

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

Бабамуродов
С.В.

Номер внутриуниверситетской регистрации



В.С.
А.Б.У.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.56 (РФ); 074 (КР)

Нейрохирургия

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

На заседании кафедры неврологии,
нейрохирургии и медицинской генетики


Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О

Бишкек 2025

Визирование ГИА в очередном учебном году

ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году.

Председатель УМС факультета

 03 сентября 2020г.



Визирование ООП в очередном учебном году

ООП пересмотрена, обсуждена и одобрена для использования в 2021-2022 учебном году .

Декан медфакультета



Зарифьян А.Г.

09.09.2021г.

Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.56 нейрохирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101 и Постановлением Правительства КР №303 от 31.07.2007г.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена

Программу составили:

Мусабекова Тынар Обосбековна, , зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, к.м.н., доцент; Дюшеев Буранбек Джамгырчиевич, д.м.н., профессор; Василенко Виктория Викторовна, к.м.н., доцент.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
Цель государственной итоговой аттестации	6
Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	10
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	10
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	13
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	14
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	17

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - 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.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - 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;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(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;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.56 нейрохирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.56 нейрохирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса - июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее двух часов.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в отделениях нейрохирургии 1, 2 и нейротравмы 1, 2 Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования неврологического больного по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Исследование соматического статуса.
3. Исследование неврологического статуса
4. Обоснование топического неврологического диагноза и предварительного диагноза.
5. Назначение необходимого дополнительного обследования.

6. Проведение дифференциального диагноза.
7. Обоснование клинического диагноза.
8. Назначение комплексного лечения, включая тактику и виды оперативного вмешательства и реабилитационные мероприятия.
9. Прогноз и рекомендации, экспертиза .

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.56 нейрохирургия.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.56 нейрохирургия проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - невролога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ - 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное обследование больного с исследованием неврологического статуса. Ординатор выставляет топический неврологический и

предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение, включая тактику и виды оперативного вмешательства. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общий и биохимический анализ крови, исследование ликвора, результаты рентгенологических, электрофизиологических, ультразвуковых и нейровизуализационных методов исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Оценка	Требования к знаниям
Отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания образовательной программы, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации: обучающийся исчерпывающе, логически и аргументировано излагает материал вопроса, свободно отвечает на поставленные дополнительные вопросы, делает обоснованные выводы
Хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие/серьезные знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации, но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к применению их в нестандартной ситуации. Обучающийся демонстрирует знание базовых положений в профессиональной области; проявляет логичность и доказательность изложения материала, но допускает отдельные неточности при использовании ключевых понятий; в ответах на дополнительные вопросы имеются незначительные ошибки
Удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации
Неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему

	поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации
--	--

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам нейрохирургии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, внутричерепной гипертензии, отека, набухания, компрессии и дислокации мозга, судорожного синдрома, гипертермического синдрома, неотложная помощь при анафилактическом и спинальном шоках, комах различной этиологии и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой *отлично* оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии нейрохирургических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных нейрохирургических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях в нейрохирургии.

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии нейрохирургических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.

- Клинические проявления основных нейрохирургических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях в нейрохирургии.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии нейрохирургических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных нейрохирургических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях в нейрохирургии.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Нейрохирургия”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-нейрохирург” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-нейрохирург”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

1. История развития нейрохирургии.
2. Понятие черепно-мозговой травмы. Классификация.
3. Биомеханика ЧМТ. Патогенез.
4. Особенности классификации черепно-мозговой травмы у детей.
5. Внутрочерепная гипертензия. Отек, набухание головного мозга, виды отека головного мозга. Лечение внутрочерепной гипертензии.
6. Виды дислокаций головного мозга.
7. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
8. Ушибы головного мозга. Классификация. Диагностика, лечение.
9. Диффузно-аксональное повреждение головного мозга. Классификация, клиника, лечение. Исходы.

10. Компрессия головного мозга (внутричерепные гематомы, субдуральные гидромы, вдавленные переломы, пневмоцефалия). Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
11. Понятие закрытой, открытой и проникающей ЧМТ. Особенности течения и лечения ОПЧМТ.
12. Классификации внутричерепных гематом, источники их формирования.
13. Сдавление головы. Клиника, диагностика и лечение.
14. Сочетанная черепно-мозговая травма, клиника, диагностика, лечение на этапах эвакуации.
15. Повторная черепно-мозговая травма - особенности течения, лечения.
16. Диагностика черепно-мозговой травмы. Клинико-диагностические алгоритмы диагностики черепно-мозговой травмы (клинический, компьютерный, ультразвуковой, комбинированный).
17. Общие принципы консервативного лечения ЧМТ. Показания к оперативному лечению. Выбор хирургического метода лечения в зависимости от сроков и причин компрессии мозга.
18. Особенности диагностики, течения и лечения ЧМТ у детей.
19. Родовая травма.
20. Нейрореанимация при ЧМТ.
21. Травматическая болезнь головного мозга, патогенез, периодизация.
22. Осложнения и последствия ЧМТ.
23. Осложненные травмы позвоночника. Классификация. Топическая диагностика.
24. Параклинические методы диагностики при сложной спинальной травме. Рентгенография, КТ, МРТ. Инвазивные методы диагностики: ликворологические исследования (люмбальная, вентрикулярная, субокципитальная пункция), пробы на блок субарахноидальных пространств. Позитивная миелография.
25. Показания к оперативному лечению. Показания к стабилизирующим операциям. Виды оперативных вмешательств и стабилизирующих трансплантатов и систем.
26. Консервативная терапия (вытяжение, закрытое вправление вывихов и т.д.). Особенности послеоперационного ведения больных. Профилактика трофических нарушений, легочных, урологических осложнений.
27. Этиология опухолей головного мозга. Классификации опухолей головного мозга.
28. Особенности локализации и митотической активности опухолей головного мозга от возраста.
29. Топическая диагностика опухолей головного мозга.
30. Офтальмодиагностика опухолей головного мозга
31. Отоневрологическая диагностика опухолей головного мозга.
32. Диагностика опухолей головного мозга от ультразвука к КТ и/или МРТ с контрастированием, селективная ангиография.
33. Методы лечения опухолей головного мозга – консервативные (химиотерапия, лучевая, радиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия, лазерная фотодинамическая терапия), комбинированные, хирургические. Виды хирургического лечения опухолей головного мозга.
34. Интраоперационная ультразвуковая навигация, ультразвуковой контроль качества выполнения оперативного вмешательства и диагностика ранних послеоперационных осложнений.

35. Особенности до и послеоперационного ведения нейроонкологических больных.
36. Опухоли спинного мозга. Классификация. Клиника. Топическая диагностика.
37. Параклинические методы диагностики опухолей спинного мозга. Рентгенография, КТ, МРТ. Инвазивные методы диагностики: люмбальная пункция (ликворологические исследования), пробы на блок субарахноидальных пространств. Позитивная миелография.
38. Показания к оперативному лечению опухолей спинного мозга. Показания к стабилизирующим операциям. Комбинированная терапия.
39. Особенности послеоперационного ведения больных. Профилактика трофических нарушений, легочных, урологических осложнений.
40. Кровоснабжение головного мозга: анатомия и физиология.
41. Аномалии развития сосудов головного мозга (аневризмы, мальформации). Классификация.
42. Острые нарушения мозгового кровообращения. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Этиология сосудистых заболеваний головного мозга.
43. Патофизиология мозгового кровообращения при закупорке мозговых артерий и показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств.
44. Кровоизлияние в мозг: этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
45. Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние: этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
46. Показания к хирургическому лечению при внутричерепных кровоизлияниях нетравматического генеза.
47. Оценка тяжести состояния больного при внутричерепных кровоизлияниях нетравматического генеза.
48. Виды хирургического лечения внутричерепных гематом, аневризм, мальформаций. Фибринолитическая терапия.
49. Параклинические методы диагностики острых нарушений мозгового кровообращения - КТ и МРТ, ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное и триплексное сканирование, транскраниальная доплерография, ангиография.
50. Реабилитация больных, перенесших инсульт.
51. Кровоснабжение спинного мозга.
52. Нарушения спинального кровообращения. Лечение спинальных сосудистых мальформаций (радиохирургия, открытая хирургия), показания. Основной метод диагностики – селективная ангиография.
53. Клиника верхне-плечевого плексита, ниже-плечевого плексита, тотального плечевого плексита, посттравматического радикулита.
54. Клиника повреждения локтевого нерва.
55. Клиника повреждения срединного нерва. 56. Клиника повреждения лучевого нерва.
56. Клиника повреждения седалищного нерва.
57. Клиника повреждения бедренного нерва.
58. Клиника повреждения наружного кожного нерва бедра.
59. Клиника повреждения малоберцового нерва.
60. Клиника повреждения большеберцового нерва.
61. Диагностика повреждения нерва (элетромиография). Понятие об эпиневральном, периневральном швах. Показания и сроки оперативного лечения. Консервативное лечение.

62. Невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение. Хирургические методы лечения, лечебные блокады.
63. Вертеброгенные неврологические нарушения и другие скелетномышечные расстройства. Люмбоишиалгии и цервикобрахиалгии. Миофасциальный синдром. Фибромиалгия. Клиника и патогенетическое лечение.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача 1. Женщина 28 лет после беременности и срочных родов стала жаловаться на боли в правом подреберье и в позвоночнике. Боли не зависели от характера пищи, были постоянными, усиливались в ночное время. Лечилась у терапевта с диагнозом холецистит, панкреатит. Постепенно боли усиливались, приняли отчетливо опоясывающий характер, из-за болей не могла спать, вертикальное положение несколько уменьшало болевые ощущения. В дальнейшем к этим явлениям присоединилось чувство онемения в левой стопе, а через некоторое время чувство тяжести и утомляемости в правой ноге. В течение года слабость в ноге увеличилась, чувство онемения постепенно распространилось на голень, бедро и нижнюю часть живота. При обследовании в неврологическом стационаре установлено следующее: функция черепно-мозговых нервов не нарушена. Со стороны верхних конечностей отклонения от нормы нет. В ногах – резкое ограничение объема активных движений, в правой ноге с грубым снижением мышечной силы, в левой ноге снижение силы выявляется только при пробе Барре. Коленные и ахилловы рефлексы высокие справа, слева они также повышены. Тонус мышц повышен по пирамидному типу. Имеется выраженный с. Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Бехтерева справа, с. Бабинского нерезко выраженный слева. Защитные рефлексы вызываются до уровня пупка. Имеется резко выраженное нарушение мышечно-суставного чувства в правой ноге. Болевая и температурная чувствительность снижена слева по проводниковому типу до уровня пупка. При резком кашле боли отдают в область правого подреберья. Какова локализация поражения? Как называется описанный здесь синдром? Какие дополнительные методы исследования необходимо сделать?

Задача 2. У мужчины 50 лет появились сильные боли в ногах то справа, то слева, главным образом по ночам. Боли носят ноющий характер. Через некоторое время он стал отмечать неустойчивость при ходьбе, усиливающуюся при плохом освещении. Один раз больной упал во время умывания. В неврологическом статусе: узкие зрачки, вяло реагирующие на свет. Реакция на конвергенцию сохранена. Снижен слух на левое ухо. Объем движений и мышечная сила в руках и ногах достаточные. Резко снижен мышечный тонус в нижних конечностях. Сухожильные рефлексы на руках вызываются, коленные и ахилловы – отсутствуют. Поверхностная чувствительность сохранена, за исключением полосы гипестезии Д3 - Д5 слева. Больной путает направление движения пальцев на обеих ногах, не может назвать пальцы. Резко нарушена вибрационная чувствительность. В позе Ромберга с закрытыми глазами резко пошатывается. Имеется некоторое затруднение мочеиспускания. На глазном дне – диск зрительного нерва сероватого цвета, артерии узкие, вены нормального калибра. Какова локализация процесса? Как называются описанные синдромы? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 3. Больная обратилась к врачу с жалобами на головную боль, усиливающуюся в утренние часы, иногда с тошнотой и рвотой, на затуманивание зрения, особенно при наклоне вниз или при физическом напряжении, пошатывание влево при ходьбе, неловкость в левой руке. Из анамнеза удалось установить, что около 10 лет имеется прогрессирующее снижение слуха на левое ухо, которое врачами объяснялось как осложнение гриппа. Головные боли появились около года назад, вначале были не постоянными и несильными, а в последние месяцы они резко усилились, присоединились выше описанные жалобы. В неврологическом статусе выявлено резкое снижение левого корнеального рефлекса, легкая слабость мускулатуры левой половины лица, отсутствие слуха на левое ухо. Имеется отчетливое промахивание при пальценосовой и коленопяточной пробах слева, в позе Ромберга отклоняется влево. Мышечный тонус в левой руке и ноге снижен. Сухожильные рефлексы оживлены, больше справа. Брюшные рефлексы справа резко снижены. На глазном дне обнаружен застойный сосок зрительного нерва с кровоизлияниями. В ликворе белок 1,32; цитоз 5/3. Какова локализация поражения? Методы диагностики?

Задача 4. В поликлинику обратился мужчина 50 лет с жалобами на боли и онемение пальцев рук и ног, нарушение походки, снижение памяти. Эти явления беспокоят больного уже в течение нескольких месяцев, но за последнее время они стали особенно резко выраженными. При осмотре: больной пониженного питания, лицо одутловато с цианотичным оттенком. Одет небрежно. Неопрятен. Артериальное давление 120/60 мм. Тоны сердца резко приглушены. Пальпируется плотный край печени. Язык обложен желтовато-бурым налетом. Склеры инъецированы. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии нет, за исключением резко выраженных рефлексов орального автоматизма. Объем движений во всех конечностях полный, мышечная сила снижена в кистях и, особенно, в стопах. При ходьбе намечается «степпаж». Сухожильные рефлексы на руках и ногах отсутствуют. Отмечаются мышечные гипотрофии в области голеней, стоп, кистей. Грубо расстроена глубокая чувствительность, особенно в ногах, менее резко – в руках. Поверхностная чувствительность снижена на руках с уровня лучезапястных суставов, на ногах – с уровня коленных. На стопах укол воспринимается как прикосновение горячего предмета. Положительны с. Кернига и Лассега с 2 сторон. Имеется болезненность при давлении в точках Валле. При пальценосовой и коленопяточной пробах имеется грубое промахивание при закрытых глазах. В позе Ромберга пошатывается, особенно с закрытыми глазами. Какова локализация процесса? Назовите описанные синдромы. Какие дополнительные методы исследования следует сделать в этом случае?

2.3. Примерный перечень тестов, выносимых на государственную аттестацию

1. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:
 - 1) кортикоспинальных;
 - 2) кортиконуклеарных;
 - 3) лобно-мосто-мозжечковых;
 - 4) руброспинальных;
 - 5) пучка Тюрка. #
2. Патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:
 - 1) Бабинского;

- 2) Оппенгейма;
 - 3) Россолимо;
 - 4) Гордона;
 - 5) Шеффера.
3. . Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне сегментов спинного мозга:
- 1) С3-С4;
 - 2) С5-С6;
 - 3) С7-С8;
 - 4) С8-Th1;
 - 5) Th1-Th2.
4. Сегментарный парасимпатический аппарат включает в себя:
- 1) боковые рога спинного мозга;
 - 2) паравертебральную цепочку;
 - 3) вегетативные ядра таламуса и лимбического мозга;
 - 4) вегетативные ядра ствола мозга и спинальный тазовый центр;
 - 5) гипоталамус и вегетативные клетки коры головного мозга.
5. Назальная и ушная ликворрея является свидетельством:
- 1) абсцесса головного мозга.
 - 2) перелом основания черепа.
 - 3) супратенториальных опухолей.
 - 4) грыж поясничных дисков.
 - 5) переломом свода черепа
6. Патологоанатомические изменения при диффузно-аксональном повреждении мозга (ДАП):
- 1) разрывы аксонов
 - 2) микроскопические разрывы в области мозолистого тела
 - 3) разрыв в области перехода ствола мозга в спинной мозг
 - 4) ушиб лобной доли
 - 5) размозжение вещества мозга
7. К сдавлению, смещению и деформации головного мозга приводят все факторы, кроме:
- 1) внутричерепные гематомы.
 - 2) очаги ушиба.
 - 3) пневмоцефалия.
 - 4) переломы основания черепа.
 - 5) опухоли головного мозга
8. Односторонняя глухота встречается:
- 1) при опухолях мозжечка.
 - 2) при опухолях среднего мозга.
 - 3) при кранио-вертебральных опухолях.
 - 4) при невриноме VIII нерва.
 - 5) при опухолях лобной доли
9. . Какие характерны симптомы при опухолях мозжечка:
- 1) тотальная афазия.
 - 2) джексоновские эпилептические припадки.

- 3) галлюцинации.
- 4) гемипарез
- 5) статическая и динамическая атаксия.
10. Симптом Лассега характерен для:
 - 1) пояснично-крестцового радикулита.
 - 2) межреберной невралгии.
 - 3) шейно-плечевого радикулита.
 - 4) геморрагического инсульта.
 - 5) интрамедуллярной опухоли спинного мозга
11. Гормеотонические судороги характерны для: 5
 - 1) эпидуральной гематомы
 - 2) субарахноидального кровоизлияния.
 - 3) паренхиматозного кровоизлияния.
 - 4) субарахноидально-паренхиматозного кровоизлияния.
 - 5) субарахноидально-паренхиматозного кровоизлияния с прорывом крови в желудочки мозга.
12. К повышению внутричерепного давления могут приводить следующие причины, кроме:
 - 1) увеличение секреции спинномозговой жидкости.
 - 2) уменьшение реабсорбции спинномозговой жидкости.
 - 3) отек головного мозга .
 - 4) объемные внутричерепные процессы.
 - 5) поражение подкорковых структур.
13. При опухолях спинного мозга для диагностики типично:
 - 1) наличие белково-клеточной диссоциации в ликворе
 - 2) наличие клеточно-белковой диссоциации в ликворе
 - 3) симптом Фостера-Кеннеди
 - 4) все перечисленное верно
 - 5) все перечисленное не верно
14. При увеличении субарахноидального пространства гидроцефалия является:
 - 1) внутренней
 - 2) наружной
 - 3) сообщающейся
 - 4) смешанной
 - 5) конвексительной
15. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить
 - 1) компьютерную томографию
 - 2) компьютерную томографию с контрастированием
 - 3) магнитно-резонансную томографию
 - 4) позитронно-эмиссионную томографию
 - 5) все методы одинаково информативны

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Крылов В.В. Нейрохирургия и нейрореаниматология - монография Москва, ИД "АБВ-пресс"2018;
2. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение. Клиническое руководство ГЭОТАР-МЕД, 2014;
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи: Клиническое руководство Изд. Практическая медицина.М 2013;
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия. Учебное пособие Москва: ГЭОТАР-Медиа 2015;

Дополнительная литература

1. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. Хирургия деформаций позвоночника . Учебное пособие Новосибирск: Сибирское университетское издательство 2017;
2. Румболдт З. КТ- и МРТ-визуализация головного мозга. Подход на основе изображений - монография М: МЕДпресс-информ 2016;
3. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы - учебник МЕДпресс-информ" 2014;
4. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Нейротравматология - справочник Ростов н/Д: Феникс 1999;
5. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Годков И.М. Эндоскопическая хирургия геморрагического инсульта: монография Москва, Бином 2014;
6. Крылов В.В. Хирургия аневризм головного мозга: монография М 2011;
7. Крылов В.В., Петриков С.С., Солодов А.А. Внутричерепная гипертензия: монография Москва, Бином 2016;
8. Латышева В.Я., Дривотинов Б.В., Неврология и нейрохирургия - учебное пособие Минск: Вышэйшая школа 2013;
9. Одинак М.М. Заболевания и травмы периферической нервной системы. Учебное пособие СПб. : СпецЛит 2009;
10. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: учебник Москва: ГЭОТАР-Медиа 2013;
11. Григорьев Е.В., Чурляев Ю.А. Тяжелая черепно-мозговая травма. Клиническая патофизиология, анестезия и интенсивная терапия - учебное пособие Кемерово: Кемеровская государственная медицинская академия 2006;