


| | | |
|---|-------|---|
| Ульяновский государственный университет | Форма |  |
| Ф-Рабочая программа дисциплины | | |



УТВЕРЖДЕНО
 решением Ученого совета Института
 Медицины, Экологии и Физической Культуры УлГУ
 от «17» мая 2023 г., протокол № 9/250
 Председатель В.И. Мидленко
подпись /расшифровка подписи
 « 17 » мая 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

| | |
|-----------|--|
| Факультет | Последипломного медицинского и фармацевтического образования |
| Кафедра | Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации |
| Курс | 2 |

Специальность **31.08.56 «НЕЙРОХИРУРГИЯ»**
 Форма обучения очная

Дата введения в учебный процесс УлГУ: 01.09.2023г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20____ г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20____ г.

Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № _____ от _____ 20____ г.

Сведения о разработчиках:

| ФИО | Кафедра | Должность, ученая степень, звание |
|---------------|---|-----------------------------------|
| Мидленко А.И. | Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации. | Профессор, д.м.н., профессор |

| |
|--|
| СОГЛАСОВАНО |
| Заведующий выпускающей кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации |
|  |
| /Машин В.В./ <i>подпись</i> /расшифровка подписи |
| «17» мая 2023г. |

1. Цели и задачи

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Государственная итоговая аттестация выпускников факультета ПМФО УлГУ, завершающих обучение, является обязательной.

Государственная итоговая аттестация выпускников ординатуры факультета ПМФО УлГУ проводится по окончании полного курса обучения по соответствующим специальностям и заключается в определении соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования с последующей выдачей диплома о послевузовском профессиональном образовании (ординатура) государственного образца и сертификата специалиста государственного образца.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по основной профессиональной образовательной программе высшего образования 31.08.56 «НЕЙРОХИРУРГИЯ».

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Приобретение профессиональных знаний и умений.
2. Формирование у обучаемого клинического мышления.
3. Овладение практическими навыками и компетенциями.

2. Место в структуре ОПОП

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.56 Нейрохирургия относится к Блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации «Врач-нейрохирург».

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

3. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности

Государственная итоговая аттестация призвана определить степень освоения следующих компетенций выпускников ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 года № 1099:

Универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке,

установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3) .

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями:**

профилактическая деятельность:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровьем и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора; медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых, подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Форма проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия проводится в форме государственного экзамена. Государственный экзамен проходит в три этапа:

- тестовый контроль;
- оценка практических навыков;
- собеседование.

5. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации (ФОС ГИА)

Целью создания ФОС ГИА является установление соответствия уровня подготовки выпускника ординатуры и оценки степени соответствия сформированных компетенций требованиям основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) ординатуры.

ФОС ГИА, входящий в состав ОПОП включает в себя:

- формируемые в процессе освоения ОПОП компетенции;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, описание шкал оценивания;
- примерные вопросы к собеседованию;
- тестовые задания;
- формулировка практических навыков.

5.1 Требования к результатам освоения ОПОП

| № п/п | Индекс компетенции | Содержание компетенции (или ее части) | Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций | | |
|-------|--------------------|--|---|--|--|
| | | | знать | уметь | владеть |
| | УК-1 | готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | теоретические основы нервной деятельности, механизмы абстрактного мышления при формулировании диагноза и показаний для операций в нестандартных случаях в нейрохирургии; | -организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез) в нейрохирургии ; | -методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления в нейрохирургии ; |
| | УК-2 | готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | - Системы управления и организацию труда в нейрохирургии. - должностные обязанности врача-нейрохирурга, заведующего отделением нейрохирургии врача-нейрохирурга - Медицинскую этику и деонтологию в нейрохирургии. | - Организовать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений, включая организацию работы с кадрами в нейрохирургии . | - Методами организации гигиенического образования и воспитания населения в области нейрохирургии . Системами управления и организации труда в нейрохирургии |
| | УК-3 | готовностью к участию педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, | цели, принципы, формы, методы обучения и воспитания | отбирать адекватные целям и содержанию технологии, формы, методы и средства обучения и воспитания | планировать цели и содержание обучения и воспитания в соответствии с государственным образовательным стандартом, учебным планом и программой |

| | | | | | |
|--|------|--|--|--|---|
| | | <p>имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p> | | | |
| | ПК-1 | <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> | <p>- методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья в нейрохирургии, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии нейрохирургических заболеваний</p> | <p>применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития нейрохирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в нейрохирургии ; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях.</p> | <p>- методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии нейрохирургических заболеваний; основами профилактических мероприятий по предупреждению нейрохирургических заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки проектов и</p> |

| | | | | | |
|--|------|--|--|---|--|
| | | | | | программ |
| | ПК-2 | Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | - Требования для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения нейрохирургических больных | Самостоятельно организовывать профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию нейрохирургических больных - Составлять отчетные формы о количестве нейрохирургических больных прошедших диспансеризацию | - Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и нейрохирургических больных - Осуществлять диспансерное наблюдение нейрохирургических больных |
| | ПК-3 | готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | использовать знания по проведению противоэпидемических мероприятий | методами, обеспечивающими защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях |
| | ПК-4 | Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | - Методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления. - Методики сбора, статистической | Вычислять и оценивать основные демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения. - Вычислять и оценивать уровень и структуру | - Навыками вычисления и оценки основных демографических показателей, характеризующих состояние здоровья населения. - Навыками вычисления и оценки уровня |

| | | | | | |
|--|------|---|--|---|--|
| | | | <p>обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ведущие медико-демографические показатели, характеризующие общественное здоровье, определение и уровень в динамике. - Структуру причин и уровни смертности. - Показатели заболеваемости и инвалидности, определение, характеристики, уровень и структуру. - Основные показатели работы медицинской организации. | <p>заболеваемости, смертности и.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вычислять и оценивать показатели, характеризующие заболеваемость с временной утратой трудоспособности. <p>Вычислять и оценивать показатели, характеризующие деятельность медицинских организаций</p> | <p>и структуры заболеваемости, смертности.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Навыками вычисления и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций. |
| | ПК-5 | <p>готовность к диагностике нейрохирургических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> | <p>Симптоматологию нейрохирургических заболеваний и травмы центральной и периферической нервных систем. Дифференциально-диагностическую значимость отдельных симптомов и синдромов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Современную классификацию болезней и причин смерти; - Правила | <ul style="list-style-type: none"> - Провести всестороннее клиническое обследование больного и определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния пациента, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования (консультации других | <p>современными методами диагностики нейрохирургических заболеваний</p> |

| | | | | | |
|--|------|---|---|--|--|
| | | | оформления клинического диагноза; - Особенности течения нейрохирургическ их заболеваний в зависимости от пола, возраста и сопутствующих соматических заболеваний. Особенности течения атипичных форм нейрохирургическ их заболеваний. | специалистов, лабораторные и инструменталь ные исследования). Установить клинический и окончательный диагноз. - Установить показания или противопоказа ния к хирургическом у вмешательству. | |
| | ПК-6 | готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи | - принципы подготовки к операции и ведение послеоперационн ого периода; - применение физиотерапии и восстановительно го лечения, показания и противопоказания к санаторно- курортному лечению; - принципы рационального питания нейрохирургическ их больных; - оборудование и оснащение операционных палат и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях; | - определить показания к госпитализаци и и организовать ее; обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказа ния к операции; разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; определить группу крови и резус- принадлежност ь, выполнить внутривенное переливание или внутриартериа | комплексным консервативны м лечением хронических нейрохирургич еских заболеваний; - Методикой выполнения экстренных оперативных вмешательств при основных нейрохирургич еских заболеваниях и травмах центральной и периферическо й нервных систем. Выбор метода обезболивания. Медикаментоз ную терапию и ведение до- и послеоперацио нного периода; методами профилактики осложнений и лечения осложнений нейрохирургич еских |

| | | | | | |
|--|------|--|---|--|---|
| | | | | <p>льное нагнетание крови;</p> <ul style="list-style-type: none"> - обосновать наиболее целесообразную тактику операции при данной нейрохирургической патологии и выполнить ее в необходимом объеме; - обосновать методику обезболивания; разработать схему послеоперационного ведения больного, профилактики послеоперационных осложнений (пневмонии, тромбоза и др.) и реабилитации; | заболеваний и травм. |
| | ПК-7 | готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации | основы оказания различных видов медицинской помощи поражённому населению; основы организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного времени; организацию и порядок проведения | квалифицированно использовать медицинские средства защиты; проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях мирного времени; | навыками реанимационных стандартов в виде искусственного дыхания, закрытого массажа сердца, а также транспортной иммобилизации, наложения и контроля жгута, способами остановки кровотечения, противошоковым мероприятием |

| | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|
| | | | эвакуации населения и лечебных учреждений; | | |
| | ПК-8 | Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении | Применить природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении. | Назначения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении |
| | ПК-9 | Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | нормативные акты в области охраны здоровья граждан и профилактики нейрохирургических заболеваний; -современные технологии обучения пациентов; | организовать школу здоровья по разным направлениям нейрохирургических заболеваний; - подготовить методический материал для обучения пациентов с нейрохирургической патологией; - организовать учебный процесс; | индивидуальными и групповыми методами консультирования нейрохирургических пациентов; - современными методами обучения нейрохирургических пациентов; - нормативной и распорядительной документацией |
| | ПК-10 | готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях | системы здравоохранения (государственная система здравоохранения, система медицинское страхование и др.). Основные принципы организации | организовать деятельность медицинской организации и их структурных подразделений в соответствии с действующим законодательством. | Алгоритмом организации диспансерного наблюдения декретированных контингентов населения и пациентов с хроническими заболеваниями. |

| | | | | | |
|--|-------|---|---|--|--|
| | | | <p>первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и неотложной помощи; структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь различным группам населения. Международный опыт организации и управления здравоохранением . Основные принципы организации лекарственного обеспечения населения</p> | | |
| | ПК-11 | <p>Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p> | <p>Методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций. Методы оценки качества медицинской помощи в медицинской организации и деятельности медицинского персонала. Вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности</p> | <p>Оценить результаты деятельности и качество оказания медицинской помощи врача нейрохирурга на основе медикостатистических показателей. Применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для</p> | <p>Методами оценки качества медицинской помощи</p> |

| | | | | | |
|--|-------|--|---|--|--|
| | | | | выбора адекватных управленческих решений. Анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач | |
| | ПК-12 | готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации | основы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способы и средства защиты населения, больных, медицинского персонала и имущества медицинских учреждений и формирований в чрезвычайных ситуациях мирного времени; | оценивать радиационную и химическую обстановку; определять по индивидуальным дозиметрам дозы облучения и прогнозировать по полученным данным возможную степень тяжести лучевой болезни | навыками использования медицинского имущества, находящегося на обеспечении службы медицины катастроф; навыками по использованию медицинских средств защиты при угрозе применения оружия массового поражения или ЧС |

5.2 Паспорт фонда оценочных средств ГИА

| № п/п | Контролируемые этапы (разделы) | Индекс контролируемой компетенции (или ее части) | Оценочные средства | | Технология оценки (способ контроля) |
|-------|--------------------------------|---|---|------------|---------------------------------------|
| | | | наименование | №№ заданий | |
| 1 | Общетеоретические знания | УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 | Тестовые задания | | тестирование |
| 2 | Практические навыки | ПК-4, ПК-5, ПК-8 | Задания для проверки практических навыков | | Оценка правильности выполнения навыка |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|--|-------------------------|-------|---------------|
| 3 | Специальные знания и умения | УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8 | Вопросы к собеседованию | 1-173 | собеседование |
|---|-----------------------------|--|-------------------------|-------|---------------|

5.3 Оценочные средства для ГИА

5.3.1 Вопросы к государственному экзамену

| Индекс компетенции | № задания | Формулировка вопроса |
|---|-----------|--|
| УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 | 1-173 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Альтернирующие параличи при поражении моста мозга. 2. Альтернирующие параличи при поражении продолговатого мозга. 3. Альтернирующие параличи при поражении среднего мозга. 4. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования. Формы нарушений сознания. Деструктивные и метаболические комы. 5. Атаксии, клинические характеристики и различия. 6. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы. 7. Варианты изменения мышечного тонуса, клиническое значение. 8. Вегетативные (автономные) синдромы. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный синдром. Психовегетативный синдром. 9. Виды нарушения походки. 10. Внутренняя капсула. Синдромы внутренней капсулы. 11. Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия, деменция. 12. Синдромы лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга. 13. Геморрагический инсульт, классификация. 14. Гипоталамические синдромы. Клинические варианты, синдромология, 15. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения 16. Дислокационные мозговые синдромы. Клиническая характеристика. 17. Значение исследования глазного дна в клинике нервных болезней и нейрохирургии. Варианты изменений глазного дна. 18. Зрачковый рефлекс и признаки его поражения; виды и причины анизокории; синдром Аргайла Робертсона, синдром Эйди. 19. Зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях. 20. Интракраниальный гипертензионный синдром, характеристика. Лекарственная коррекция. |

| | |
|--|---|
| | <p>21. Дислокационные мозговые синдромы.</p> <p>22. Исследование цереброспинальной жидкости, изменения цереброспинальной жидкости при патологических состояниях.</p> <p>23. Исследование цереброспинальной жидкости, состав цереброспинальной жидкости в норме. Ликвородинамические пробы.</p> <p>24. Каудальная группа черепно-мозговых нервов. Синдромология.</p> <p>25. Клинические формы нарушений сознания.</p> <p>26. Представление о системной организации психических функций</p> <p>27. Кровоснабжение головного мозга. Зоны кровоснабжения сосудистыми бассейнами и отдельными артериями (внутренней сонной, основной, передней, средней, задней мозговой).</p> <p>28. Медиальный продольный пучок. Межъядерная офтальмоплегия. Параличи зрения.</p> <p>29. Менингеальный синдром: проявления, диагностика.</p> <p>30. Методология построения неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы.</p> <p>31. Мимический парез по центральному и периферическому типу. Варианты поражения лицевого нерва.</p> <p>32. Нарушения сна и бодрствования: инсомнии, парасомнии, сногворение, бруксизм, снохождение, ночной энурез, ночные страхи, гиперсомнии (нарколепсия), синдром сонных апноэ, синдром «беспокойных ног»; принципы терапии.</p> <p>33. Нейрогенный мочевой пузырь. Виды. Клиническая характеристика. Коррекция. Осложнения.</p> <p>34. Обонятельная система, синдромы.</p> <p>35. Паллидарная система и ее поражение. Паркинсонизм.</p> <p>36. Панические атаки как вариант гипоталамического синдрома.</p> <p>37. Пароксизмальные расстройства сознания - эпилепсия и обмороки. Дифференциальная диагностика.</p> <p>38. Парциальные эпилепсии, классификация, лечение. Височная эпилепсия. Кожевниковская эпилепсия.</p> <p>39. Патология сна (инсомнии, гиперсомнии, парасомнии).</p> <p>40. Периферический паралич. Механизм и клиническая характеристика. Топико-диагностические варианты.</p> <p>41. Поверхностные и глубокие рефлексy, основные патологические рефлексy, защитные спинальные рефлексy.</p> <p>42. Подъязычный нерв. Парез языка по центральному и периферическому типу.</p> <p>43. Поражения периферического отдела вегетативной</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность, синдром Рейно.</p> <p>44. Принципы строения и функции коры головного мозга. Локализация функций в коре полушарий мозга.</p> <p>45. Регуляция взора, корковый и стволовый парез взора; окулоцефальный рефлекс;</p> <p>46. Синдром Бернара-Горнера, механизм, топические варианты.</p> <p>47. Синдром Броун-Секара, механизмы, топические варианты.</p> <p>48. Синдром вегетативной дистонии.</p> <p>49. Синдромология пирамидного пути на разных уровнях (кора, внутренняя сумка, ствол мозга, спинной мозг).</p> <p>50. Синдромология поперечного поражения спинного мозга на различных уровнях.</p> <p>51. Синдромы передних и задних корешков спинного мозга, сплетений, периферических нервов.</p> <p>52. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>53. Слуховая и вестибулярная системы, синдромология. Синдром Меньера.</p> <p>54. Стриарная система, синдромология.</p> <p>55. Строение и функции оболочек спинного и головного мозга. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция, реабсорбция</p> <p>56. Типы расстройств чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корковый. Диссоциированное расстройство чувствительности.</p> <p>57. Тройничный нерв, синдромология.</p> <p>58. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря.</p> <p>59. Формы нарушений сознания.</p> <p>60. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Принципы ведения больных в коме.</p> <p>61. Центральный паралич. Механизм и клиническая характеристика. Топико-диагностические варианты.</p> <p>62. Боковой амиотрофический склероз: клиника, диагностика, прогноз.</p> <p>63. Болезнь Альцгеймера: клиника, диагностика, прогноз.</p> <p>64. Вазомоторные синкопы. Классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>65. Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>66. Весенне-летний клещевой энцефалит. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>67. Вирусные менингиты и менингоэнцефалиты. Формы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>68. Вторичные энцефалиты: гриппозный, коревой, сыпнотифозный.</p> <p>69. Вторичный гнойный менингит. Клинические формы. Этиология, классификация, клиника, лечение.</p> <p>70. Геморрагический инсульт, классификация.</p> <p>71. Головная боль напряжения: патогенез, диагностика, лечение.</p> <p>72. Детский церебральный паралич.</p> <p>73. Дисциркуляторные энцефалопатии. Клиника, диагностика, лечение. Синдромологические особенности стадий развития.</p> <p>74. Ишемический инсульт. Кардиогенные и атеросклеротические эмболии мозговых сосудов. Синдромология тромбоза каротидного и базилярного бассейнов. Диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>75. Классификация головных болей. Патогенез головной боли. Обследование пациентов с головной болью.</p> <p>76. Классификация заболеваний периферической нервной системы.</p> <p>77. Классификация эпилепсий и эпилептических приступов.</p> <p>78. Лицевые симпаталгии. Лицевые миофасциальные синдромы. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.</p> <p>79. Лучевая, срединная и локтевая нейропатии.</p> <p>80. Малоберцовая, большеберцовая нейропатии. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.</p> <p>81. Менингококковая инфекция. Менингококковый менингит. Этиология, клиника, диагностика, течение, формы, лечение, профилактика.</p> <p>82. Мигрень: классификация, патогенез, клинические формы, течение, диагноз. Лечение мигрени.</p> <p>83. Неврозы: классификация, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>84. Неврологические проявления употребления алкоголя, употребления табака. Алкогольная нейропатия. Механизмы развития, синдромология, течение, прогноз, лечение.</p> <p>85. Нейросифилис. Ранний сифилитический менингит. Сухотка спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>86. Обмороки - классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>87. Особенности течения и диагностики паренхиматозного геморрагического инсульта.</p> <p>88. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре. Клиника, диагностика, течение, лечение.</p> <p>89. Острая лицевая нейропатия. Этиология, патогенез, клиника, течение, лечение.</p> <p>90. Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>91. Панические атаки как вариант гипоталамического синдрома.</p> <p>92. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе.</p> <p>93. Парциальные эпилепсии, классификация, лечение. Височная эпилепсия. Кожевниковская эпилепсия.</p> <p>94. Патогенетические и клинические варианты головной боли. Обследование пациентов с головной болью.</p> <p>95. Патология сна (инсомнии, гиперсомнии, парасомнии).</p> <p>96. Первичные и вторичные гнойные менингиты: менингококковый, пневмококковый.</p> <p>97. Поперечный миелит. Этиология, патогенез, клиническая характеристика и синдромология, осложнения, принципы лечения.</p> <p>98. Поражение нервной системы при герпетической инфекции. Герпетический энцефалит.</p> <p>99. Поражение нервной системы при дифтерии и бруцеллезе.</p> <p>100. Поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность, синдром Рейно.</p> <p>101. Поствакцинальные энцефалиты и энцефаломиелиты. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>102. Поясничный остеохондроз. Рефлекторные и компрессионные синдромы.</p> <p>103. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Формы. Синдромология. Лечение. Профилактика.</p> <p>104. Профилактика инсультов.</p> <p>105. Пучковая головная болезнь: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>106. Рассеянный склероз. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>107. Расстройства сна: инсомнии, парасомнии, гиперсомнии.</p> <p>108. Седалищная нейропатия. Механизм, синдромология, лечение.</p> <p>109. Серозные менингиты, общая характеристика. Туберкулезный и вирусный менингиты.</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>110. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>111. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>112. Торсионная дистония.</p> <p>113. Тригеминальная невралгия, клиника, лечение.</p> <p>114. Тройничный нерв, синдромология.</p> <p>115. Туберкулезный менингит, патогенез, синдромология и течение, особенности диагностики, лечение, прогноз.</p> <p>116. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря.</p> <p>117. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Принципы ведения больных в коме.</p> <p>118. Эмболические инфаркты мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>119. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического инсульта. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>120. Абсцессы головного мозга. Механизмы. Стадии. Тактика.</p> <p>121. Спинальный эпидуральный абсцесс. Особенности хирургических подходов.</p> <p>122. Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика. Особенности хирургических подходов.</p> <p>123. Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>124. Внутричерепные травматические гематомы.</p> <p>125. Геморрагический инсульт, классификация.</p> <p>126. Классификация черепно-мозговой травмы.</p> <p>127. Лучевая, срединная и локтевая нейропатии.</p> <p>128. Малоберцовая, большеберцовая нейропатии. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.</p> <p>129. Методология построения неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы.</p> <p>130. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.</p> <p>131. Опухоли задней черепной ямки.</p> <p>132. Последствия черепно-мозговой травмы. Классификации.</p> <p>133. Осложнения черепно-мозговой травмы.</p> <p>134. Поясничный остеохондроз. Рефлекторные и компрессионные синдромы.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>135. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>136. Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, тактика.</p> <p>137. Травматическое сдавление головного мозга. Механизмы. Виды. Синдромология.</p> <p>138. Ушибы головного мозга. Классификации. Критерии диагностики.</p> <p>139. Диффузное аксональное повреждение головного мозга. Критерии диагностики. Тактика.</p> <p>140. Сдавление головы. Критерии диагностики.</p> <p>141. Экстра- и интрамедуллярные опухоли.</p> <p>142. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического инсульта. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>143. Виды хирургических доступов к основанию черепа. Показания. Осложнения.</p> <p>144. Виды хирургических доступов в задней черепной ямке. Показания. Осложнения.</p> <p>145. Доступы к срединным структурам мозга. Показания. Осложнения.</p> <p>146. Виды дренажных и шунтирующих пособий в нейрохирургии. Показания. Осложнения.</p> <p>147. Антибиотикопрофилактика в нейрохирургии. Техника. Показания.</p> <p>148. Слуховая невринома. Классификации. Синдромология. Доступы.</p> <p>149. Послеоперационное ведение нейрохирургического больного. Приемы. Техники. Пособия.</p> <p>150. Предоперационная подготовка нейрохирургических больных.</p> <p>151. Методы контроля и коррекции интракраниальной гипертензии.</p> <p>152. Артериовенозные мальформации. Классификация. Синдромология. Тактика.</p> <p>153. Селлярные и параселлярные опухоли. Классификация. Доступы.</p> <p>154. Рентгеноанатомия сосудистой системы головного мозга.</p> <p>155. Артериальные аневризмы мозга.</p> <p>156. Артериовенозные мальформации мозга.</p> <p>157. Геморрагический инсульт. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>158. Супратенториальные глиобластомы.</p> <p>159. Классификация нейроэпителиальных опухолей.</p> <p>160. Медуллобластома мозжечка.</p> |
|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | 161. Слуховая невринома. 162. Ольфакторная менингеома. 163. Птериональная менингеома. 164. Хромобластная аденома гипофиза. 165. Травматическая субдуральная гематома. 166. Переломы черепа. 167. Позвоночно-спинальная травма на шейном уровне. 168. Позвоночно-спинальная травма нижнегрудного и поясничного отделов. 169. Тяжелый ушиб мозга. 170. Ушиб мозга средней тяжести. 171. Поясничный остеохондроз. 172. Шейный остеохондроз. 173. Стереотаксический метод. Показания к стереотаксическим операциям. |
|--|--|---|

Критерии и шкала оценки:

«Отлично» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» – дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«Неудовлетворительно» – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие дополнительные вопросы.

5.3.2 Ситуационные задачи

| Индекс компетенции | № задания | Условие задачи |
|---|-----------|--|
| УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12 | 1-20 | <p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>Пациент 53 лет жалуется на общую слабость, шаткость при ходьбе, приступы судорог в левой руке.</p> <p>Болен в течение года, когда впервые возник приступ судорог в левой руке. Приступы регулярно повторялись с частотой 2-3 раза в месяц; больной не лечился. Около месяца назад окружающие заметили изменение в поведении- больной стал заторможенным, присоединилась легкая слабость в левой руке.</p> <p>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: острые респираторные инфекции. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.</p> <p style="text-align: center;">STATUS PRAESENS</p> <p>Общее состояние средней тяжести. Умеренное оглушение. Телосложение астеническое. Кожные покровы чистые, землистой окраски. Тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 84 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные.</p> <p>Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.</p> <p>Больной заторможен, медленно отвечает на вопросы, устает в беседе. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубная складка справа сглажена. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц</p> |

нормальный. Легкий левосторонний гемипарез, более выраженный в руке. Положительная проба Барре слева. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, $S > D$. Определяются патологические рефлексы Россолимо, Маринеску-Радовичи с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием слева. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больной обследован. Заключение офтальмолога: Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Предварительный клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.
5. Прогноз заболевания.

Задача № 2.

Больной 47 лет, жалуется на онемение правой руки и ноги, онемение по наружному краю левой стопы, слабость в правой руке.

Боли в шейном отделе в течении многих лет. Онемение правой ноги отмечает в течение 5 лет. Проходил курсы консервативного лечения с незначительным эффектом. Ухудшение развилось около 2 лет назад, когда больной отметил появление слабости, онемения в правой руке.

Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, в анамнезе отсутствуют. Перенесенные операции- аппендэктомия.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 84 в минуту, ритмичный,

нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц в правой стопе- 3 балла, в левой- 4 балла. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S с рук, D=S с ног, оживлены, двусторонние рефлексы Бабинского. Патологические рефлексы Россолимо, Маринеску-Радовичи. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище сохранена. Гипестезия в зоне иннервации С6-Th1 справа, L4-L5 справа. Слабость тыльного сгибания правой стопы.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 3.

Больной 39 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие по передней поверхности левой ноги, усиливающиеся при физической нагрузке, онемение передней поверхности левого бедра.

Боли в поясничной области около 20 лет. Ухудшение возникло около 3 лет назад, курсы консервативной амбулаторной терапии у невролога без эффекта. В течение 2 лет возникла иррадиация болей по передней поверхности левой нижней конечности.

Перенесенные заболевания: хронический обструктивный бронхит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение

нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких жестковатое дыхание, единичные сухие хрипы. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительных и мимических нарушений на лице нет. Слух не нарушен. Фокация и глотание в норме. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Коленный рефлекс S<D. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены. Правосторонний сколиоз в поясничном отделе. Симптом Ласега отрицателен. Гипестезия в зоне иннервации L1-L2 слева.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Лечение.

Задача №4.

Пациент 38 лет, жалуется на периодические приступообразные боли в шее с иррадиацией в левую теменно-затылочную область, сильное головокружение, шаткость при ходьбе.

Болен в течение 7 лет. Консервативное лечение у невролога обеспечивает временный эффект.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: язвенная болезнь 12

перстной кишки (резекция желудка в 1989 г). Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. При движении в шее возникает крупноразмашистый нистагм. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексy D=S. Двусторонние рефлексy Россолимо (верхний и нижний). В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы руками выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Лечение данного пациента.

Задача № 5.

Больной, 65 лет, жалуется на частые головные боли, сопровождающиеся головокружением, общую слабость, двоение в глазах при взгляде в стороны, снижение остроты зрения больше на правый глаз.

Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые появилось снижение зрения, позднее присоединились головные боли, двоение в глазах.

Перенесенные заболевания: грипп. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 65 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 65 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено, снижение зрения больше на правый глаз, диплопия при взгляде вправо. Не доводит правое глазное яблоко до крайнего правого положения. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Правосторонняя тугоухость. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчив с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения и его детальная характеристика.

Задача № 6.

Пациент 50 лет, жалуется на опоясывающие боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при любых движениях, слабость в ногах, снижение чувствительности в нижних конечностях, больше слева.

Боли в течении 3 недель, когда после физической нагрузки появились боли в грудном отделе позвоночника. На фоне болей отмечен подъем температуры тела до 38,8 С, после чего сохраняется стойкий субфебрилитет.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гепатит В, активность минимальна.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц с рук нормальный, сила не изменена. Нижний спастический парализ (слева- 2 балла, справа- 4 балла). Сухожильные и

периостальные рефлексы с рук D=S, с ног рефлексы оживлены D<S. Рефлекс Бабинского слева, клонус левой стопы. В позе Ромберга неустойчив из-за слабости в ногах. Проводниковая гипестезия поверхностной чувствительности справа ниже уровня реберной дуги. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения и его характеристика.

Приложение к задаче 6.

Больной обследован. Клинический анализ крови. Эритроциты (млн) 3.03, Гемоглобин (г/л) 103, Тромбоциты (тыс) 377, Гематокрит 28, СОЭ (мм за 1 час) 47, Лейкоциты 7,98, Эозинофилы (%) 6 Палочкоядерные (%) 17, Сегментоядерные (%) 43, Лимфоциты (%) 26, Моноциты (%) 14.

Задача №7.

Больной 40 лет, жалуется на интенсивные диффузные головные боли в лобной области, снижение зрения, тошноту, многократную рвоту.

Головные боли и головокружение отмечает в течение года. Улучшение состояния достигается на фоне дегидратационной терапии в неврологическом отделении по месту жительства: (до 120 мг лазикса в сутки).

Перенесенные заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Общее состояние средней тяжести. Стонет, держится за голову. Внешнее состояние нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 56 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный.

мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Больной замедлен в движениях, с задержкой отвечает на оставленные вопросы, сонлив. Положительные симптомы Кернига с обеих сторон. Обоняние не нарушено. Экзофтальм. Сходящееся косоглазие. Наблюдается парез взора вверх. Глазные щели D=S. Нистагм крупноразмашистый при взгляде во все стороны. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц снижен. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, высокой амплитуды с обеих сторон. Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы не выполняет из-за тяжести состояния. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 8.

Больная 51 года жалуется на жгучие боли в правой верхней конечности с уровня локтевого сустава и до III, IV, V пальцев, снижение силы в правой кисти. Боли плохо купируются приемом анальгетиков.

Заболела около двух месяцев назад, когда упала с высоты 2 метров на правый локтевой сустав. Лечилась с диагнозом ушиб локтевого сустава у травматолога-ортопеда. Через 2 недели после травмы появились и стали нарастать выше описанные боли.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц правой кисти снижена до 4 баллов. Движения IV, V пальцами умеренно ограничены. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы

выполняет уверенно. Гипэстезия в зоне иннервации локтевого, срединного нервов справа с уровня локтевого сустава до кисти.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче № 8.

Больная обследована. Электронейромиография с мышц верхних конечностей. Заключение: демиелизирующая сенсомоторная невропатия правого срединного нерва. Частичный блок проведения по правому локтевому нерву на уровне локтевого сустава.

Задача № 9.

Женщина 50 лет жалуется на головные боли, преимущественно по утрам, снижение остроты зрения на правый глаз.

Полгода назад внезапно на фоне полного здоровья появилась сильная головная боль, тошнота со рвотой. Машиной «Скорой помощи» была переведена в городскую больницу по месту жительства, где госпитализирована в неврологическое отделение с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения. Был проведен курс консервативной терапии с постепенным улучшением состояния. Месяц назад возник повторный эпизод интенсивной головной боли, в связи с чем госпитализирована повторно.

Сознание ясное. Ригидность затылочных мышц + 2 см, двусторонние положительные симптомы Кернига. Обоняние не нарушено. Зрение снижено на правый глаз. Слабость конвергенции справа. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S с оживлением коленных. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предположительный диагноз.

3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

4. Тактика лечения.

Задача № 10.

Женщина 47 лет жалуется на отсутствие движений и чувствительности в ногах.

Считает себя больной в течение последнего года, когда стала отмечать появление слабости, онемение в ногах, которая носила медленно прогрессирующий характер. Шесть месяцев назад перестала ходить. Курсы консервативной терапии не дали ожидаемого эффекта.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: хронический панкреатит, холецистит.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы рук не изменены, ограничение движений в коленных и голеностопных суставах. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/85 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена.

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительных и мимических нарушений на лице нет. Слух не нарушен. Фокация и глотание в норме. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы на ногах повышены с расширением рефлексогенных зон. Нижняя спастическая параплегия. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Стояние в позе Ромберга невозможно. Координаторные пробы верхними конечностями выполняет удовлетворительно. Анестезия всех видов чувствительности на всем протяжении ниже края реберной дуги. В то же время отмечается «просветление» ощущений в аногенитальной зоне. Тазовые функции:

мочеиспускание контролирует, временами отмечаются запоры до 3-5 дней.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 11.

Больная 67 лет, поступила в нейрохирургическое отделение с жалобами на периодическую головную боль, локализирующиеся в области лба слева, головокружение, снижение зрения, памяти, опущение левого верхнего века, двоение в глазах.

Впервые головная боль начала беспокоить 5 месяцев назад. Возникновение боли пациентка связывает с эпизодом падения в общественном транспорте. Через 2 месяца появилось двоение в глазах. Через месяц возникло прогрессирующее опущение левого верхнего века. Данные жалобы прогрессировали до госпитализации.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь II ст.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Птоз и расходящееся косоглазие слева. Глазные щели D>S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Девиация языка вправо. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно.

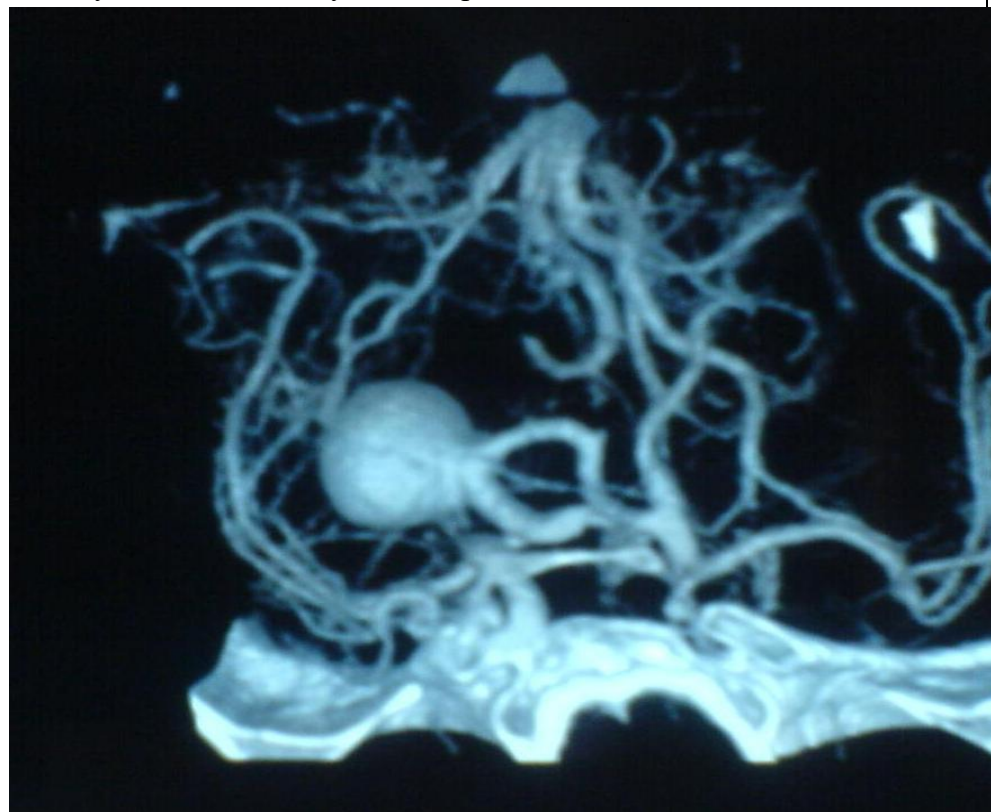
Вопросы:

1. Топический очаг поражения.

2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче 11.

Больная обследована. В ходе панангиографии сосудов головного мозга установлена следующая картина.



Задача № 12.

Больная 60 лет, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, сковывающего характера, усиливающуюся при поворотах и наклонах головы, периодическое головокружение, общую слабость.

Боли начали беспокоить 3 месяца назад, возникновение боли связывает с падением. В ходе проведенного обследования (МРТ шейного отдела позвоночника) установлено очаговое поражение С3 позвонка, с патологическим его переломом.

Перенесенные заболевания - ОРЗ, ОРВИ. Узловой зоб (2 месяца назад произведена тотальная струмэктомия (принимает L-тироксин)), гипертоническая болезнь.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы

отсутствуют. АД 160/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы на ногах D>S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

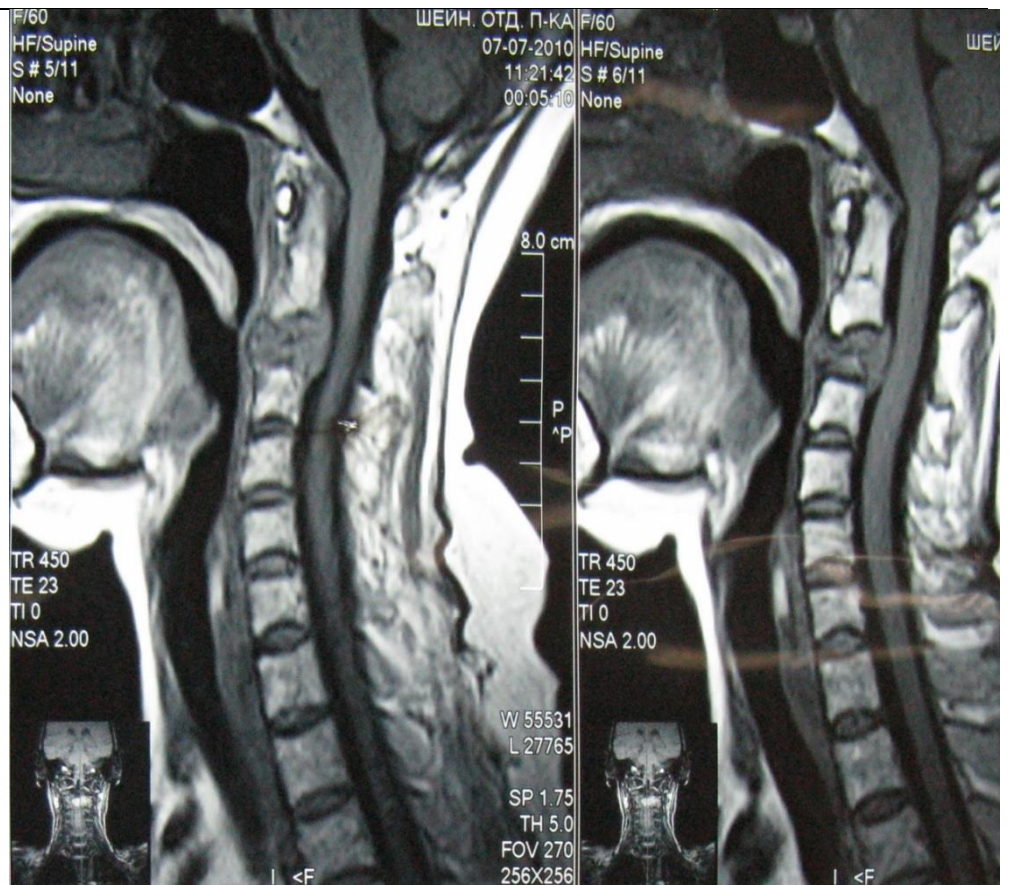
Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче 12.

Больная обследована. Общий анализ крови: Эритроциты (млн) 3,96. Гемоглобин (г/л) 123. Тромбоциты (тыс) 354. Гематокрит 35. СОЭ (мм за 1 час) 50. Лейкоциты (тыс) 5,35. +.

МР- томография шейного отдела позвоночника.



Задача № 13.

Больная 54 года, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на умеренную головную боль, головокружение, шаткость, неустойчивость при ходьбе, с тенденцией падения вправо, снижение слуха на правое ухо, нарушение почерка.

Со слов больной, заболевание началось с незначительного снижения слуха на правое ухо, отмеченное около 6 лет назад. Консультирована сурдологом. Патологии не выявлено. Через 3 года присоединилось головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к неврологу по месту жительства. Лечилась консервативно с положительным эффектом. Данные жалобы постепенно прогрессировали. Резкое ухудшение произошло 1,5 месяца назад. Усилилось головокружение, шаткость при ходьбе с тенденцией падения вправо.

Перенесенные заболевания – грипп. Венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов

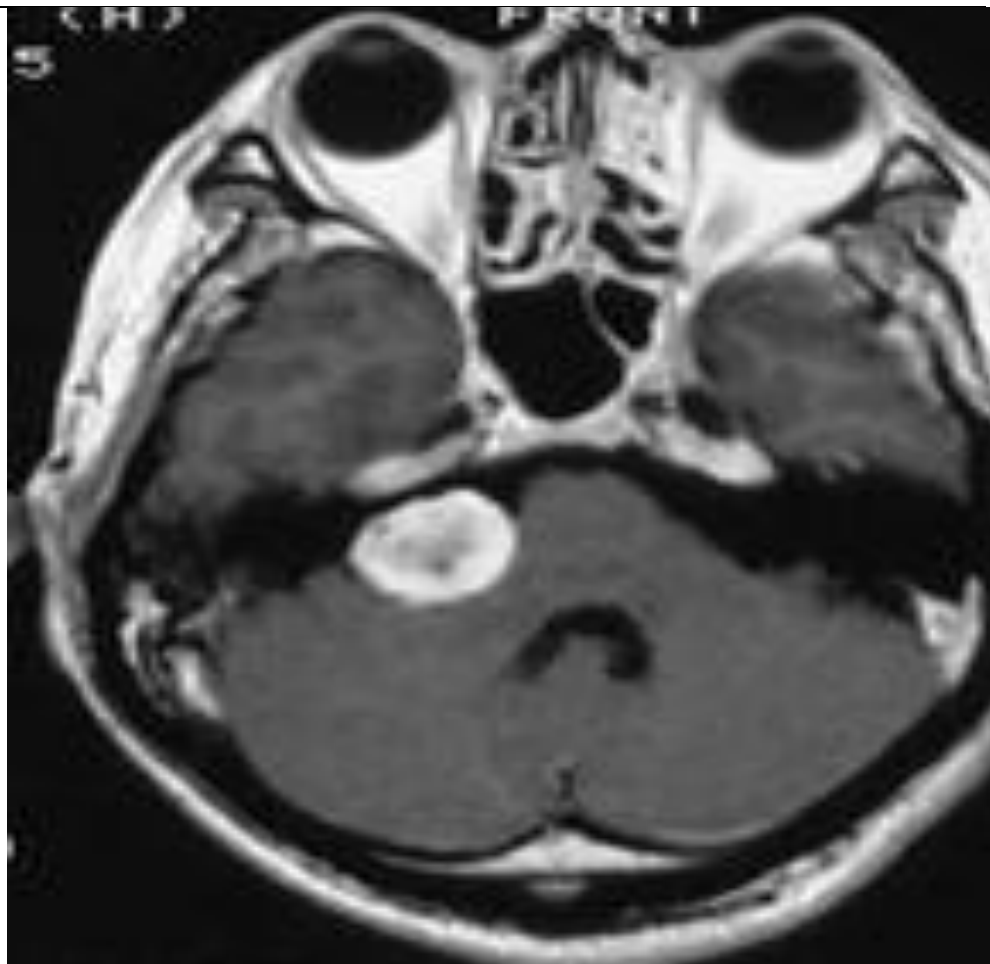
нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочейспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение снижено. Движения глаз в полном объеме. Снижен правый корнеальный рефлекс. Глазные щели D=S. Горизонтально-ротаторный нистагм при взгляде в обе стороны. Зрачки D=S. Гипестезия лица справа. Носогубные складки симметричны. Слух справа отсутствует. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, повышены с расширением рефлексогенных зон. Патологические рефлекс отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива, с тенденцией падения вправо. Аудиодохокинез справа. Координаторные пробы выполняет с мимопаданием справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения

Приложение к задаче 13.



Задача № 14.

Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду (выпивает в день до 5 литров жидкости).

В возрасте 3 лет отмечен эпизод острого респираторного заболевания, вскоре после которого появились вышеописанные симптомы. В течение последнего года отметил ухудшение зрения, перестал замечать предметы, расположенные по сторонам.

В возрасте 6 лет перенес гепатит А. Периодически- острые респираторные заболевания. Страдает энурезом.

Объективно: состояние удовлетворительное. При разговоре и внешнем осмотре отмечается задержка физического и психического развития. Питание повышено. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, суховаты, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Биуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Язычок правильной формы. Обе половины его одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца глушены, ритмичны. Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное, учащенное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. При периметрии выявляется сужение височных половин поля зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма отрицательна. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные треугольники симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Мышечный тонус по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; патологический рефлексорный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. Вексельмановский тест Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

Укажите топический очаг поражения.

Клинический диагноз.

Возможный патогенез энуреза у больного.

Дополнительные методы диагностики заболевания (см. приложение к задаче) и ожидаемые результаты.

Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 14.

На рентгенограммах черепа: передне-задний размер турецкого седла составляет 32 мм. В его проекции и супраселлярно визуализируется множество мелких кальцинатов.

Задача № 15.

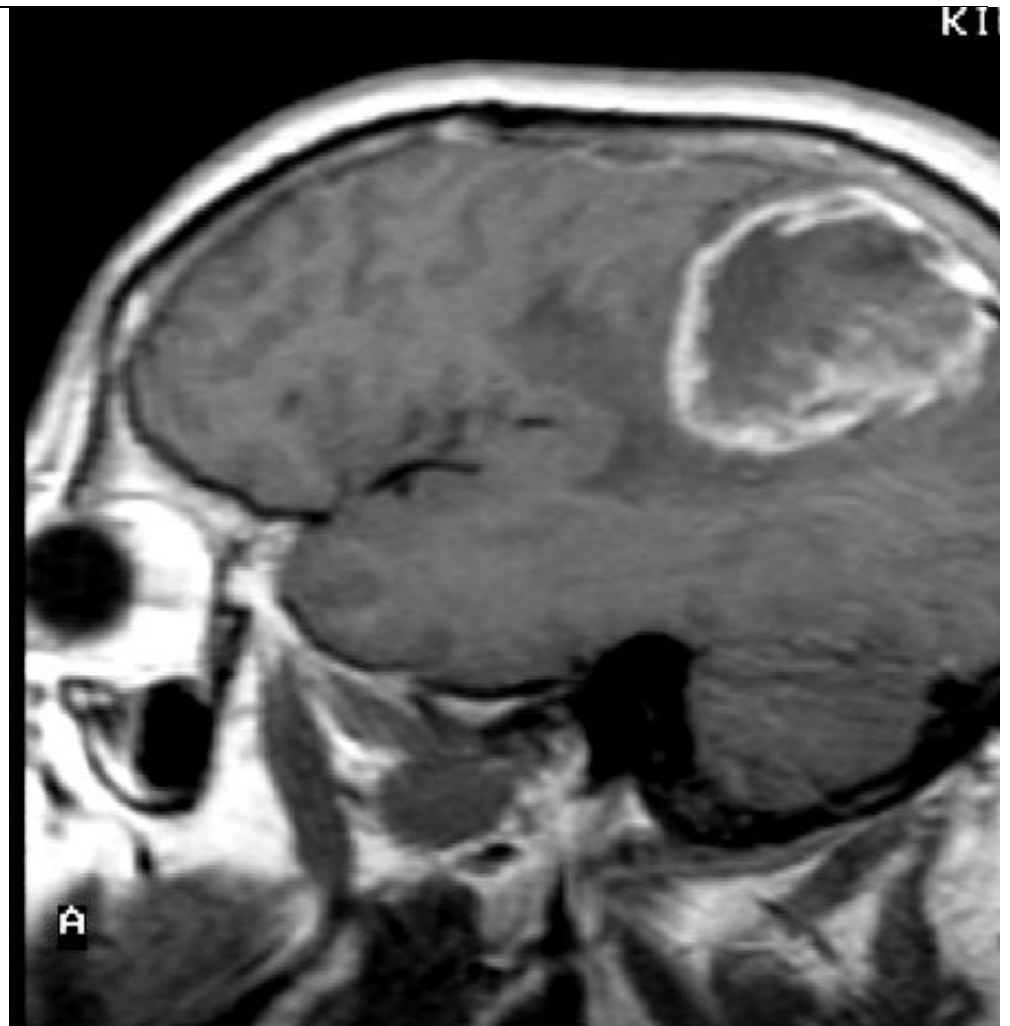
Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы.

В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает.

В анамнезе жизни - хронический калькулезный холецистит (на данный момент - вне обострения), фибромиома матки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

| | |
|--|--|
| | <p> осложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. пожение активное. Кожные покровы чистые, физиологической раски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный коробочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ЧСС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины не увеличены. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. </p> <p> Сознание ясное. Плохо понимает обращенную речь, сама говорит с ошибками. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные яблоки D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Жевательная и глотательная функция сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и остистые рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Левосторонний гемипарез (в руке- 3 балла, в ноге- 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на лице и конечностях сохранена. </p> <p> При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено. </p> <p> Вопросы: </p> <p style="padding-left: 40px;"> Укажите топический очаг поражения. </p> <p style="padding-left: 40px;"> Клинический диагноз. </p> <p style="padding-left: 40px;"> Дополнительные методы диагностики заболевания. (см. приложение к задаче). Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме. </p> <p style="padding-left: 40px;"> Лечение данного заболевания. </p> <p> Приложение к задаче № 15 </p> |
|--|--|



Задача № 16.

Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах.

Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, а возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, возросла интенсивность головной боли.

Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез отрицателен.

Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧАСТОТА СЕРДЕЦНОГО РИТМА 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Сердце ясное, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения.

Больной сонлив, мало разговаривает. Ориентирование в месте,

тени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не
шены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S.
гама нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена.
огубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония.
гание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная
тония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные
лексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют.
ьценосовую пробу выполняет слева с мимопаданием и
нционнм тремором. Чувствительность на туловище и конечностях
анена.

просы:

Укажите топический очаг поражения.

Клинический диагноз.

Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см.
ложение к задаче).

Лечение данного заболевания, последовательность лечебных
оприятий.

ложение к задаче № 16.

ьной обследован. Выполнена компьютерная томография головного
а.



Задача № 17.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области

справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гипертоническая болезнь 2 ст., хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют.

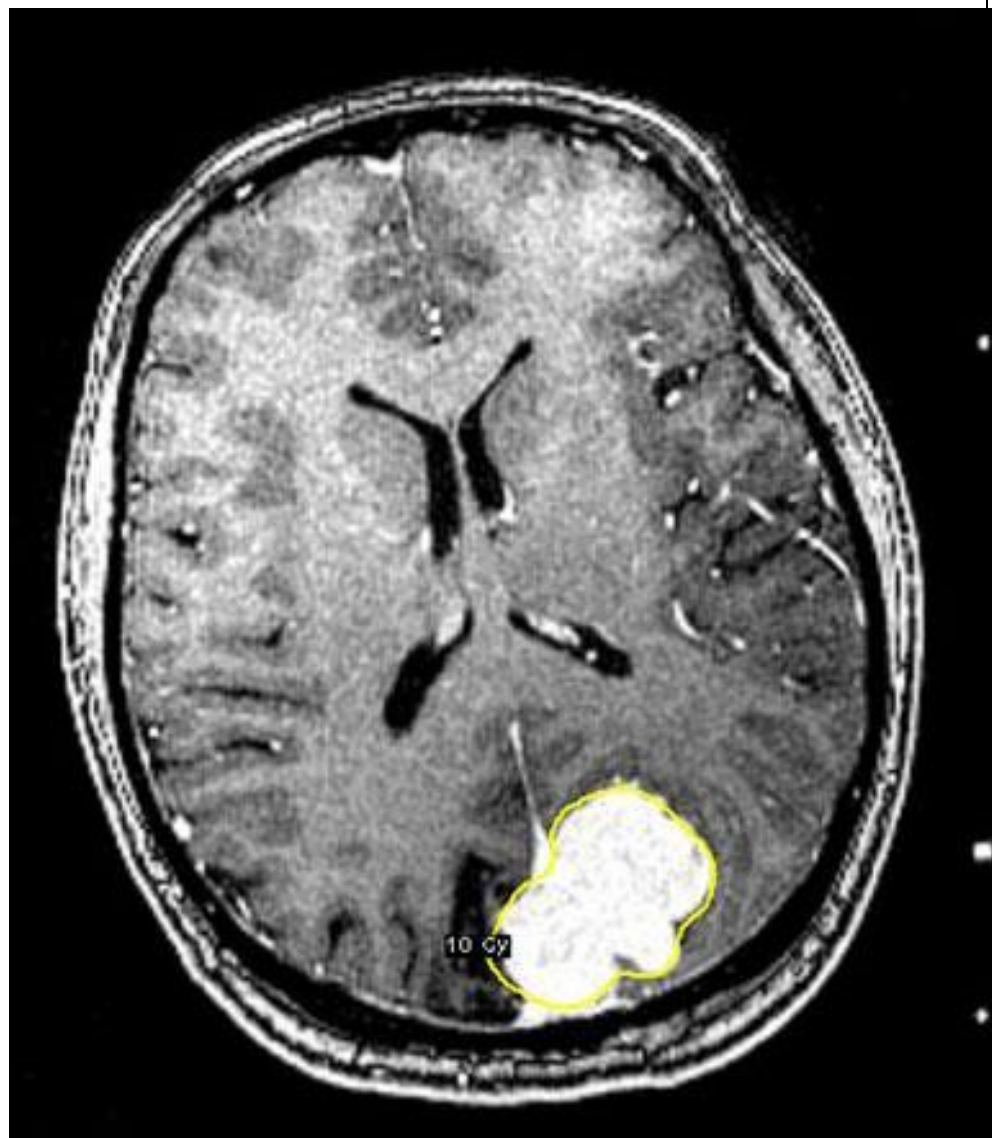
Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики (см. приложение к задаче).
4. Лечение данной больной.

Приложение к задаче № 17.



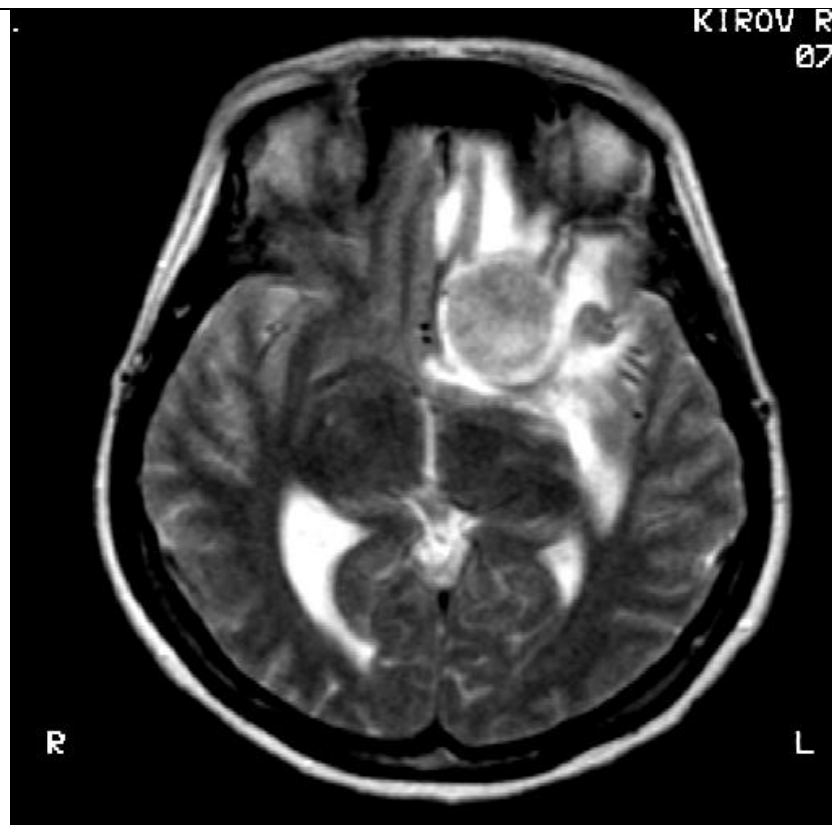
Задача № 18.

Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти.

Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Общее состояние средней тяжести. Телосложение

| | |
|--|---|
| | <p>нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.</p> <p>Больной малоактивен, говорит неохотно, мало. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексы D>S. Патологические рефлексы: положительные рефлексы орального автоматизма, двусторонний симптом Россолимо. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.2. Топический диагноз.3. Клинический диагноз.4. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).5. Лечение данного заболевания. <p>Приложение к задаче № 18.</p> <p>Больной обследован. При лабораторном обследовании патологии не выявлено. Выполнена МРТ головного мозга.</p> |
|--|---|



Задача № 19.

. Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду.

ANAMNESIS MORBI.

В возрасте 3 лет отмечен эпизод острого респираторного заболевания, вскоре после которого появились вышеописанные симптомы. В течение последнего года отметил ухудшение зрения, перестал замечать предметы, расположенные по сторонам.

ANAMNESIS VITAE.

В возрасте 6 лет перенес гепатит А. Периодически- острые респираторные заболевания. Страдает энурезом.

STATUS PRAESENS.

Объективно: состояние удовлетворительное. При разговоре и внешнем осмотре отмечается задержка физического и психического развития. Питание повышено. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 12 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны.

Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. При периметрии выявляется сужение височных половин полей зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; общий рефлексорный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

На рентгенограммах черепа выявляется увеличение размеров турецкого седла, наличие мелких кальцинатов эндо- и супраселлярной локализации.

Вопросы:

6. Укажите топический очаг поражения.
7. Клинический диагноз.
8. Возможный патогенез энуреза у больного..
9. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
10. Лечение данного заболевания.

Задача № 20.

Больной, 58 лет, находится в неврологическом отделении с жалобами на постоянные диффузные головные боли, головокружение, тошноту, слабость в левых конечностях.

ANAMNESIS MORBI.

Головные боли впервые стали беспокоить полугода назад, постепенно нарастая по интенсивности и продолжительности. В течение последнего месяца отмечено два приступа судорог в левых конечностях продолжительностью 7-10 минут, не сопровождавшихся потерей сознания. Проходит лечение в неврологическом отделении по поводу предполагаемого острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

ANAMNESIS VITAE.

Из сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь,

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия. STATUS PRAESENS.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, аритмичны, временами отмечается дефицит пульса. Шумы отсутствуют. АД 140/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 68-72 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.</p> <p>STATUS NEUROLOGICUS</p> <p>Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность левой носогубной складки. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексy D<S; двусторонние рефлексy Бабинского. Левосторонний спастический гемипарез (3 балла). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет хуже левыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите топический очаг поражения. 2. Клинический диагноз. 3. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты. 4. Лечение данного заболевания. |
| | | |
| | | |
| | | |

Критерии и шкала оценки:

- «Отлично» ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями с правильным и свободным владением терминологии; ответы на дополнительные вопросы верные,

четкие.

- **«Хорошо»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
- **«Удовлетворительно»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения не полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
- **«Неудовлетворительно»** ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5.3.4 Задания для проверки практических навыков выпускников ординатуры, предназначенные для предъявления в процессе ГИА

| Индекс компетенции | № задания | Формулировка задания |
|---|-----------|---|
| УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК- 9,ПК-10.ПК- 11.ПК-12 | 1-84 | <ol style="list-style-type: none">1. Организации при необходимости противоэпидемических мероприятий в очаге ЧС2. Выбора медикаментозной терапии для устранения боли3. Имобилизации поврежденных конечностей, позвоночника, таза, грудной клетки, головы и транспортировки в лечебное учреждение4. Организации медицинской помощи обожженным и требований к транспортным средствам при перевозке обожженных в специализированное медицинское учреждение.5. Выбора медикаментозной терапии с учетом объема поражения при оказании первой медицинской помощи с сочетанной травмой6. Принципы медицинской сортировки пострадавших7. Выбора терапевтических мероприятий для устранения травматического шока8. Обеспечения свободной проходимости дыхательных путей9. Техника выполнения непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки; прекардиальный удар; техника закрытого массажа сердца10. Оценка данных АД, как показателя нарушения кровообращения11. Оценка данные ЭКГ при острой патологии12. Оценка степени нарушений водного обмена и дисгидрии в организме как показателя тяжести сердечной недостаточности |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>13. Выбор препаратов для купирования боли в сердце</p> <p>14. Выбора медикаментозной терапии при базовой терапии сердечной недостаточности</p> <p>15. Порядок и пути введения медикаментозных средств при купировании боли в сердце</p> <p>16. Выбора средств для инфузионной терапии при необходимости восполнения ОЦК</p> <p>17. Организации транспортировки пациента в специализированное лечебное учреждение</p> <p>18. Внутричерепные травматические гематомы. Классификация.</p> <p>19. Классификация черепно-мозговой травмы.</p> <p>20. Лучевая, срединная и локтевая нейропатии.</p> <p>21. Малоберцовая, большеберцовая нейропатии. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.</p> <p>22. Методология построения нейрохирургического диагноза: топический и нозологический диагнозы.</p> <p>23. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.</p> <p>24. Опухоли задней черепной ямки.</p> <p>25. Последствия черепно-мозговой травмы. Классификации.</p> <p>26. Осложнения черепно-мозговой травмы.</p> <p>27. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>28. Экстра- и интрамедуллярные опухоли.</p> <p>29. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического инсульта. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>30. Виды хирургических доступов к основанию черепа. Показания. Осложнения.</p> <p>31. Виды хирургических доступов в задней черепной ямке. Показания. Осложнения.</p> <p>32. Доступы к срединным структурам мозга. Показания. Осложнения.</p> <p>33. Виды дренажных и шунтирующих пособий в нейрохирургии. Показания. Осложнения.</p> <p>34. Эмболические инфаркты мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>35. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического инсульта. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>36. Артериовенозные мальформации. Классификация.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Синдромология. Тактика.</p> <p>37. Рентгеноанатомия сосудистой системы головного мозга.</p> <p>38. Артериальные аневризмы мозга.</p> <p>39. Артериосинусные соустья, лечение</p> <p>40. Артериовенозные мальформации мозга.</p> <p>41. Ишемический инсульт показания к оперативному лечению, виды операций, техника выполнения</p> <p>42. Геморрагический инсульт. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>43. Селлярные и параселлярные опухоли. Классификация. Доступы.</p> <p>44. Супратенториальные глиобластомы.</p> <p>45. Классификация нейроэпителиальных опухолей.</p> <p>46. Медуллобластома мозжечка.</p> <p>47. Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика. Особенности хирургических подходов.</p> <p>48. Слуховая невринома.</p> <p>49. Слуховая невринома. Классификации. Синдромология. Доступы.</p> <p>50. Ольфакторная менингеома.</p> <p>51. Птериональная менингеома.</p> <p>52. Хромобластная аденома гипофиза.</p> <p>53. Абсцессы головного мозга. Механизмы. Стадии. Тактика.</p> <p>54. Спинальный эпидуральный абсцесс. Особенности хирургических подходов.</p> <p>55. Травматическая субдуральная гематома.</p> <p>56. Субдуральные гигромы, механизм формирования, принципы лечения</p> <p>57. Напряженная пневмоцефалия, показания к оперативному лечению</p> <p>58. Показания к оперативному лечению вдавленных переломов костей черепа. Техника выполнения</p> <p>59. Операция выбора при острых внутричерепных травматических гематомах</p> <p>60. Операция выбора при подострых внутричерепных травматических гематомах</p> <p>61. Операция выбора при хронических внутричерепных травматических гематомах</p> <p>62. Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, тактика.</p> <p>63. Травматическое сдавление головного мозга. Механизмы. Виды. Синдромология.</p> <p>64. Ушибы головного мозга. Классификации. Критерии</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>диагностики.</p> <p>65. Диффузное аксональное повреждение головного мозга. Критерии диагностики. Тактика.</p> <p>66. Сдавление головы. Критерии диагностики.</p> <p>67. Переломы черепа.</p> <p>68. Позвоночно-спинальная травма на шейном уровне.</p> <p>69. Позвоночно-спинальная травма нижнегрудного и поясничного отделов.</p> <p>70. Тяжелый ушиб мозга.</p> <p>71. Ушиб мозга средней тяжести.</p> <p>72. Поясничный остеохондроз.</p> <p>73. Шейный остеохондроз.</p> <p>74. Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>75. Поясничный остеохондроз. Рефлекторные и компрессионные синдромы</p> <p>76. Стереотаксический метод. Показания к стереотаксическим операциям.</p> <p>77. Антибиотикопрофилактика в нейрохирургии. Техника. Показания.</p> <p>78. Послеоперационное ведение нейрохирургического больного. Приемы. Техники. Пособия.</p> <p>79. Предоперационная подготовка нейрохирургических больных.</p> <p>80. Методы контроля и коррекции интракраниальной гипертензии.</p> <p>81. . Торсионная дистония. Хирургическое лечение.</p> <p>82. Тригеминальная невралгия, клиника, лечение.</p> <p>83. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря.</p> <p>84. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Принципы ведения больных в коме.</p> |
|--|--|--|

Критерии и шкала оценки:

- **«Отлично»** – ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.
- **«Хорошо»** – ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки),

которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

- **«Удовлетворительно»** – ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем.

- **«Неудовлетворительно»** – ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

5.3.5 Тесты (тестовые задания)

| Индекс компетенции | № задания | Тест (тестовое задание) |
|---|-----------|---|
| УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,ПК- 10.ПК- 11.ПК-12 | 1-10 | <p>Вопрос №1 Из скольких пузырей формируется головной мозг? а) 1 б) 2 + в) 3 г) 4 д) 5</p> <p>Вопрос №2 Из скольких отделов состоит нервная трубка в период замыкания а) 1 б) 2 + в) 3</p> <p>Вопрос №3 На каком уровне расположен нижний конец спинного мозга у взрослого? а) Л-1 + б) Л-2 в) Л-3 г) Л-4</p> <p>Вопрос №4 На каком уровне расположен нижний конец спинного мозга у новорожденного? а) Л-1 + б) Л-2 в) Л-3 г) Л-4</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Вопрос №5 Сколько пар корешков и сегментов имеется в спинном мозге? а) 30 + б) 31 + в) 32 + г) 33 д) 34</p> <p>Вопрос №6 С какой патологией проводят дифференциальный диагноз эпидурального абсцесса? а) первичной опухолью б) острым рассеянным склерозом в) метастазами + г) все вышеуказанное верно д) всё вышеуказанное неверно</p> <p>Вопрос №7. Сирингомиелический синдром при опухоли спинного мозга отличается от сирингомиелии: а) изменением величины и контура поверхности субарахноидального пространства б) выраженностью проводниковых спинальных расстройств в) повышением белка в cerebrospinal fluid – спинальной жидкости + г) всё вышеуказанное верно д) всё вышеуказанное неверно</p> <p>Вопрос № 8. Чем характеризуется нормотензивная гидроцефалия? а) атаксией б) нарушением памяти в) недержанием мочи г) широкими желудочками мозга + д) всё вышеуказанное верно</p> <p>Вопрос №9. Когда может быть поставлен диагноз травматической энцефалопатии? а) в остром периоде ЧМТ б) в промежуточном периоде ЧМТ в) в периоде отдаленных последствий ЧМТ + г) все в/у верно д) все в/у неверно</p> <p>Вопрос №10.</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Если коматозному состоянию предшествовал эпилептический припадок то что может быть вероятной причиной комы?</p> <ul style="list-style-type: none">а) эпилепсияб) дисциркуляторная энцефалопатияв) опухоль мозгаг) инсульт+ д) всё вышеуказанное верно <p>Вопрос №11</p> <p>Что является одним из наиболее характерных проявлений синдрома периферической вегетативной недостаточности?</p> <ul style="list-style-type: none">а) больб) гипервентиляцияв) трофические изменения+ г) ортостатическая гипотензияд) гипергидроз <p>Вопрос №12</p> <p>Чем определяется сущность понятия “ кома”?</p> <ul style="list-style-type: none">а) нарушением спонтанного дыханияб) расстройством глотания и фонациив) отсутствием спонтанной речи+ г) неразбудимость. <p>Вопрос №13.</p> <p>Чем чаще всего характеризуется туберкулезный менингит?</p> <ul style="list-style-type: none">а) чаще поражает конвекситальные отделы мозгаб) обязательно сочетается с активным ТВС процессом в других органахв) сопровождается снижением уровня сахара в ликворе+ г) все в/у вернод) все в/у неверно <p>Вопрос №14</p> <p>При поражении одного полушария мозжечка больной в какую сторону при ходьбе отклоняется больной?</p> <ul style="list-style-type: none">+ а.) в сторону очагаб) в противоположную сторонув) равномерно в обе стороны <p>Вопрос №15.</p> <p>Для острых травматических гематом характерно:</p> <ul style="list-style-type: none">а) платибазияб) синдром Брунсав) синдром Фостер-Кеннеди |
|--|---|

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>г) пульсирующий экзофтальм + д) наличие “светлого” промежутка</p> <p>Вопрос №16 Что характерно для осложненного перелома шейного отдела позвоночника? а) грубый горизонтальный нистагм б) верхний парепарез в) внутренняя гидроцефалия г) нижний парепарез + д) тетрапарез</p> <p>Вопрос №17 Что характерно для поражения лобной доли? а) атаксия + б) астереогноз в) гемианопсия г) аутоагнозия</p> <p>Вопрос №18. В каких случаях противопоказано люмбальная пункция? а) назальной ликворее + б) синдроме дислокации головного мозга в) посттравматическом менингите г) сотрясении головного мозга</p> <p>Вопрос №19. 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.</p> <p>Вопрос №20 Наиболее часто встречаются у детей с краниофарингиомой а) акромегалия б) отставание в росте + в) парез взора вверх г) гемипарез</p> |
| | 2 | Вопрос №41 |

| | |
|--|--|
| | <p>При невралгии тройничного нерва:</p> <ul style="list-style-type: none">а) боли чаще локализуются в области виска, лба и/или супраорбитальноб) имеется грубое нарушение поверхностной чувствительности в области пораженной ветви тройничного нервав) возможно чередование стороны боли+ г) все в/у вернод) все в/у неверно <p>Вопрос №42</p> <p>Чувство головокружения специфично для поражения:</p> <ul style="list-style-type: none">а) проводников глубокого мышечного чувстваб) мозжечкав) вестибулярной системы+ г) все вышеуказанное вернод) все вышеуказанное неверно <p>Вопрос №43</p> <p>Окклюзия внутренней сонной артерии :</p> <ul style="list-style-type: none">а) обычно приводит к нистагмуб) может не вызывать никаких симптомовв) может вызывать синдром Броун-Секараг) все вышеуказанное верно+ д) все вышеуказанное неверно <p>Вопрос №44</p> <p>Какие из симптомов соответствуют у пострадавшего клиника внутричерепной гематомы</p> <ul style="list-style-type: none">а) многократная рвотаб) гипертермия+ в) анизокорияг) гемипарезд) головная боль <p>Вопрос №45</p> <p>Возможная причина люмбоишиалгического синдрома:</p> <ul style="list-style-type: none">а) корешковый синдромб) миофасциальный болевой синдромв) компрессионно-ишемическая невропатия седалищного нерваг) фасеточный синдром+ д) все в/у верное) все в/у неверно <p>Вопрос №46</p> <p>Огнестрельное ранение руки, приведшее к дистантному повреждению</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>срединного нерва, может вызвать у больного:</p> <ul style="list-style-type: none">+ а) легко провоцируемую боль в рукеб) слабость при разгибании кистив) атрофию первой дорсальной межкостной мышцыг) потерю чувствительности 5 пальцад) пронацию руки <p>Вопрос №47</p> <p>Тупая травма локтя может вызвать:</p> <ul style="list-style-type: none">а) свисание кистиб) слабость короткой отводящей мышцы большого пальца+ в) “когтистую лапу”г) супинацию рукид) ограниченную пронацию предплечья <p>Вопрос №48</p> <p>Больному с эпендимомой задней черепной ямки угрожает смерть от:</p> <ul style="list-style-type: none">+ а) ущемления мозга в большом затылочном отверстииб) эмболии, исходящей из опухолив) окклюзии сосуда опухольюг) геморрагического некроза опухолид) эпилептического статуса <p>Вопрос №49</p> <p>Припадок может вызвать все нижеперечисленное, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none">а) субарахноидального кровоизлиянияб) пневмококкового менингита+ в) криптококкового менингитаг) субфронтальной менингиомыд) рассеянного склероза <p>Вопрос №50</p> <p>Источником спонтанных кровоизлияний чаще всего являются:</p> <ul style="list-style-type: none">а) опухоли спинного мозгаб) атеросклероз сосудов головного мозга+ в) аневризмы сосудов головного мозгаг) черепно-мозговая травмад) васкулиты <p>Вопрос №51</p> <p>Ведущим симптомом спонтанного субарахноидального кровоизлияния является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) анизокорияб) гемипарез |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>+ в) менингеальный синдром г) нарушение речи д) парез глазодвигательного нерва</p> <p>Вопрос №52 Основная методика исследования больных с аневризмами сосудов головного мозга: а) краниография б) пневмоэнцефалография в) компьютерная томография + г) церебральная ангиография д) ЭЭГ</p> <p>Вопрос №53 Основной метод консервативного лечения спонтанного субарахноидального кровоизлияния: а) антибиотики + б) антифибринолитическая терапия в) спазмолитики г) противовоспалительное лечение д) анальгетики</p> <p>Вопрос №54 Радикальный метод хирургического лечения больных с аневризмами сосудов головного мозга: а) перевязка сонных артерий на шее б) окутывание аневризмы мышцей + в) клипирование шейки аневризмы б) эндоваскулярное окклюзия полости аневризмы баллоном-катетером г) стереотаксический электролиз полости аневризмы</p> <p>Вопрос №55 Эпидуральные гематомы сопровождаются: + а) переломами костей черепа б) назальной ликвореей в) ушной ликвореей г) вентрикулярными гематомами д) пневмоцефалией</p> <p>Вопрос №56 Эпидуральные гематомы часто ограничены: + а) швом костей черепа б) корой мозга в) ворсинчатыми сплетениями г) прозрачной перегородкой</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| | <p>д) серповидным отростком</p> <p>Вопрос №57 Назальная ликворея часто сопровождается:</p> <p>а) повреждением венозных синусов + б) повреждением продырявленной пластинки сошника в) переломом теменной кости г) эпидуральной гематомой задней черепной ямки д) жировой эмболией сосудов головного мозга</p> <p>Вопрос №58 Для сотрясения головного мозга характерно:</p> <p>а) субарахноидальное кровоизлияние + б) ретроградная амнезия в) гемипарез г) парез взора вверх д) формирование каротидно-кавернозного соустья</p> <p>Вопрос №59 Источником формирования эпидуральных гематом является:</p> <p>а) артерии и вены головного мозга + б) средняя оболочечная артерия в) вена Галена + г) диплоэтические вены костей черепа д) задняя нижняя мозжечковая артерия</p> <p>Вопрос №60 Из опухолей спинного мозга наиболее часто встречается в раннем детском возрасте</p> <p>а) менингиома + б) липома + в) нейробластома г) саркома</p> |
| 3 | <p>Вопрос №61 Брадикардия, гемипарез, мидриаз являются клинической картиной:</p> <p>а) каротидно-кавернозного соустья б) аденомы гипофиза + в) травматической внутричерепной гематомы г) компрессионной сосудистой нейропатии д) аномалии Арнольда-Киари</p> <p>Вопрос №62</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>При хронической внутричерепной гематоме операцией выбора является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) резекционная трепанация+ б) трепанационное эндоскопическое удалениев) краниопластикаг) полипэктомияд) нейрорафия <p>Вопрос №63</p> <p>Ведущим методом обследования при травматической внутричерепной гематоме является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) миелографияб) пневмоэнцефалография+ в) компьютерная томографияг) цистернографияд) ЭЭГ <p>Вопрос №64</p> <p>К последствиям перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы относится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) синдром Броун-Секара+ б) порэнцефалияв) пролактиномаг) дермоидд) краниостеноз <p>Вопрос №65</p> <p>К методам лечения линейных переломов костей свода черепа относятся:</p> <ul style="list-style-type: none">а) остеосинтез скрепкамиб) остеосинтез биологическим клеем+ в) не требует оперативного леченияг) наложение аппарата Елизаровад) наложение скелетного вытяжения <p>Вопрос №66</p> <p>Источником формирования субдуральных гематом являются:</p> <ul style="list-style-type: none">а) артерия Адамкевичаб) передние ворсинчатые артериив) задние ворсинчатые артерии+ г) дуру-пиальные перегородки, парасагитальные веныд) вена прозрачной перегородки <p>Вопрос №67</p> <p>При проникающей черепно-мозговой травме повреждается:</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>а) кожные покровы головы + б) твердая мозговая оболочка в) кора мозга г) арахноидальная оболочка д) эпендима желудочков</p> <p>Вопрос №68 Гидрома это – скопление ликвора в: а) эидуральной клетчатке позвоночного канала б) желудочках головного мозга + в) субдуральном пространстве г) веществе мозга д) центральном спинальном канале</p> <p>Вопрос №69 К злокачественным опухолям головного мозга относится: а) невринома б) холестеатома в) аденома гипофиза г) краниофарингеома + д) глиобластома</p> <p>Вопрос №70 Вследствие разрыва артериальной аневризмы сосудов головного мозга часто наблюдается: а) менигоцеле б) сирингомиелия + в) сосудистый спазм г) назальная ликворея д) пневмоцефалия</p> <p>Вопрос №71 Радикальным способом лечения артерио-венозных мальформаций является: б) краниопластика в) декомпресивная трепанация + г) экстирпация д) баллонизация</p> <p>Вопрос №72 Невринома 8 пары часто является проявлением: а) синдрома Денди-Уокера б) сирингомиелии в) аневризмы перикалезной артерии + г) болезни Реклингаузена</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>д) синдрома Вербиста</p> <p>Вопрос №73 Поражение глазодвигательного нерва наблюдается при локализации мешотчатых аневризм</p> <ul style="list-style-type: none">а) в передней мозговой артерииб) в передней соединительной артериив) в средней мозговой артерии+ г) в задней соединительной артерии <p>Вопрос №74 Ведущим методом диагностики артериальных аневризм является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) миелографияб) вентрикулографияв) ЭХО-энцефалографияг) ЭЭГ+ д) церебральная ангиография <p>Вопрос №75 Грыжа межпозвонкового диска клинически характеризуется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) синдромом лестничной мышцыб) спастической кривошеейв) синдромом локтевого туннеляг) синдромом грушевидной мышцы+ д) корешковым синдромом <p>Вопрос №76 Причиной люмбаго является раздражение:</p> <ul style="list-style-type: none">а) дурального мешкаб) спинальных корешковв) межпозвонковых суставовг) межпозвонкового дискад) задней продольной связки+ е) все указанное верно <p>Вопрос №77 Одним из методов лечения ишемического инсульта является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) краниопластикаб) ламинэктомия+ в) экстра-интракраниальный анастомозг) дилатация отверстия Монрод) синингостомия <p>Вопрос №78 Артериальные аневризмы бывают:</p> |
|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>а).плазматические + б) мешотчатые в).палочковидные г).каувалгические д).лелинейные</p> <p>Вопрос №79 Методом лечения синдрома трепанированных является: а) трефинация + б) краниопластика в) синрингостомия г) нейрорафия д) нейрососудистая декомпресия</p> <p>Вопрос №80 При сообщающейся прогрессирующей гидроцефалии у детей применяется а) люмбоперитонеальный анастомоз б) вентрикулоцистерностомия по Торкильдсону в) перфорация конечной пластинки + г) прокол мозолистого тела д) все выше указанное</p> |
| | п | <p>Вопрос №81 Для осложненного перелома грудного отдела позвоночника характерно: а) верхний парапарез + б) нижний парапарез в) лагофтальм г) тетрапарез д) верхний монопарез</p> <p>Вопрос №82 Для осложненного перелома шейного отдела позвоночника характерно: а) грубый горизонтальный нистагм б) верхний парапарез в) внутренняя гидроцефалия г) нижний парапарез + д) тетрапарез</p> <p>Вопрос №83 Для синдрома полного поперечного перерыва спинного мозга характерно:</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>а) дизартрия + б) грубые тазовые нарушения в) шаткость походки г) парез взора вверх д) птоз</p> <p>Вопрос №84 При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению:</p> <p>+ а). Вентро-латеральное ядро таламуса б). Миндалевидный комплекс + в). Субталамическая область г). Латеральное гипоталамическое ядро</p> <p>Вопрос №85 К аневризмам верхней 1/3 основной артерии оптимальным доступом является:</p> <p>+ а) парамедианный доступ б) затылочный доступ в) по Нафцигер-Тауну г) теменно-затылочный доступ д) трансфарингеальный доступ</p> <p>Вопрос №86 При болевых синдромах, вызванных преганглионарным поражением плечевого сплетения, операция выполняется на:</p> <p>а) первичных стволах плечевого сплетения б) вторичных стволах плечевого сплетения в) задне-боковых входных зонах спинного мозга г) симпатической нервной системе + д) все перечисленное, кроме В</p> <p>Вопрос №87 При травмах плечевого сплетения могут быть выполнены:</p> <p>а) невролиз б) невротизация в) эндоневролиз + г) все перечисленное д) ничего из перечисленного</p> <p>Вопрос №88 У больного остро развилась гемиплегия центрального типа, равномерно выраженная в левых конечностях, гемианестезия слева, анозогнозия двигательного дефекта. Где очаг?</p> <p>+ а) в белом веществе правого полушария ближе к коре</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>б) во внутренней капсуле справа в) в интерпарияетальной борозде справа</p> <p>Вопрос №89 К ЧМТ легкой степени относятся: а) ушиб головного мозга средней тяжести + б) сотрясение головного мозга в) ушиб мозга легкой степени г) ушиб мягких тканей головы</p> <p>Вопрос №90 Вдавленный перелом черепа по типу "целлулоидного мячика" встречается чаще у детей а) раннего возраста б) младшего школьного возраста в) старшего возраста + г) новорожденных</p> <p>Вопрос №91 Переломы костей черепа без повреждения мягких тканей являются черепно-мозговой травмой а) открытой проникающей б) открытой непроникающей в) закрытой без повреждения костей черепа + г) закрытой с повреждением костей черепа д) огнестрельным ранением</p> <p>Вопрос №92 Наиболее часто у детей встречаются переломы черепа а) по типу зеленой веточки + б) линейные в) оскольчатые г) многофрагментные д) остеопифизиолизы</p> <p>Вопрос №93 Отоликворея является признаком перелома основания черепа через а) переднюю черепную ямку + б) среднюю черепную ямку в) заднюю черепную ямку г) лобную пазуху д) большое затылочное отверстие</p> <p>Вопрос №94 Какой признак является дифференциально-диагностическим,</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>позволяющим отличить первично деструктивную кому от метаболической:</p> <ul style="list-style-type: none">+ а) асимметричное нарушение глазодвигательных функцийб) гемипарезв) рвотаг) сохранность реакции зрачков на свет <p>Вопрос №95</p> <p>Западение большого родничка является признаком внутричерепного давления</p> <ul style="list-style-type: none">+ а) сниженногоб) нормальногов) высокогог) систолическогод) диастолического <p>Вопрос №96</p> <p>Перелом костей свода черепа при целостности кожных покровов с повреждением dura mater является черепно - мозговой травмой</p> <ul style="list-style-type: none">а) открытой проникающейб) открытой непроникающей+ в) закрытой с повреждением костей черепаг) закрытой без повреждением костей черепад) открытой с повреждением пазух <p>Вопрос №97</p> <p>При сдавлении головного мозга "светлый промежуток времени" наблюдается при гематоме</p> <ul style="list-style-type: none">+ а) эпидуральнойб) субдуральнойв) внутримозговойг) внутривентрикулярнойд) множественных <p>Вопрос №98</p> <p>Выберите неверный ответ.</p> <p>Что нельзя делать при височно-тенториальной дислокации головного мозга</p> <ul style="list-style-type: none">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. |
|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Вопрос №99 Выпадение сухожильных рефлексов (коленного или ахилова), как правило, не наблюдается при поражении корешка: + а) L 4 б) L 5 в) S 1</p> <p>Вопрос №100 Выберите абсолютно неверный ответ. Существуют следующие виды глиом: а) астроцитомы; б) олигодендроглиома; в) эпендимомы; + г) менингиома; д) глиобластома.</p> |
|--|--|--|

Приложение

| | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|---------|--------------|------|------|---------------|---------|-------|
| № тестового задания с вариантом правильного ответа | 1-в | 2-в | 3-б | 4-в | 5-б, в, г | 6-г | 7-г | 8-д | 9-г | 10-д |
| | 11-г | 12-г | 13-г | 14-а | 15-д | 16-д | 17-а | 18-б | 19-д | 20-в |
| | 21-а | 22-г | 23-в | 24-в | 25-д | 26-ь | 27-б | 28-а | 29-б | 30-в |
| | 31-в | 32-б | 33-в | 34-а | 35-а | 36-г | 37-г | 38-а, б, в | 39-г | 40-а |
| | 41-г | 42-г | 43-д | 44-в | 45-д | 46-а | 47-в | 48-а | 49-в | 50-в |
| | 51-в | 52-г | 53-б | 54-в | 55-а | 56-а | 57-б | 58-б | 59-б, г | 60-д |
| | 61-в | 62-б | 63-в | 64-б | 65-в | 66-г | 67-б | 68-в | 69-д | 70-в |
| | 71-г | 72-г | 73-г | 74-д | 75-д | 76-е | 77-в | 78-б | 79-б | 80-г |
| | 81-б | 82-д | 83-б | 84-а, в | 85-а | 86-д | 87-г | 88-а | 89-б | 90-г |
| | 91-г | 92-б | 93-б | 94-а | 95-а | 96-в | 97-а | 98-д | 99-а | 100-г |

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
 - **отлично** – 91-100% правильных ответов;
 - **хорошо** – 81-90% правильных ответов;
 - **удовлетворительно** – 70-80% правильных ответов;
 - **неудовлетворительно** – ниже 69% правильных ответов.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

а) Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Можаяев С.В., Нейрохирургия / зав. кафедрой нейрохирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, проф. С.В. Можаяев; зав. кафедрой неврологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, проф., акад. РАМН А.А. Скоромец; проф. кафедры нейрохирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Т.А. Скоромец. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-0922-0 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409220.html>
2. Гусев Е.И., Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 1. Неврология. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 640 с. : ил. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-4707-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447079.html>


Дополнительная:

1. Древаль О.Н., Нейрохирургия : лекции, семинары, клинические разборы : руководство для врачей / Древаль О. Н. - 2-е изд., перераб. и доп. - Т. 1. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. - ISBN 978-5-4235-0146-4 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501464.html>
2. Лихтерман, Л. Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Лихтерман Л. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с. - ISBN 978-5-9704-3104-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431047.html>
3. Детская нейротравматология : монография / А. И. Мидленко [и др.]; УлГУ. - Ульяновск : УлГУ, 2018. - 272 с. : ил. - Библиогр.: с. 227-271 (488 назв.). - ISBN 978-5-88866-684-5.

Учебно-методическая:

1. Мидленко А. И. Методические указания для самостоятельной организации работы ординаторов при подготовке к проведению государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.56«Нейрохирургия» / А. И. Мидленко; УлГУ, Мед.фак., Каф. неврологии, нейрохирургии и мед. реабилитации. - Ульяновск : УлГУ, 2020. - Загл. с экрана; Неопубликованный ресурс. - Электрон.текстовые дан. (1 файл : 3,49 МБ). - Текст : электронный. <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Download/MObject/8093>

Согласовано:

Ведущий специалист / Потапова Е.А. /  / 2023
Должность сотрудника научной библиотеки ФИО подпись дата

программное обеспечение

| |
|-----------------------|
| наименование |
| СПС Консультант Плюс |
| НЭБ РФ |
| ЭБС IPRBooks |
| АИБС "МегаПро" |
| ОС MicrosoftWindows |
| «МойОфис Стандартный» |

в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы:

1. Электронно-библиотечные системы:

1.1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». - Саратов, [2023]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.2. Образовательная платформа ЮРАЙТ : образовательный ресурс, электронная библиотека : сайт / ООО Электронное издательство «ЮРАЙТ». – Москва, [2023]. - URL: <https://urait.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.3. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : база данных : сайт / ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный медицинский консалтинг». – Москва, [2023]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.5. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО «Букап». – Томск, [2023]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/> . – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.6. ЭБС Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС «Лань». – Санкт-Петербург, [2023]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.7. ЭБС **Znanium.com** : электронно-библиотечная система : сайт / ООО «Знаниум». - Москва, [2023]. - URL: <http://znanium.com> . – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

2. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. / ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2023].

3. Базы данных периодических изданий:

3.1. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО «Научная Электронная Библиотека». – Москва, [2023]. – URL: <http://elibrary.ru>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный

4. Федеральная государственная информационная система

«Национальная электронная библиотека» : электронная библиотека : сайт / ФГБУ РГБ. – Москва, [2023]. – URL: <https://нэб.рф>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

5. [Российское образование](http://www.edu.ru) : федеральный портал / учредитель ФГАУ «ФИЦТО». – URL: <http://www.edu.ru>. – Текст : электронный.

6. Электронная библиотечная система УлГУ : модуль «Электронная библиотека» АБИС Мега-ПРО / ООО «Дата Экспресс». – URL: <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

Согласовано:

Ишениер Ведущий / Ишениер Ю.В. / И.И.И. / 20.06.2023
Должность сотрудника УИТИГ / ФИО / Подпись / Дата

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГИА

Используются следующие компоненты материально-технической базы:

- Аудиторный фонд
- Материально-технический фонд
- Библиотечный фонд

Аудиторный фонд - обустроенные аудитории для проведения государственного экзамена. Они оснащены столами, стульями, досками, техническим оборудованием. Для проведения государственной итоговой аттестации на этапе тестирования используется компьютерный класс. Библиотечный фонд укомплектован печатными и/или электронными изданиями основной и дополнительной учебной литературы..

8. СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В случае необходимости, обучающимся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья (по заявлению обучающегося) могут предлагаться одни из следующих вариантов восприятия информации с учетом их индивидуальных психофизических особенностей:

- для лиц с нарушениями зрения: в печатной форме увеличенным шрифтом; в форме электронного документа; в форме аудиофайла (перевод учебных материалов в аудиоформат); в печатной форме на языке Брайля; индивидуальные консультации с привлечением тифлосурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

- для лиц с нарушениями слуха: в печатной форме; в форме электронного документа; видеоматериалы с субтитрами; индивидуальные консультации с привлечением сурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

- для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата: в печатной форме; в форме электронного документа; в форме аудиофайла; индивидуальные задания и консультации.

В случае необходимости использования в учебном процессе частично дистанционных образовательных технологий организация работы с обучающимися с ОВЗ и инвалидами предусматривается в электронной информационно-образовательной среде с учетом их индивидуальных психофизических особенностей.

Разработчик

подпись

профессор

должность

Мидленко А.И.

ФИО