. Остеохондроз позвоночника с грыжей межпозвонкового диска.

Ситуационная задача № 25

У 9 летней девочки, после внутримышечной инъекции гентамицина в правую ягодицу, которую неделю тому назад произвела ей мама, появились жалобы на боль в месте инъекции, жжение и боль в правой голени, слабость в правой стопе. Объективно: имеется боль при пальпации правой ягодицы в месте выхода седалищного нерва, с иррадиацией по ходу нерва, снижен коленный рефлекс и угнетен Ахиллов, правая стопа отекая, свободно свисает, отсутствует тыльное сгибание стопы, определяется нарушение всех видов чувствительности на стопе по типу носка.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

Эталон ответа:

1. В месте выхода седалищного нерва посередине ягодицы
2. Ятрогенное поражение правого седалищного нерва, постъинъекционный неврит правого седалищного нерва, периферический парез правой стопы.
3. Показано консервативное лечение: витамины, массаж, физиолечение

Ситуационная задача № 26

Больной Ж, 45 лет, полгода тому назад упал, поскользнувшись на льду, получил закрытый оскольчатый перелом левой плечевой кости в верхней трети. В травм. пункте была произведена репозиция и наложена иммобилизация гипсовой лонгетой. После снятия гипса больной заметил, что левая кисть свисает, пальцы в полусогнутом состоянии. Отсутствует чувствительность на тыльной поверхности предплечья и кисти в области 1, 2 и частично 3 пальцев. Отсутствует разгибание первых фаланг пальцев.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

Эталон ответа:

1. В верхней трети левой плечевой кости в месте перелома.
2. Травматическое повреждение правого лучевого нерва в верхней трети плеча.
3. Показано оперативное лечение, ревизия места перелома с невролизом лучевого нерва.

Ситуационная задача № 27

Больной 78 лет доставлен в клинику нервных болезней из дома. Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе - длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт. ст. При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, ритмичный. Уровень сознания оглушение - неглубокий сон. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева слева, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с пlegией в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа. Выявить координаторные и чувствительные нарушения невозможно из-за отсутствия должного контакта с больным. При поясничном проколе получен красный мутный ликвор, равномерно окрашенный кровью в 3-х пробирках (цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок - 0,66 мг %). В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз. На КТ в лобной области левого полушария выявляется область высокой плотности.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Эталон ответа:

Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса об оперативном лечении.

До консультации проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, назначение антиоксидантных и хелатирующих препаратов.

Ситуационная задача № 28

Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая

болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты. При осмотре: состояние очень тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания - кома. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована кнаружи. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях. При поясничном проколе получен красный, мутный ликвор, равномерно окрашенный во всех 3-х пробирках (цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %). На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Эталон ответа:

Геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга с прорывом крови в желудочки.

Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, антиоксидантные и хелатирующие препараты.

Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

Ситуационная задача № 29

Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в левых конечностях. Заболел остро сегодня утром, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт. ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нерва слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптом Бабинского слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева. При поясничном проколе: ликвор бесцветный, прозрачный, давление 160 мм водного столба, цитоз - 3 лимфоцита, белок – 0,33 мг %. На МРТ на 4-ые сутки после заболевания в правой теменно-височной области определяется

зона с сигналом повышенной и пониженной интенсивности сигнала на T1 и T2-взвешенных изображениях соответственно.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного

Эталон ответа:

Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии), предположительно вследствие тромбоэмболии из левого желудочка сердца.

В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротекция. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов

Ситуационная задача № 30

Больной 63 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома. Со слов родственников известно, что заболел остро сегодня днем, когда внезапно упал, отмечалась кратковременная потеря сознания, одновременно с этим выявлена слабость в левых конечностях. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью - 160/90 мм рт. ст. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с повышением цифр артериального давления до 170/100 мм рт. ст., постоянная форма мерцательной аритмии (давность не известна). При осмотре: состояние тяжелое, на осмотр реагирует, вступает в речевой контакт, однако быстро истощается. Ориентирован в пространстве и времени. Менингеальных симптомов нет. Центральные парезы лицевого и подъязычного нервов слева, левосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом и рефлексами, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипостезия. При поясничном проколе, проведенном в день поступления, ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз - 5 лимфоцитов, белок - 0,33 мг %. На 5-ые сутки пребывания в стационаре на фоне подъема артериального давления до 200/100 мм рт. ст. состояние больного ухудшилось: narosли расстройства сознания до уровня сопора, появилась ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа. В цереброспинальной жидкости после ухудшения состояния больного отмечается примесь крови во всех 3-х пробирках. После центрифугирования надсадочная жидкость ксантохромная, мутная, эритроциты покрывают все поле зрения. На КТ, выполненной через 24 часа после ухудшения состояния, на фоне обширной зоны низкой плотности в правой лобно-теменно-височной долях выявляются очаги высокой плотности.

Поставьте диагноз.

Объясните причину ухудшения состояния больного.

Эталон ответа:

Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии). Ухудшение состояние обусловлено развитием вторичного кровоизлияния в область ишемического очага. В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии.

Нейропротективная терапия. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов. После развития геморрагического инфаркта назначение препаратов, укрепляющих сосудистую стенку (дицинон).

Ситуационная задача № 31

Больной 56 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома с жалобами на двоение, онемение правой половины лица, неуверенность в правых и слабость в левых конечностях. Вышеуказанные жалобы развились сегодня на протяжении нескольких часов. Девять месяцев тому назад больной перенес ишемический инсульт в правом полушарии в области зрительного бугра с почти полным регрессом неврологических расстройств (сохранялись незначительные нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу слева). В анамнезе артериальная гипертензия в течение 10 лет с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. (адаптирован к 140-150/80 мм рт. ст.), сахарный диабет II типа, выявленный 5 лет назад. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявляется. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, нарушение поверхностной чувствительности на лице справа по внутренней "скобке Зельдера", легкое расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, анизокория: правый зрачок шире левого, прямая реакция на свет правого зрачка снижена, сглаженность морщин на правой половине лба, лагофтальм справа. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов в руке и 3 баллов в ноге, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями, незначительное отклонение вправо в пробе Ромберга. В течение последующих дней состояние больного ухудшалось: выросли очаговые симптомы до левосторонней гемиплегии, появились нарушения глотания и расстройства сознания (глубокий сон - кома). На МРТ выявляется зона сигнала повышенной интенсивности в области правой ножки мозга с переходом на варолиев мост и продолговатый мозг.

Поставьте диагноз.

Чем обусловлено ухудшение состояния?

Эталон ответа:

Повторный ишемический инсульт в стволе головного мозга с вовлечением левой ножки мозга, варолиева моста и продолговатого мозга. Ухудшение состояния больного обусловлено распространением очага на мост и продолговатый мозг

7.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Шкала оценивания
Текущий контроль успеваемости			
Реферат	<p>Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение содержания и результатов индивидуальной учебно-исследовательской деятельности. Автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p> <p>Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, список использованной литературы. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.</p>	Темы рефератов	Двухбалльная/четырёхбалльная шкала
Тест	<p>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.</p> <p>В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется 	Фонд тестовых заданий	

	<p>выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде. Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил;</p> <ul style="list-style-type: none"> - открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»); - установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие; - установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз. 		
Промежуточная аттестация			
Зачет	Форма проверки знаний, умений и навыков, приобретенных обучающимися в процессе усвоения учебного материала лекционных, практических и семинарских занятий по дисциплине.	Вопросы к зачету	Двухбалльная шкала

Требования к написанию реферата.

Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение содержания и результатов индивидуальной учебно-исследовательской деятельности. Автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.

Реферат должен быть структурирован (по главам, разделам, параграфам) и включать разделы: введение, основную часть, заключение, список использованной литературы. Объем реферата 15-20 стр. печатного текста. В зависимости от тематики реферата к нему могут быть оформлены приложения, содержащие документы, иллюстрации, таблицы, схемы и т.д.

Его задачами являются:

1. Формирование умений самостоятельной работы с источниками литературы, их систематизация.
2. Развитие навыков логического мышления.
3. Углубление теоретических знаний по проблеме исследования.

При оценке реферата используются следующие критерии:

- ✓ Новизна текста;
- ✓ Обоснованность выбора источника;
- ✓ Степень раскрытия сущности вопроса;
- ✓ Соблюдение требований к оформлению.

Критерии оценивания реферата:

«отлично»	Выполнены все требования к написанию и защите реферата, обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
«хорошо»	Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.
«удовлетворительно»	Имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь

	частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Требования к выполнению тестового задания.

Тестирование является одним из основных средств формального контроля качества обучения, это система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.

В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:

- закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде. Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил;
- открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»);
- установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие;
- установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз.

Критерии оценки знаний при проведении тестирования

«отлично»	Выставляется при условии правильного ответа 90-100% тестовых заданий
«хорошо»	Выставляется при условии правильного ответа 75-89% тестовых заданий
«удовлетворительно»	Выставляется при условии правильного ответа 60-74% тестовых заданий

«неудовлетворительно»	Выставляется при условии правильного ответа менее 59% и меньше правильных ответов тестовых заданий
-----------------------	--

Критерии оценки знаний при проведении зачета

Зачет – это форма проверки знаний, умений и навыков, приобретенных обучающимися в процессе усвоения учебного материала лекционных, практических и семинарских занятий по дисциплине.

Оценка **«зачтено»** выставляется студенту, который:

- прочно усвоил предусмотренный программный материал;
- правильно, аргументировано ответил на все вопросы, с приведением примеров;
- показал глубокие систематизированные знания, владеет приемами рассуждения и сопоставляет материал из разных источников: теорию связывает с практикой, другими темами данного курса, других изучаемых предметов
- без ошибок выполнил практическое задание.

Обязательным условием выставленной оценки является правильная речь в быстром или умеренном темпе.

Дополнительным условием получения оценки «зачтено» могут стать хорошие успехи при выполнении самостоятельной и контрольной работы, систематическая активная работа на семинарских занятиях.

Оценка **«не зачтено»** Выставляется студенту, который не справился с 50% вопросов и заданий билета, в ответах на другие вопросы допустил существенные ошибки. Не может ответить на дополнительные вопросы, предложенные преподавателем. Целостного представления о взаимосвязях, компонентах, этапах развития культуры у студента нет.

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Литература

8.1. Основная литература

1. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия. В 2-х т. Т. 2. Нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник для студентов мед. вузов / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 408 с.

8.2 Дополнительная литература

1. Нейрохирургия. Лекции, семинары, клинические разборы. Т. 1 [Электронный ресурс]: руководство для врачей / под ред. О.Н. Древалю - М.: Литтерра, 2015. - 616 с.
2. Нейрохирургия. Лекции, семинары, клинические разборы. Т. 2 [Электронный ресурс]: руководство для врачей / под ред. О.Н. Древалю - М.: Литтерра, 2015. - 864 с.
3. Латышева, В.Я. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.Я. Латышева, Б.В. Дривотинов, М.В. Олизарович. - Минск: Вышэйшая школа, 2013. - 512 с. -

4. Можаяев, С.В. Нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник / С.В. Можаяев, А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 480 с.
5. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: клинические рекомендации / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гех - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 368 с.

8.3. Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. <http://window.edu.ru/window/library> (Федеральный портал. Российское образование);
2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.government.ru>
3. <http://science.viniti.ru/> (информационные ресурсы научного портала ВИНТИ, раздел медицина);
4. <http://www.webmedinfo.ru/library/hirurgija.php> (Электронные ресурсы по хирургии библиотеки медицинского образовательного портала).
5. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.garant.ru/>
6. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU – Режим доступа: <http://elibrary.ru/>
7. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: <http://window.edu.ru/>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Дисциплина осваивается посредством лекций, практических занятий и самостоятельной работы. Темы лекций, их краткое содержание показаны в разделе 5.3. лекции проводятся с использованием приемов актуализации знаний, полученных при изучении дисциплин учебного плана специальности и направлены на развитие познавательной деятельности обучающихся. Для освоения содержания лекционного материала и получения новых более глубоких знаний, обучающийся должен, проработав имеющиеся конспекты, составить краткий план, подготовить вопросы (в устной или письменной форме), необходимые для проведения практического занятия и вынесенные на самостоятельное изучение.

Практические занятия, их наименование и объем в часах

№ п/п	№ раздела дисциплины	Наименование практических работ	Объем в часах
12 семестр			
1.	Введение в нейрохирургию. История нейрохирургии. Методы исследования и обследования нейрохирургических больных	Нейрохирургия. Разделы нейрохирургии. Неврологический осмотр. Шкала комы Глазго. Диагностика в нейрохирургии.	2

2.	Нейрохирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга	Сосудистая нейрохирургия. Крово-снабженные головного мозга (Виллизиев круг). Геморрагический и ишемический инсульт (виды кровоизлияний, показания и противопоказания к оперативному лечению). Артериальные аневризмы головного мозга. Артериовенозная мальформация. Коротидно-кавернозное соустье	2
3.	Нейроонкология.	Нейроонкология. Классификация опухолей ЦНС по ВОЗ. Клиника онкологических заболеваний головного мозга и спинного мозга. Диагностика. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного лечения.	2
4.	Травматические поражения нервной системы.	Черепно-мозговая травма. Классификация ЧМТ. Ушибы головного мозга. Внутричерепные гематомы (эпидуральная, субдуральные, внутримозговые). Переломы свода и основания черепа. Показания к оперативному лечению.	2
5.	Функциональная нейрохирургия,	Позвоночно-спинномозговая травма. Классификация. Неврологический осмотр больных с ПСМТ. Клиника. Диагностика. Лечение.	2

6.	Функциональная нейрохирургия,	Хирургические аспекты болевых синдромов.	2
	Итого:		12

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

10.1 Перечень необходимого программного обеспечения

Наименование программного обеспечения, производитель

Microsoft Office Word 2015

Adobe Reader 9

K-Lite Codec Pack, Codec Guide

OCWindows7, Microsoft Corp.

7-zip.org

Офисный пакет WPSOffice

10.2 Перечень необходимых информационных справочных систем:

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронно-библиотечным системам:

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента». Коллекции: Медицина. Здравоохранение (ВПО), ГЭОТАР-Медиа. Премиум комплект <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Электронная библиотечная система «ZNANIUM.COM» <http://www.znanium.com>
3. Электронно-библиотечная система IPR BOOKS <http://www.iprbookshop.ru>
4. Консультант Плюс – справочная правовая система <http://consultant.ru>
5. Научная электронная библиотека (НЭБ) <http://www.elibrary.ru>
6. Киберленинка <http://cyberleninka.ru>
7. Национальная электронная библиотека <http://www.нэб.рф>.
8. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» <http://www.studentlibrary.ru/>

11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Номер аудитории	Наименование помещений для проведения всех видов учебной деятельности, предусмотренных учебным планом, в том числе помещения для самостоятельной работы, с указанием перечня основного оборудования, учебно-наглядных пособий и используемого программного обеспечения	Адрес (местоположение) помещений для проведения всех видов учебной деятельности, предусмотренных учебным планом
Каб. № 18	Учебная аудитория 18 1.Комплект мультимедийного оборудования: - моноблок DELL; - мультимедиа-проектор NEC NP100; - Интерактивная доска Projecta Pro View; 2. Комплект учебной мебели на 30 посадочных мест.	357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25
Каб. № 431	Кабинет 431 Ордinatorская нейрохирургического отделения 1. Светильник диагностический передвижной – 3 шт.; 2. Светильник медицинский – 3 шт.; 3. Облучатель - рециркулятор бактерицидный настенный – 7 шт.; 4. Шкаф для медикаментов – 3 шт.; 5. Шкаф медицинский – 2 шт.; 6. Столик манипуляционный СМ 548-МСК – 2 шт.; 7. Стерилизатор ГК-100-3М (паровой) – 3 шт.; 8. Стерилизатор ГК-100-3М (паровой) – 4 шт.; 9. Монитор пациента Sure Signs VM6 – 3 шт.	357108, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Павлова, 5

Особенности организации обучения по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

при необходимости осуществляется кафедрой на основе адаптированной рабочей программы с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

2. В целях освоения учебной программы дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

- выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;

3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:

- возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры. В случае невозможности беспрепятственного доступа на кафедру организовывать учебный процесс в специально оборудованном классе

3. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

4. Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории студентов	Формы
---------------------	-------

С нарушением слуха	- в печатной форме; - в форме электронного
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом; - в форме электронного документа;
С нарушением опорно-двигательного аппарата	- в печатной форме; - в форме электронного документа;

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

5. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине.

5.1 Перечень фондов оценочных средств, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья

Категории студентов	Виды оценочных средств	Формы контроля и оценки результатов обучения
С нарушением слуха	тест	Преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С нарушением опорно-двигательного аппарата	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

Обучающимся с относящимся к категории инвалидов и лиц, с ограниченными возможностями здоровья увеличивается время на подготовку ответов к зачёту, разрешается подготовка к зачету с использованием дистанционных образовательных технологий.

5.2 Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями.

Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;

- в форме аудиофайла. Для лиц с нарушениями слуха:
- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) обеспечивается выполнение следующих дополнительных требований в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся:

1. инструкция по порядку проведения процедуры оценивания предоставляется в доступной форме (устно, в письменной форме, устно с использованием услуг сурдопереводчика);

2. доступная форма предоставления заданий оценочных средств (в печатной форме, в печатной форме увеличенным шрифтом, в форме электронного документа, задания зачитываются ассистентом, задания предоставляются с использованием сурдоперевода);

3. доступная форма предоставления ответов на задания (письменно на бумаге, набор ответов на компьютере, с использованием услуг ассистента, устно).

При необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) может проводиться в несколько этапов.

Проведение процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья допускается с использованием дистанционных образовательных технологий.

6. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины.

Для освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья предоставляются основная и дополнительная учебная литература в виде электронного документа в фонде библиотеки и / или в электронно-библиотечных системах. А также предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

7. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под

индивидуальной работой подразумевается две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием средств обучения общего и специального назначения:

- лекционная аудитория - мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха); источники питания для индивидуальных технических средств;

- учебная аудитория для практических занятий (семинаров) мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха);

- учебная аудитория для самостоятельной работы - стандартные рабочие места с персональными компьютерами; рабочее место с персональным компьютером, с программой экранного доступа, программой экранного увеличения и брайлевским дисплеем для студентов с нарушением зрения.

В каждой аудитории, где обучаются инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья, должно быть предусмотрено соответствующее количество мест для обучающихся с учётом ограничений их здоровья.