

Министерство науки и высшего образования РФ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Медицинский факультет  
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации

*А.И. Мидленко*

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ  
ОРДИНАТОРОВ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.56 «НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Методические указания

**Ульяновск 2020**

УДК  
ББК  
М


*Печатается по решению Ученого совета  
Института медицины, экологии физической культуры  
Ульяновского государственного университета*

**Разработчик – д.м.н. профессор А.И. Мидленко**  
**Рецензент – д.м.н. профессор В.В. Машин**

Методические указания для самостоятельной организации работы ординаторов при подготовке к проведению государственной итоговой аттестации по специальности 31.8.56 «Нейрохирургия» - Мидленко А.И., Ульяновск, УлГУ, 2020.

Методические указания подготовлены в соответствии с требованиями рабочей программы и содержат методические рекомендации по самостоятельной подготовке к государственной итоговой аттестации, согласно действующему учебному плану. Методические указания предназначены для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия».

### Лист внесения изменений

В рабочую программу внесены изменения и дополнения на заседании кафедры		Заведующий кафедрой	
Протокол	Дата	Подпись	Дата
№ <u>200</u>	“ <u>12</u> ” мая 2022 г.		“ <u>12</u> ” мая 2022 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 202 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 203 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.
№ _____	“ _____ ” _____ 202 г.		“ _____ ” _____ 204 г.

1. Цели и задачи государственной итоговой аттестации (ГИА0).....	5
2. Место в структуре ОПОП.....	5
3. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности...	5
4. Проведение государственной итоговой аттестации (ГИА).....	7
5.Фонд оценочных средств, для государственной итоговой аттестации (ФОС ГИА)	9
6. Материально-техническое обеспечение ГИА.....	106
7.Специальные условия для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидов.....	107
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	107

## **1. Цели и задачи государственной итоговой аттестации (ГИА)**

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.

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. Проведение государственной итоговой аттестации (ГИА)**

### **4.1. Форма проведения**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.56 «Нейрохирургия» проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится устно или письменно и состоит из 3-х этапов, включает следующие обязательные аттестационные испытания:

1 этап- проверка уровня общей теоретической подготовленности (междисциплинарное тестирование);

2 этап-проверка уровня освоения практических навыков (практические умения);

3 этап-оценка умений решать профессиональные задачи в ходе собеседования по теоретическим вопросам (междисциплинарное собеседование).

Результаты первого аттестационного испытания являются основанием для допуска к последующему этапу.

Результаты всех этапов определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка за государственный экзамен выставляется как средняя оценка за 3 этапа испытаний.

### **4.2. Процедура проведения государственного экзамена**

4.2.1. 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».

4.2.2. Деканат, совместно с выпускающей кафедрой за 2 недели до начала аттестационного испытания формируют проект приказа по университету о допуске ординаторов к сдаче государственного экзамена

4.2.3. ГИА проводится по утвержденной программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен и рекомендаций обучающихся по подготовке к экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу междисциплинарного государственного экзамена.

4.2.4. Экзаменационные билеты, методические рекомендации, программа ГИА подготавливаются выпускающей кафедрой. Банк заданий в тестовой форме, заданий для проверки умений, навыков, ситуационные задачи разрабатываются в полном соответствии с реализуемыми рабочими программами изучаемых курсов.

1 этап – междисциплинарное тестирование. Проводится по банку заданий в тестовой форме. Каждый студент отвечает на 100 вопросов из предлагаемых ответов на каждый вопрос 1 ответ правильный. Время для ответа на 1 вопрос в среднем 1 минута, общее время для ответа на 60 вопросов составляет 60 минут. Возможен компьютерный и бумажный вариант выполнения заданий. Результат знаний объявляется студентам в этот же день в виде количественной оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», студент получивший «неудовлетворительно» не допускается к следующему этапу.

2 этап – проверка сформулированности компетенций по выполнению практических заданий, позволяющих ординатору демонстрировать умения и навыки. Задания данного этапа оформлены в виде экзаменационного билета. Количество билетов на 1/3 превышает количество сдающих ординаторов. Время для подготовки на II этапе государственного экзамена - 20 мин, время для ответа - 10 мин. Второй этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

3 этап – собеседование по теоретическим вопросам. На подготовку к ответу дается время 30 минут, для ответа 10 минут. Третий этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Пример вопросов по государственному экзамену и критерии шкалы оценивания приведены в фонде оценочных средств программы ГИА.

Программа ГИА и ФОС утверждаются на ученом совете ИМЭиФК и ежегодно актуализируются, не позднее, чем за полгода ординаторы выпускники должны быть ознакомлены с программой.

Экзаменационные билеты разрабатываются на основании программы государственного экзамена в полном соответствии с реализуемыми рабочими программами изучаемых курсов и содержат не менее двух вопросов из разных разделов программы.

При подготовке к экзамену обучающийся ведет записи в листе устного ответа. По окончании ответа лист устного ответа, подписанный обучающимся, сдается экзаменатору.

4.2.5. В день проведения государственного экзамена секретарь государственной экзаменационной комиссии предоставляет членам государственной экзаменационной комиссии следующий пакет документов:

- приказ «О допуске к итоговому государственному экзамену» каждому члену ГИА;
- приказ «Об утверждении состава государственной экзаменационной комиссии и апелляционной комиссии» и приложение к приказу «График работы государственной экзаменационной комиссии»;
- протокол заседания государственной экзаменационной комиссии о сдаче государственного экзамена на каждого ординатора;
- зачетные книжки студентов, допущенных к сдаче государственного экзамена;
- билеты государственного экзамена.

4.2.6. Секретарь государственной экзаменационной комиссии представляет каждому члену комиссии список ординаторов, допущенных к сдаче экзамена, и организует выдачу билетов государственного экзамена.

4.2.7. В течение заседания государственной экзаменационной комиссии секретарь ведёт протоколы о сдаче государственного экзамена, в которых фиксируются оценка, особое мнение или замечания комиссии.

4.2.8. В учебной карточке и зачетной книжке ординатора секретарь государственной экзаменационной комиссии делает запись о сдаче государственного экзамена с указанием оценки.

4.2.9. После окончания экзамена секретарь государственной экзаменационной комиссии передаёт в течении 10 дней в учебно-методическое управление, подшитые в книгу протоколы заседания государственной экзаменационной комиссии о сдаче государственного экзамена на каждого ординатора и отчёт председателя «О результатах работы государственной экзаменационной комиссии». В деканат факультета секретарём



передаётся итоговый (подписанный председателем) список ординаторов, сдавших государственный экзамен с указанием полученной оценки.

4.2.10. В ходе собеседования члены экзаменационной комиссии оценивают целостность профессиональной подготовки выпускника, то есть уровень его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

Итоговая оценка выставляется выпускнику после обсуждения его ответов членами экзаменационной комиссии по пятибалльной системе.

Решения государственной экзаменационной комиссии принимаются на закрытом заседании большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии обладает правом решающего голоса.

Результаты аттестации объявляются выпускникам в тот же день после оформления и утверждения протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии.

Итоги государственной аттестации выпускников оформляются в виде Отчета председателя о работе государственной экзаменационной комиссии. Отчет заслушивается на ученом Совете Института медицины, экологии и физической культуры.

Решение государственной экзаменационной комиссии о присвоении квалификации выпускникам, прошедшим государственную итоговую аттестацию, и выдаче соответствующего диплома о высшем профессиональном образовании объявляется приказом ректора университета.

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

### 5.1. Цель создания ФОС

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.

### 5.2 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"> <li>1. Альтернирующие параличи при поражении моста мозга.</li> <li>2. Альтернирующие параличи при поражении продолговатого мозга.</li> <li>3. Альтернирующие параличи при поражении среднего мозга.</li> <li>4. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования. Формы нарушений сознания. Деструктивные и метаболические комы.</li> <li>5. Атаксии, клинические характеристики и различия.</li> <li>6. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.</li> <li>7. Варианты изменения мышечного тонуса, клиническое значение.</li> <li>8. Вегетативные (автономные) синдромы. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный синдром. Психовегетативный синдром.</li> <li>9. Виды нарушения походки.</li> <li>10. Внутренняя капсула. Синдромы внутренней капсулы.</li> <li>11. Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия, деменция.</li> <li>12. Синдромы лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.</li> <li>13. Геморрагический инсульт, классификация.</li> <li>14. Гипоталамические синдромы. Клинические варианты, синдромология,</li> <li>15. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения</li> <li>16. Дислокационные мозговые синдромы. Клиническая характеристика.</li> <li>17. Значение исследования глазного дна в клинике нервных болезней и нейрохирургии. Варианты изменений глазного дна.</li> <li>18. Зрачковый рефлекс и признаки его поражения; виды и причины анизокории; синдром Аргайла Робертсона, синдром Эйди.</li> </ol>

	<p>19. Зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях.</p> <p>20. Интракраниальный гипертензионный синдром, характеристика. Лекарственная коррекция.</p> <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</p>
--	--

	<p>патологические рефлексy, защитные спинальные рефлексy.</p> <p>42. Подъязычный нерв. Парез языка по центральному и периферическому типу.</p> <p>43. Поражения периферического отдела вегетативной 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. Синдром миелита: 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. Поясничной 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</p>
--	--



		<p>лечению.</p> <p>158. Супратенториальные глиобластомы.</p> <p>159. Классификация нейроэпителиальных опухолей.</p> <p>160. Медуллобластома мозжечка.</p> <p>161. Слуховая невринома.</p> <p>162. Ольфакторная менингеома.</p> <p>163. Птериональная менингеома.</p> <p>164. Хромофобная аденома гипофиза.</p> <p>165. Травматическая субдуральная гематома.</p> <p>166. Переломы черепа.</p> <p>167. Позвоночно-спинальная травма на шейном уровне.</p> <p>168. Позвоночно-спинальная травма нижнегрудного и поясничного отделов.</p> <p>169. Тяжелый ушиб мозга.</p> <p>170. Ушиб мозга средней тяжести.</p> <p>171. Поясничный остеохондроз.</p> <p>172. Шейный остеохондроз.</p> <p>173. Стереотаксический метод. Показания к стереотаксическим операциям.</p>
--	--	--

#### **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;"><b>Задача № 1.</b></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><b>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:</b> 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;"><b>STATUS PRAESENS</b></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. <b>ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ</b> 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. <b>ПУЛЬС</b> 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.</p> <p>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.</p>

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 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 мимопопаданием 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 рефлексy D>S с рук, D=S с ног, оживлены, двусторонние рефлексy Бабинского. Патологические рефлексy Россолимо, Маринеску-Радовичи. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище сохранена. Гипестезия в зоне иннервации C6-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 рефлексы D=S. Двусторонние рефлексы 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. 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

м 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. Брюшечная 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. Ухожильные 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. Гипестезия 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.

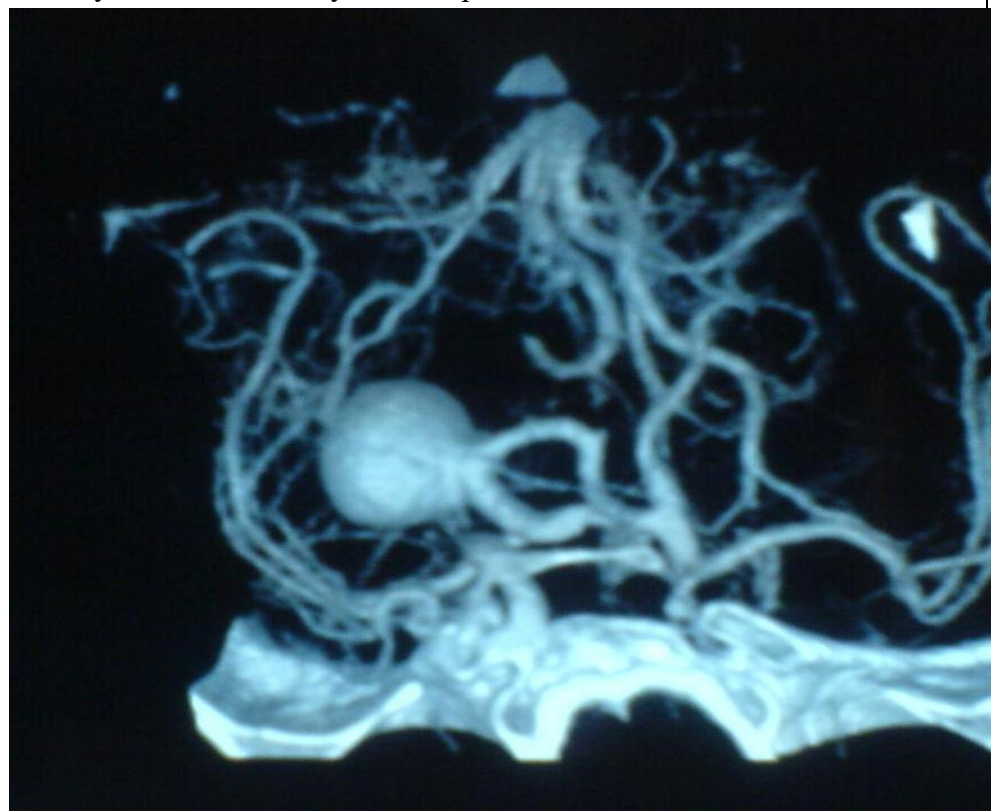
Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Птоз и расходящееся косоглазие слева. Глазные щели D>S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Девиация языка вправо. Тонус мышц 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.



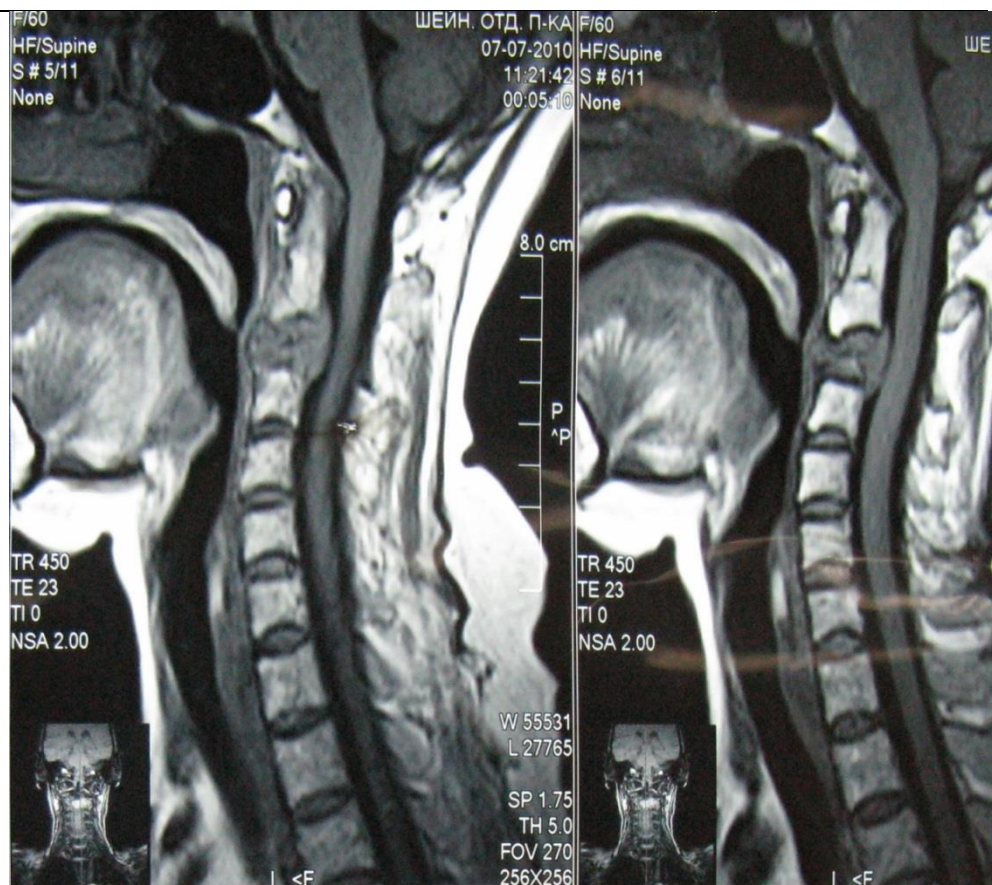
### Задача № 12.

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.

		<p>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.</p> <p>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&gt;S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Топический очаг поражения.</li> <li>2. Клинический диагноз.</li> <li>3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).</li> <li>4. Тактика лечения.</li> </ol> <p>Приложение к задаче 12.</p> <p>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. +.</p> <p>МР- томография шейного отдела позвоночника.</p>
--	--	--



### 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.

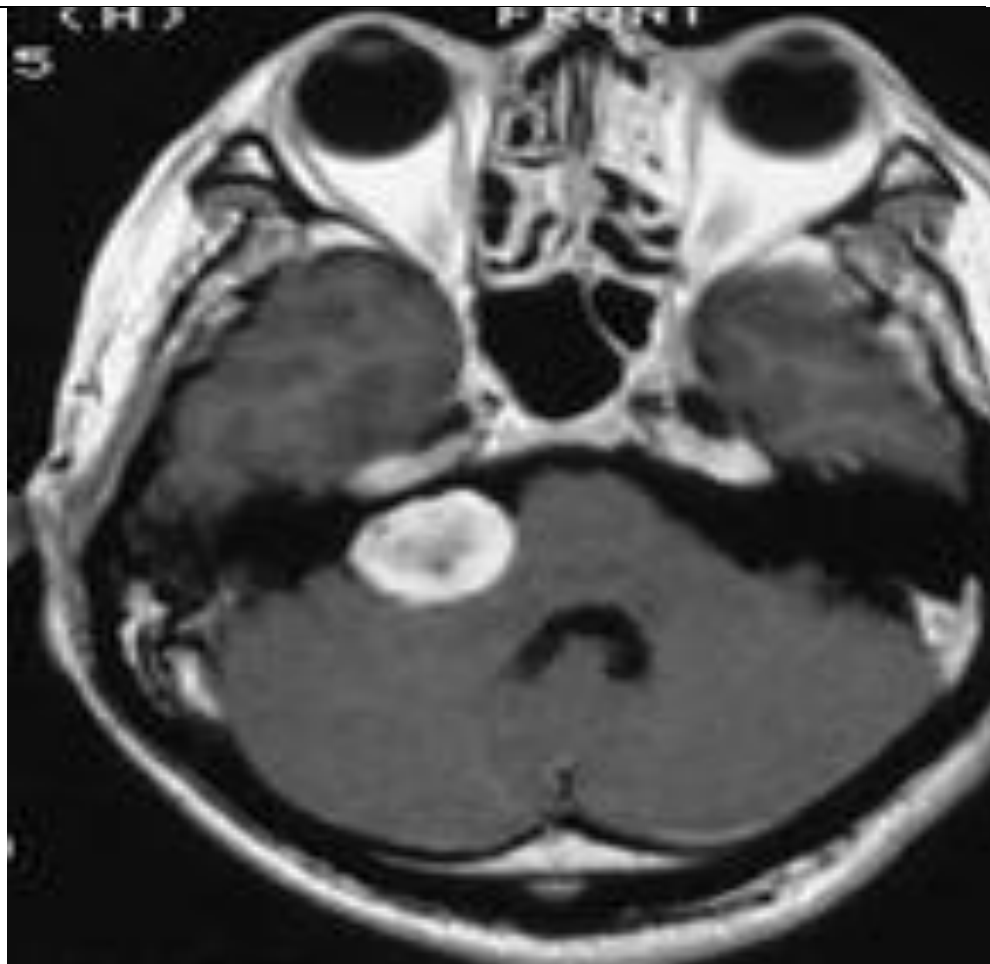
Со слов больной, заболевание началось с незначительного снижения слуха на правое ухо, отмеченное около 6 лет назад. Консультирована сурдологом. Патологии не выявлено. Через 3 года присоединилось головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к неврологу по месту жительства. Лечилась консервативно с 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,



	<p>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. Мочеиспускание нормальное.</p> <p>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 мимопопаданием справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Топический очаг поражения.</li> <li>2. Клинический диагноз.</li> <li>3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).</li> <li>4. Тактика лечения</li> </ol> <p>Приложение к задаче 13.</p>
--	--



#### 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. Клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный

к. 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 полей зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма отсутствует. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные углы симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Речь по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; патологический рефлексорный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. Векнорефлекторный фон 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.

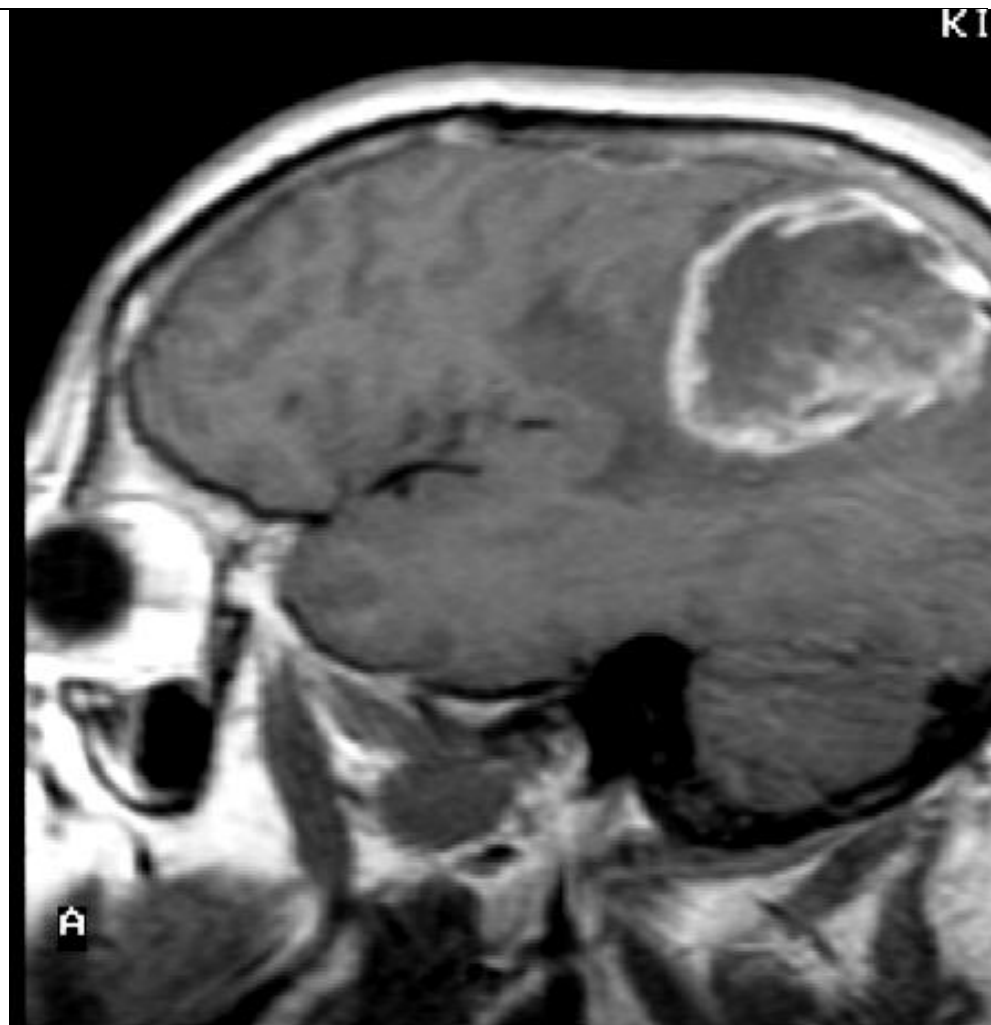
### Задача № 15.

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.

	<p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. 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 респираторный 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&gt;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>Укажите топический очаг поражения.</p> <p>Клинический диагноз.</p> <p>Дополнительные методы диагностики заболевания. (см. приложение к задаче). Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.</p> <p>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, выросла 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 ДВИЖЕНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Легочные вены сердца ясные, 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.

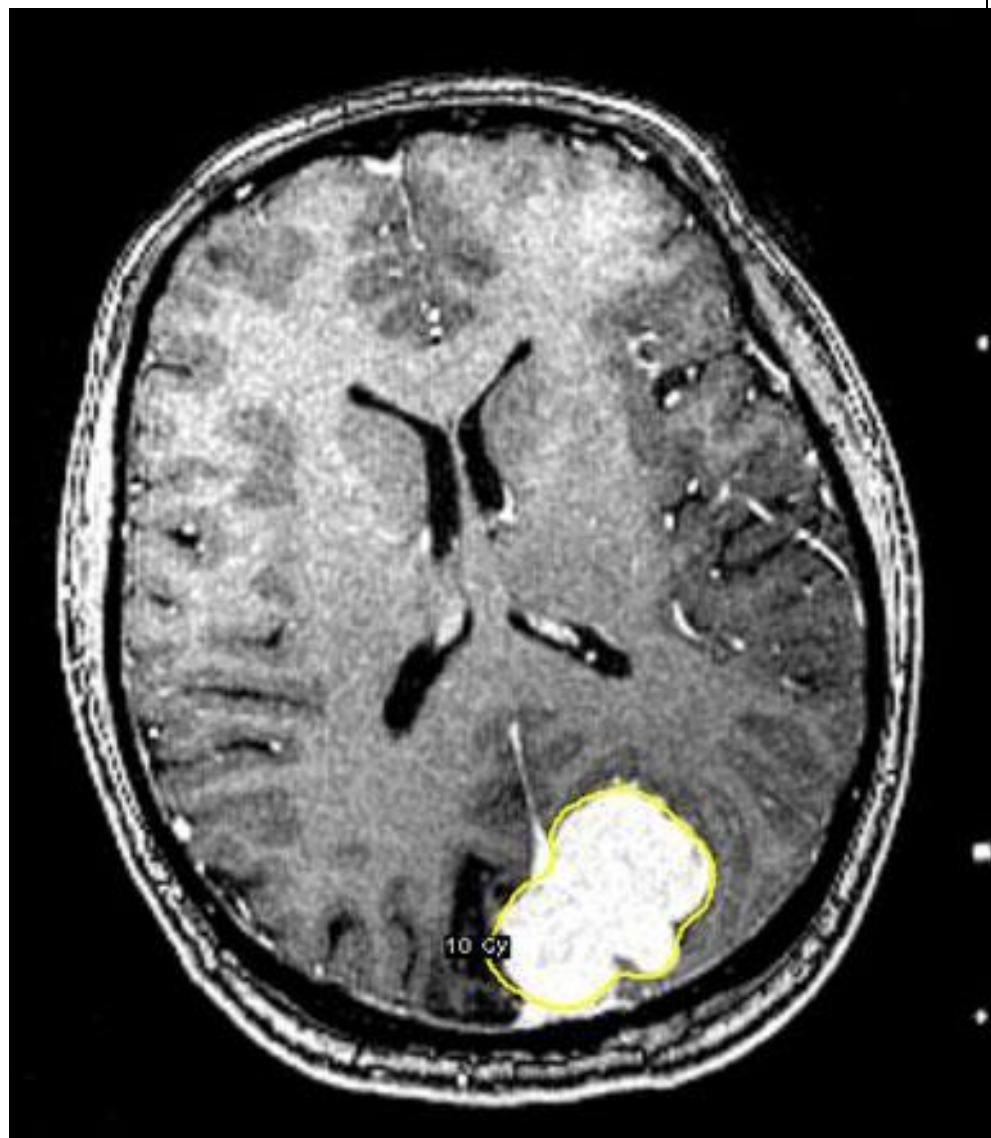
Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная 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.

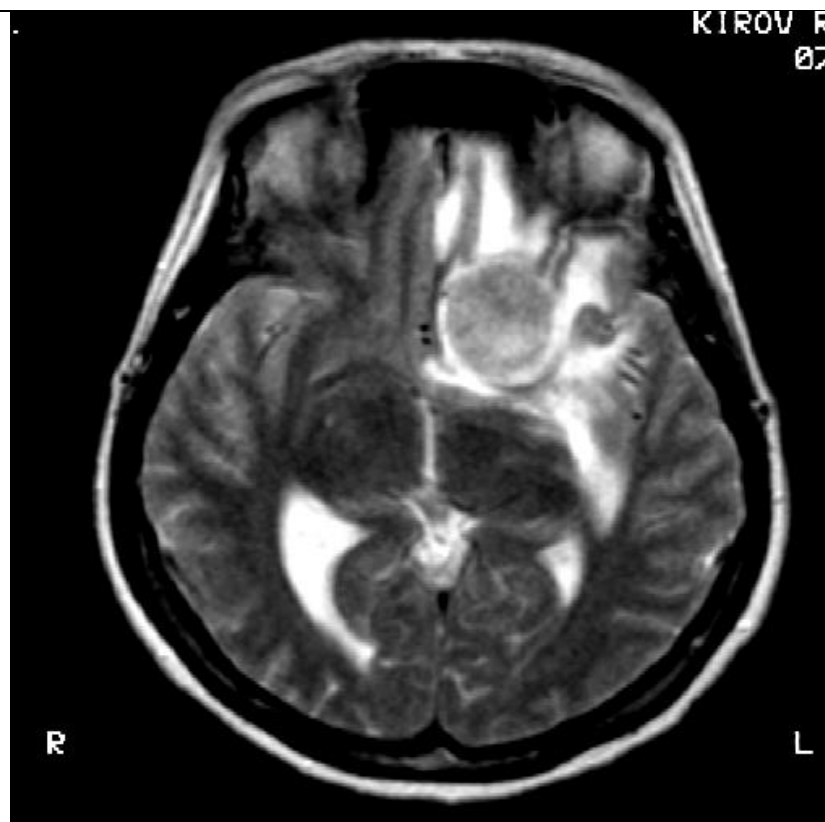
Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти.

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&gt;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"> <li>1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.</li> <li>2. Топический диагноз.</li> <li>3. Клинический диагноз.</li> <li>4. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).</li> <li>5. Лечение данного заболевания.</li> </ol> <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. Фокация 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.  <b>STATUS PRAESENS.</b></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><b>STATUS NEUROLOGICUS</b></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&lt;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"> <li>1. Укажите топический очаг поражения.</li> <li>2. Клинический диагноз.</li> <li>3. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.</li> <li>4. Лечение данного заболевания.</li> </ol>

**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"> <li>1. Организации при необходимости противоэпидемических мероприятий в очаге ЧС</li> <li>2. Выбора медикаментозной терапии для устранения боли</li> <li>3. Имобилизации поврежденных конечностей, позвоночника, таза, грудной клетки, головы и транспортировки в лечебное учреждение</li> <li>4. Организации медицинской помощи обожженным и требований к транспортным средствам при перевозке обожженных в специализированное медицинское учреждение.</li> <li>5. Выбора медикаментозной терапии с учетом объема поражения при оказании первой медицинской помощи с сочетанной травмой</li> <li>6. Принципы медицинской сортировки пострадавших</li> <li>7. Выбора терапевтических мероприятий для устранения травматического шока</li> <li>8. Обеспечения свободной проходимости дыхательных путей</li> <li>9. Техника выполнения непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки; прекардиальный удар; техника закрытого массажа сердца</li> <li>10. Оценка данных АД, как показателя нарушения кровообращения</li> <li>11. Оценка данные ЭКГ при острой патологии</li> <li>12. Оценка степени нарушений водного обмена и дисгидрии в организме как показателя тяжести сердечной недостаточности</li> <li>13. Выбор препаратов для купирования боли в сердце</li> </ol>

		<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. 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. Хромофобная 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 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. Поясничные остеохондрозы.</p> <p>73. Шейный остеохондроз.</p> <p>74. Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>75. Поясничные остеохондрозы. 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> <p>а) эпилепсия  б) дисциркуляторная энцефалопатия  в) опухоль мозга  г) инсульт  + д) всё вышеуказанное верно</p> <p>Вопрос №11  Что является одним из наиболее характерных проявлений синдрома периферической вегетативной недостаточности?</p> <p>а) боль  б) гипервентиляция  в) трофические изменения  + г) ортостатическая гипотензия  д) гипергидроз</p> <p>Вопрос №12  Чем определяется сущность понятия “ кома”?</p> <p>а) нарушением спонтанного дыхания  б) расстройством глотания и фонации  в) отсутствием спонтанной речи  + г) неразбудимость.</p> <p>Вопрос №13.  Чем чаще всего характеризуется туберкулезный менингит?</p> <p>а) чаще поражает конвекситальные отделы мозга  б) обязательно сочетается с активным ТВС процессом в других органах  в) сопровождается снижением уровня сахара в ликворе  + г) все в/у верно  д) все в/у неверно</p> <p>Вопрос №14  При поражении одного полушария мозжечка больной в какую сторону при ходьбе отклоняется больной?</p> <p>+ а.) в сторону очага  б) в противоположную сторону  в) равномерно в обе стороны</p> <p>Вопрос №15.  Для острых травматических гематом характерно:</p> <p>а) платибазия  б) синдром Брунса  в) синдром Фостер-Кеннеди</p>
--	--

		<p>г) пульсирующий экзофтальм + д) наличие “светлого” промежутка</p> <p>Вопрос №16 Что характерно дл осложненного перелома шейного отдела позвоночника? а) грубый горизонтальный нистагм б) верхний парапарез в) внутренняя гидроцефалия г) ижний парапарез + 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> <p>а) боли чаще локализуются в области виска, лба и/или супраорбитально</p> <p>б) имеется грубое нарушение поверхностной чувствительности в области пораженной ветви тройничного нерва</p> <p>в) возможно чередование стороны боли</p> <p>+ г) все в/у верно</p> <p>д) все в/у неверно</p> <p>Вопрос №42</p> <p>Чувство головокружения специфично для поражения:</p> <p>а) проводников глубокого мышечного чувства</p> <p>б) мозжечка</p> <p>в) вестибулярной системы</p> <p>+ г) все вышеуказанное верно</p> <p>д) все вышеуказанное неверно</p> <p>Вопрос №43</p> <p>Окклюзия внутренней сонной артерии :</p> <p>а) обычно приводит к нистагму</p> <p>б) может не вызывать никаких симптомов</p> <p>в) может вызывать синдром Броун-Секара</p> <p>г) все вышеуказанное верно</p> <p>+ д) все вышеуказанное неверно</p> <p>Вопрос №44</p> <p>Какие из симптомов соответствуют у пострадавшего клиника внутричерепной гематомы</p> <p>а) многократная рвота</p> <p>б) гипертермия</p> <p>+ в) анизокория</p> <p>г) гемипарез</p> <p>д) головная боль</p> <p>Вопрос №45</p> <p>Возможная причина люмбоишиалгического синдрома:</p> <p>а) корешковый синдром</p> <p>б) миофасциальный болевой синдром</p> <p>в) компрессионно-ишемическая невропатия седалищного нерва</p> <p>г) фасеточный синдром</p> <p>+ д) все в/у верно</p> <p>е) все в/у неверно</p> <p>Вопрос №46</p> <p>Огнестрельное ранение руки, приведшее к дистантному повреждению</p>
--	--

	<p>срединного нерва, может вызвать у больного:  + а) легко провоцируемую боль в руке  б) слабость при разгибании кисти  в) атрофию первой дорсальной межкостной мышцы  г) потерю чувствительности 5 пальца  д) пронацию руки</p> <p>Вопрос №47  Тупая травма локтя может вызвать:  а) свисание кисти  б) слабость короткой отводящей мышцы большого пальца  + в) “когтистую лапу”  г) супинацию руки  д) ограниченную пронацию предплечья</p> <p>Вопрос №48  Больному с эпендимомой задней черепной ямки угрожает смерть от:  + а) ущемления мозга в большом затылочном отверстии  б) эмболии, исходящей из опухоли  в) окклюзии сосуда опухолью  г) геморрагического некроза опухоли  д) эпилептического статуса</p> <p>Вопрос №49  Припадок может вызвать все нижеперечисленное, кроме:  а) субарахноидального кровоизлияния  б) пневмококкового менингита  + в) криптококкового менингита  г) субфронтальной менингиомы  д) рассеянного склероза</p> <p>Вопрос №50  Источником спонтанных кровоизлияний чаще всего являются:  а) опухоли спинного мозга  б) атеросклероз сосудов головного мозга  + в) аневризмы сосудов головного мозга  г) черепно-мозговая травма  д) васкулиты</p> <p>Вопрос №51  Ведущим симптомом спонтанного субарахноидального кровоизлияния является:  а) анизокория  б) гемипарез</p>
--	--

	<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> <p>а) резекционная трепанация  + б) трепанационное эндоскопическое удаление  в) краниопластика  г) полипэктомия  д) нейрорафия</p> <p>Вопрос №63  Ведущим методом обследования при травматической внутричерепной гематоме является:</p> <p>а) миелография  б) пневмоэнцефалография  + в) компьютерная томография  г) цистернография  д) ЭЭГ</p> <p>Вопрос №64  К последствиям перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы относится:</p> <p>а) синдром Броун-Секара  + б) порэнцефалия  в) пролактинома  г) дермоид  д) краниостеноз</p> <p>Вопрос №65  К методам лечения линейных переломов костей свода черепа относятся:</p> <p>а) остеосинтез скрепками  б) остеосинтез биологическим клеем  + в) не требует оперативного лечения  г) наложение аппарата Елизарова  д) наложение скелетного вытяжения</p> <p>Вопрос №66  Источником формирования субдуральных гематом являются:</p> <p>а) артерия Адамкевича  б) передние ворсинчатые артерии  в) задние ворсинчатые артерии  + г) дуго-пиальные перегородки, парасагитальные вены  д) вена прозрачной перегородки</p> <p>Вопрос №67  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> <p>а) в передней мозговой артерии б) в передней соединительной артерии в) в средней мозговой артерии + г) в задней соединительной артерии</p> <p>Вопрос №74 Ведущим методом диагностики артериальных аневризм является:</p> <p>а) миелография б) вентрикулография в) ЭХО-энцефалография г) ЭЭГ + д) церебральная ангиография</p> <p>Вопрос №75 Грыжа межпозвонкового диска клинически характеризуется:</p> <p>а) синдромом лестничной мышцы б) спастической кривошеей в) синдромом локтевого туннеля г) синдромом грушевидной мышцы + д) корешковым синдромом</p> <p>Вопрос №76 Причиной люмбаго является раздражение:</p> <p>а) дурального мешка б) спинальных корешков в) межпозвонковых суставов г) межпозвонкового диска д) задней продольной связки + е) все указанное верно</p> <p>Вопрос №77 Одним из методов лечения ишемического инсульта является:</p> <p>а) краниопластика б) ламинэктомия + в) экстра-интракраниальный анастомоз г) дилатация отверстия Монро д) синингостомия</p> <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:  + 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:  + 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:  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:  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?  + а) в белом веществе правого полушария ближе к коре  б) во внутренней капсуле справа</p>
--	---

	<p>в) в интерпариетальной борозде справа</p> <p>Вопрос №89 К ЧМТ легкой степени относятся:</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>а) по типу зеленой веточки + б) линейные в) оскольчатые г) многофрагментные д) остеопизиолизы</p> <p>Вопрос №93 Отоликворея является признаком перелома основания черепа через</p> <p>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, позволяющим отличить первично деструктивную кому от метаболической:</p>
--	--

	<p>+ а) асимметричное нарушение глазодвигательных функций  б) гемипарез  в) рвота  г) сохранность реакции зрачков на свет</p> <p>Вопрос №95  Западение большого родничка является признаком внутричерепного давления  + а) сниженного  б) нормального  в) высокого  г) систолического  д) диастолического</p> <p>Вопрос №96  Перелом костей свода черепа при целостности кожных покровов с повреждением dura mater является черепно - мозговой травмой  а) открытой проникающей  б) открытой непроникающей  + в) закрытой с повреждением костей черепа  г).закрытой без повреждением костей черепа  д) открытой с повреждением пазух</p> <p>Вопрос №97  При сдавлении головного мозга "светлый промежуток времени" наблюдается при гематоме  + а) эпидуральной  б) субдуральной  в) внутримозговой  г) внутрижелудочковой  д) множественных</p> <p>Вопрос №98  Выберите неверный ответ.  Что нельзя делать при височно-тенториальной дислокации головного мозга  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> <p>Вопрос №99  Выпадение сухожильных рефлексов (коленного или ахилова), как правило, не наблюдается при поражении корешка:</p>
--	---

	<p>+ а) L 4 б) L 5 в) S 1</p> <p>Вопрос №100 Выберите абсолютно неверный ответ. Существуют следующие виды глиом: а) астроцитомы; б) олигодендроглиомы; в) эпендимомы; + г) менингиомы; д) глиобластомы.</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-л	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.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 1**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:

Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации

Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_\_

Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)

ФИО

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Аневризмиаческая болезнь головного мозга (Классификация, патогенез, локализация).
2. Принципы лечения больных с повреждением периферических нервов (сроки, виды).
3. Ситуационная задача № 1

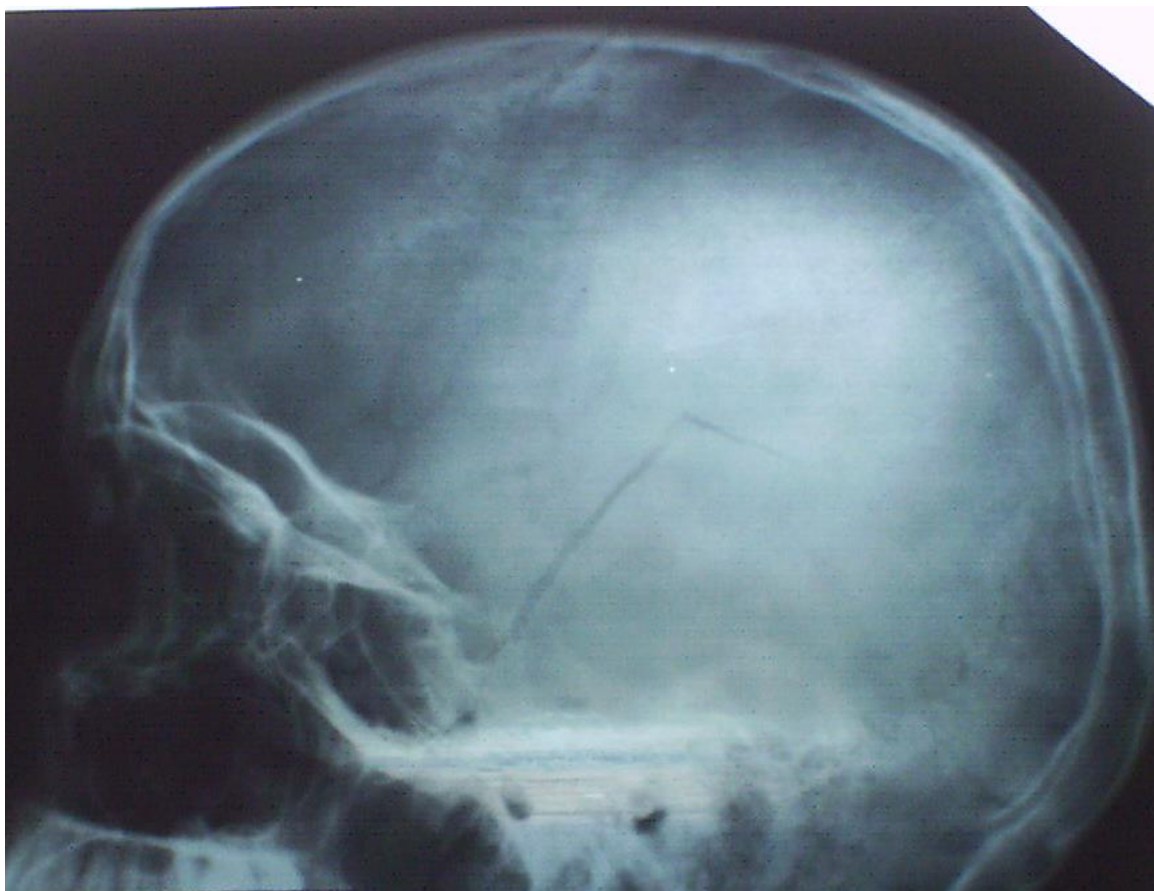
### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №1

Больной 43 лет доставлен бригадой скорой помощи с места происшествия. Обстоятельства травмы: во время драки ударили металлическим предметом по голове. Отмечает потерю сознания на 5-7 минут. Локально в левой височной области кровоподтек, отечность мягких тканей. В сознании, адекватен по шкале комы Глазго -14 баллов. Со стороны 12 пар ЧМН без патологии. Элементы моторной афазии. Гемипарез справа. Ригидность мышц затылка. Симптом Бабинского справа. На обзорной рентгенограмме черепа визуализируется перелом левой височной кости с переходом на основание.

Выберите вариант диагноза:

1. Закрытая черепно-мозговая травма. ушиб головного мозга средней степени тяжести, перелом височной кости слева с переходом на основание, ушиб мягких тканей головы.
2. Открытая непроникающая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, перелом левой височной кости с переходом на основание, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб мягких тканей головы.
3. Открытая проникающая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, перелом левой височной кости с переходом на основание, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб мягких тканей головы..

Ваша диагностическая и лечебная тактика.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 2**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Классификация Острых нарушений мозгового кровообращения.
2. Принципы лечения больных при внутричерепной гипертензии и дислокационных синдромах.
3. Ситуационная задача № 2

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №2

Подросток на мопеде въехал в железные ворота. Ударился лбом с потерей сознания. Бригадой скорой помощи доставлен в приемный покой. При поступлении уровень сознания оглушения тяжелой степени По шкале Комы Глазго 12 баллов. Зрачки равные. Нистагма нет. Лицо симметрично. Слух, фонация, глотание сохранены. Движения в конечностях в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые Д=С. Симптом Маринеску-Родовичи положительный с обеих сторон. Ригидность мышц затылка. В лобной области рваная ушибленная рана до 8см. При ревизии раны на дне раны определяются фрагменты костных отломков. Края раны осаднены. ПХО, швы на рану. Назогеморея. На обзорных рентгенограммах вдавленный перелом передней и задней стенок лобной пазухи. Перелом решетчатой кости.

Выберите вариант диагноза:

1. Открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, открытый вдавленный перелом лобной кости. Перелом основания черепа через переднюю черепную ямку, назогеморея, субарахноидальное кровоизлияние, ушибленная рана лба.
2. Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, открытый вдавленный перелом лобной кости. Перелом основания черепа через переднюю черепную ямку, назогеморея, субарахноидальное кровоизлияние, ушибленная рана лба.
3. Открытая проникающая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, открытый вдавленный перелом лобной кости. Перелом основания черепа через переднюю черепную ямку, назогемолликворея, субарахноидальное кровоизлияние, ушибленная рана лба.

Ваша дальнейшая диагностическая, лечебная тактика.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 3**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г.. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

1. Мозжечок и расстройства координации движений.
2. Последствия ЧМТ и их хирургическая коррекция.
3. Ситуационная задача № 3

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №3

Ребенок 14 лет доставлен в приемный покой больницы бригадой скорой помощи с места происшествия. Сбит машиной с потерей сознания. Пришел в себя. Обстоятельств травмы не помнит. Во время транспортировки вновь потерял сознание. При поступлении на осмотр реагирует вяло. Защитная реакция на болевые раздражители. Продуктивного контакта нет. Анизокория – справа зрачок расширен (мидриаз). Ригидность мышц затылка. Симптом Бабинского с двух сторон. Брадикардия до 52 ударов в 1 минуту. Дыхание спонтанное. Уровень сознания сопор (по шкале комы Глазго 10 баллов). Артериальное давление 100 на 60 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, не напряжен. Моча по катетеру светлая. На проведенной КТ головного мозга определяется гипертензивное образование в правой теменно-затылочной области в форме двояковыпуклой линзы, компремирующее задний рог правого бокового желудочка. Умеренная тривентрикулярная симметричная гидроцефалия.

Какой диагноз верен:

1. ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени
2. ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, острая субдуральная гематома справа, субарахноидальное кровоизлияние.
3. ЗЧМТ, ушиб головного мозга, острая эпидуральная гематома справа, субарахноидальное кровоизлияние.

Как называется симптом расстройства сознания?

Каковы ведущие синдромы?

Ваша дальнейшая тактика

Каковы приоритеты выбора оперативного лечения при данной патологии?



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 4**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

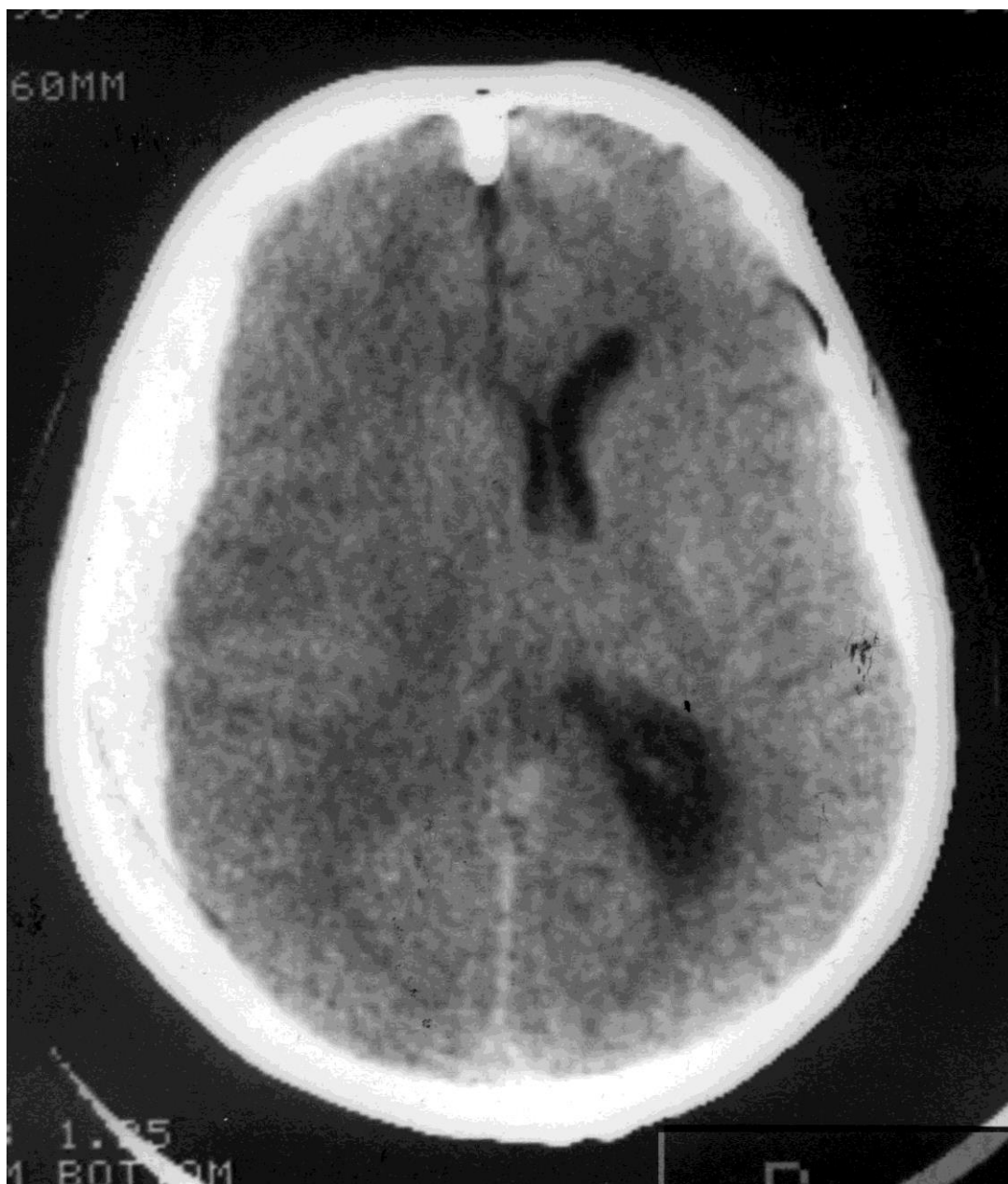
1. Классификация опухолей головного мозга
2. Хирургические методы лечения позвоночно-спинномозговой травмы
3. Ситуационная задача № 4

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №4

Больной 45 лет доставлен в приемный покой бригадой скорой помощи с места происшествия. Был избит с потерей сознания. На месте происшествия рвота. Оглушение (12 баллов ШКГ). Дезориентирован. Разряд клонических судорог в левых конечностях с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Купирован введением антиконвульсантов внутривенно. В приемном покое уровень сознания кома 1 (8 баллов по ШКГ). На осмотр реагирует. Защитная реакция некоординированная. Продуктивного контакта нет. Правый зрачок шире левого. Объем движений снижен в правых конечностях. «Парусит» правая щека. Ригидность мышц затылка. Брадикардия 56 уд. в 1 минуту. В теменной области слева подпапневротическая гематома 7 на 10 см. На проведенной КТ в лобно-теменной области гипертензивное образование в виде односторонней выпуклой линзы до 130 мл.

Поставленные вопросы:

1. Обосновать диагноз
2. Каковы организационные, консервативные и хирургические мероприятия?
3. Какой вид оперативного лечения предполагается в данном случае?
4. Как называется синдром расстройства сознания с места происшествия до премного покоя?





**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 5**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г.. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

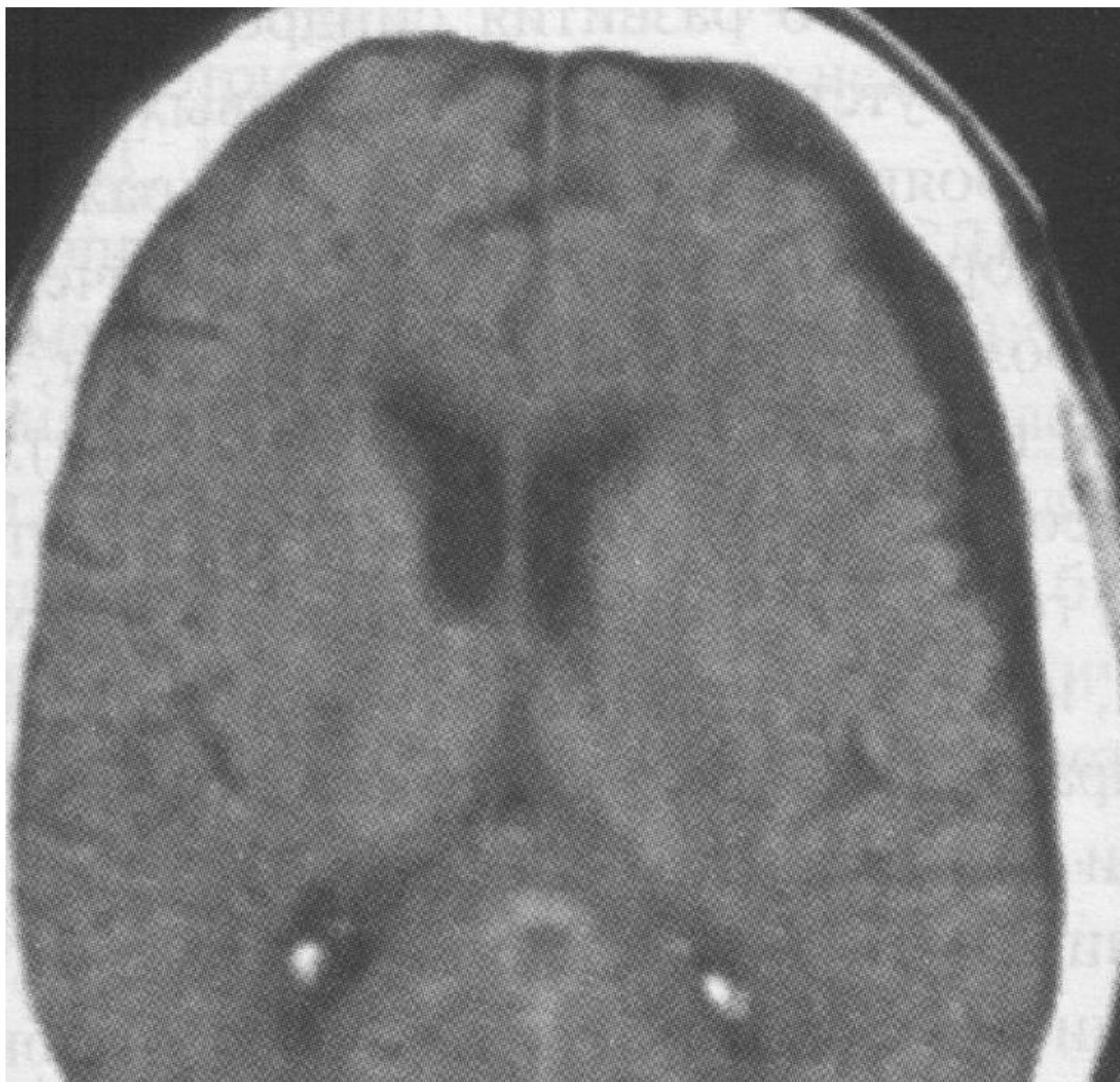
1. Артериовенозные мальформации головного мозга (виды, диагностика, лечение).
2. Травматическая болезнь позвоночника и спинного мозга. Осложнения и последствия.
3. Ситуационная задача № 5

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №5

Самообращение в приемный покой. Женщина 35 лет. Жалобы на головные боли. Двукратную рвоту. Вчера споткнувшись на улице упала, ударилась головой об крылечко головой. Отмечалось расстройство сознания. Общее состояние ближе к средней тяжести. В сознании, адекватна, ориентирована. Мидриаз справа. Слева рефлекторный гемипарез. Симптом Бабинского слева. А/Д 130/80 мм рт ст. Пульс 72 в 1 минуту. В теменной области справа осаднение 2 на 3 см. Подкожная гематома 3 на 4см. На проведенной КТ головного мозга отмечается гиподенсивное линзообразное образование в лобно-теменной области справа. Смещение срединных структур головного мозга 4мм справа налево. Плотность образования соответствует ликвору.

Выберите правильный диагноз.

1. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени тяжести, острая субдуральная гематома справа
  2. ЗЧМТ, ушиб головного мозга средней степени тяжести, острая субдуральная гидрома справа
  3. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени тяжести, острая эпидуральная гематома справа
- Ваша дальнейшая тактика, вид и объем оперативного вмешательства.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 6**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г.. № \_\_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

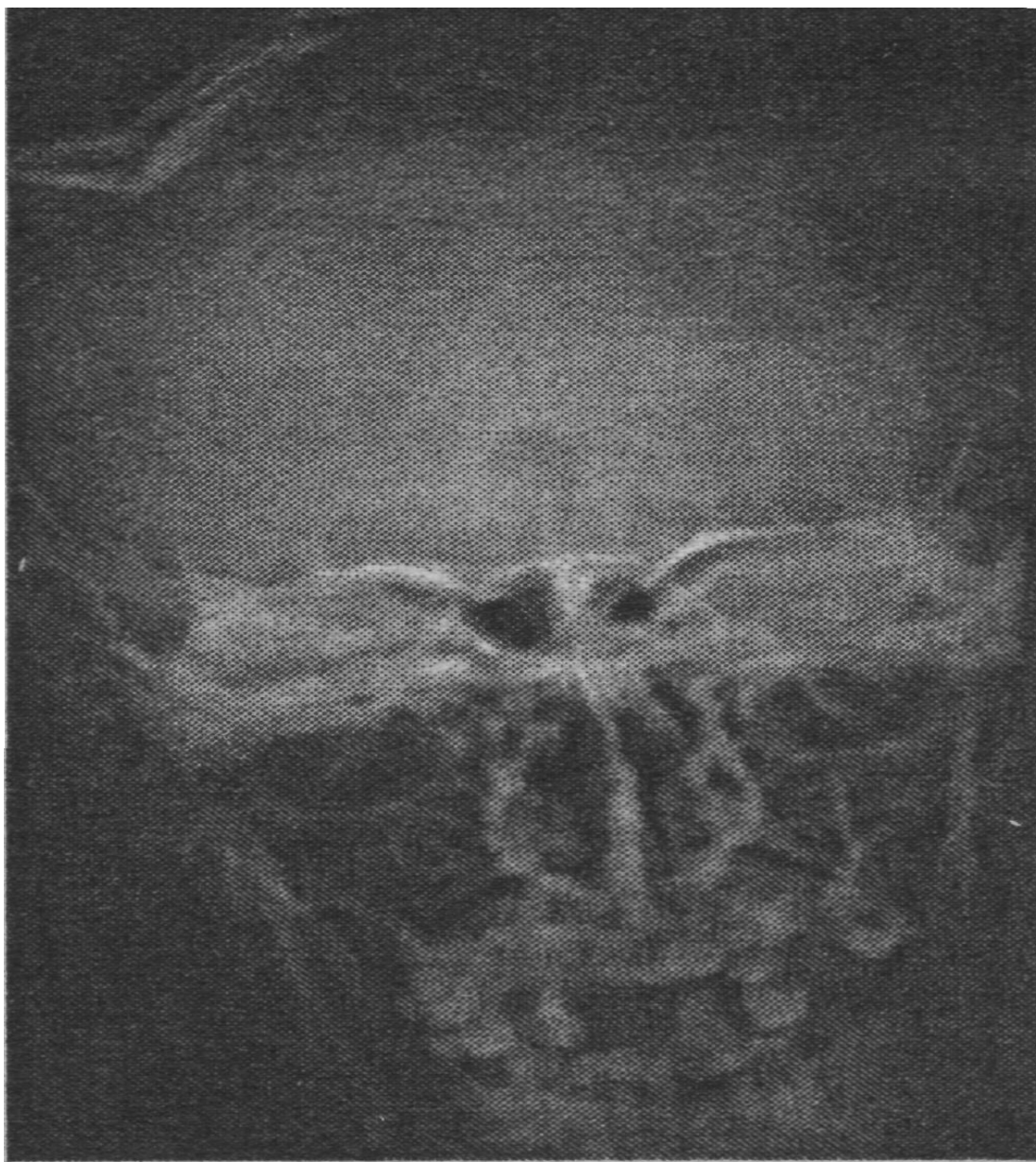
1. Паразитарные заболевания головного мозга
2. Принципы лечения опухолей головного мозга.
3. Ситуационная задача №7

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №6

Больной 28 лет доставлен в приемный покой бригадой скорой помощи. Около 30 минут назад упал из окна второго этажа. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове. Сознание ясное. Адекватен. Ориентирован в месте и пространстве. Зрачки равные. Движения я глазных яблок в полном объеме, горизонтальный мелкокорзинчатый нистагм. Рефлекторный гемипарез слева. Патологических, менингеальных знаков нет. В лобно-теменной области справа линейна рана с осадненными краями до 6см длиной. При ревизии раны апоневроз рассечен, на дне раны определяется вдавление кости. На обзорных рентгенограммах – картина вдавленного перелома в лобно-теменной области справа.

Выбрать правильный диагноз:

1. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени тяжести, вдавленный перелом свода черепа, ушибленная рана головы
2. Открытая непроникающая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени, импрессионный вдавленный перелом свода черепа, ушибленная рана головы.
3. Открытая проникающая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени, депрессионный вдавленный перелом свода черепа, ушибленная рана головы.
4. Показания к оперативного лечению
5. Техника проведения ПХО раны



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 7**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г.. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

1. Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
2. Принципы лечения больных с сочетанной ЧМТ
3. Ситуационная задача № 7

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №7

В приемный покой обратился больной 43 лет. Около 40 минут назад избит на улице. Ударил металлическим предметом по голове. Отмечалось расстройство сознания. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Сознание ясное. Адекватен. Ориентирован в месте и пространстве. Зрачки равные. Движения я глазных яблок в полном объеме, горизонтальный мелкоамблиопический нистагм. Патологических, менингеальных знаков нет. На обзорных рентгенограммах – картина вдавленного перелома в лобной области справа.

Выбрать правильный диагноз:

6. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени тяжести, вдавленный перелом свода черепа
7. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, импрессионный вдавленный перелом свода черепа.
8. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, депрессионный вдавленный перелом свода черепа.
9. Виды оперативного лечения вдавленных переломов у взрослых и детей



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 8**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Травма грудного и поясничного отдела позвоночника и спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
2. Принципы лечения артериальных аневризм головного мозга. Показания к оперативному лечению
3. Ситуационная задача №8

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №8

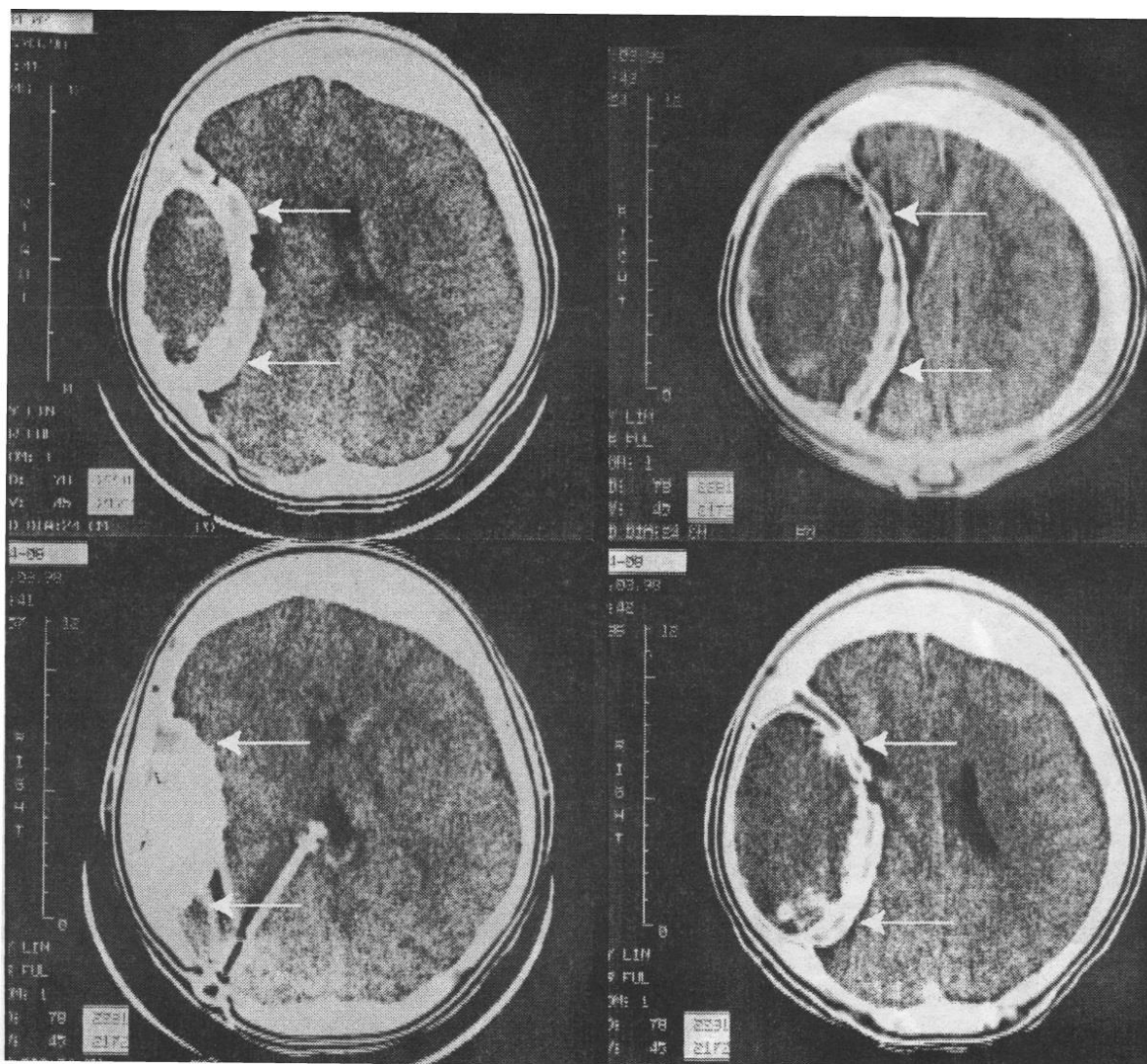
В приемный покой доставлен мужчина 52 лет. Найден на автобусной остановке. Со слов очевидцев неожиданно вскрикнул, упал. После чего отмечались судорожные подергивания лицевой мускулатуры справа, судороги в правых конечностях. Пена у рта, прикушен язык. После ведения противосудорожных средств судороги купировались. В приемном покое больной несколько заторможен. На вопросы отвечает с задержкой. Инструкции выполняет. Оглушение легкой степени по ШКТГ 13 баллов. Отмечается сглаженность левой носогубной складки, явления моторной афазии (с трудом подыскивает слова). Левосторонний рефлекторный гемипарез. Симптом Бабинского слева. Из анамнеза выявлено. Что больной месяц назад получал травму головы. Был избит с потерей сознания. За медпомощью не обращался. Отмечались головные боли. Эпилептический приступ не было.

На проведенной КТ головного мозга на сканах определяются гипертензивное образование двояковыпуклой формы с наличием капсулы в лобно-теменной области слева. Смещение срединных структур головного мозга слева направо 5 мм, компремирован ипсилатеральный боковой желудочек.

Выберите верный диагноз:

1. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, острая эпидуральная гематома слева
2. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, подострая субдуральная гематома слева
3. ЗЧМТ, ушиб головного мозга легкой степени, хроническая эпидуральная гематома слева

Хирургическая тактика и выбор оперативного вмешательства





**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 9**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

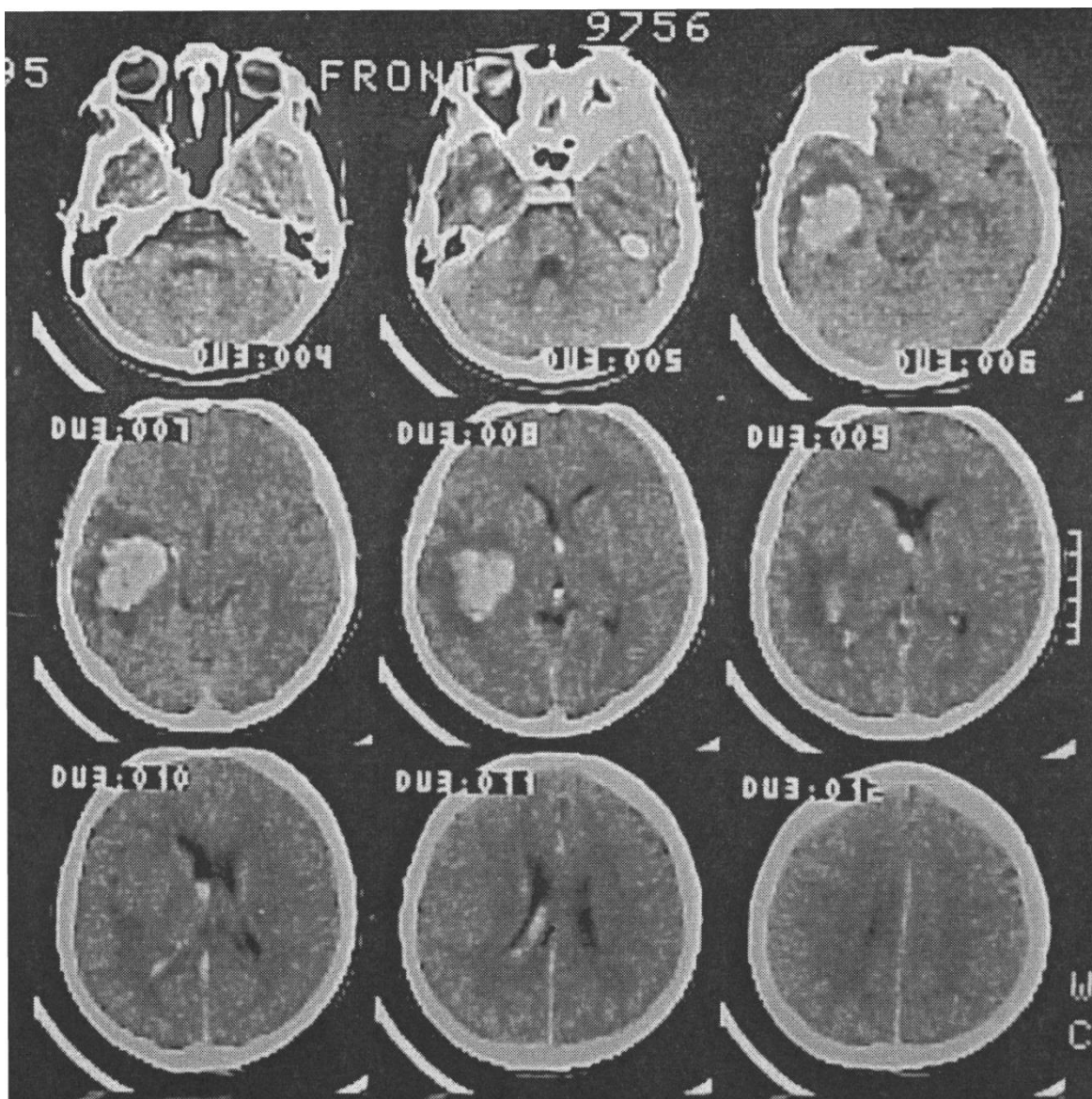
**Вопросы:**

1. Врожденные пороки развития головного и спинного мозга у плода и новорожденного (этиология, классификация)
2. Виды хирургического лечения гидроцефалий.
3. Ситуационная задача № 9

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №9

Больная 18 лет доставлена бригадой скорой помощи с места происшествия в приемный покой. Со слов окружающих на работе упала с высоты 2 метров. Потеряла сознание. При поступлении: на осмотр не реагирует. На болевые раздражители реагирует вяло. Продуктивного контакта нет. Зрачки – анизокория, справа мидриаз. Левосторонний гемипарез. Симптом Бабинского слева. Ригидность мышц затылка 2 п/пальца. Кома 1, 8 баллов по шкале комы Глазго. Дыхание спонтанное, прерывистое. Артериальное давление 90 на 60 мм рт ст. Пульс 96 в 1 минуту, слабого наполнения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, прослушивается по всем полям. Живот в акте дыхания участвует плохо. Умеренно поддут. Общий анализ крови: гемоглобин 78; гематокрит 30, эритроциты 92. На КТ сканах отмечается гипертензивное образование в лобно-теменно-височной области справа до 100 см куб в объеме с явлениями перифокального отека. Смещение срединных структур головного мозга справа налево 10 мм с компрессией ипсилатерального бокового желудочка.

1. Тактика врачей приемного покоя.
2. Выберите диагноз.
3. Сочетанная тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, острая внутримозговая гематома справа, субарахноидальное кровоизлияние, тупая травма живота.
4. Сочетанная тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние, тупая травма живота
5. Тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, острая внутримозговая гематома справа, субарахноидальное кровоизлияние, тупая травма живота
6. Тактика нейрохирурга, реаниматолога, хирурга
7. Вид травмы



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»

(УлГУ)

Деканат последиplomного образования

**нейрохирургия**

наименование специальности

очная

форма обучения

**Ординатура**

Экзаменационный билет № 10  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и

медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

### Государственная итоговая аттестация

#### Вопросы:

1. Принципы хирургических вмешательств, при сдавлении головного мозга (особенности у детей).
2. Виды внутримозговых гематом
3. Ситуационная задача № 10

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №10

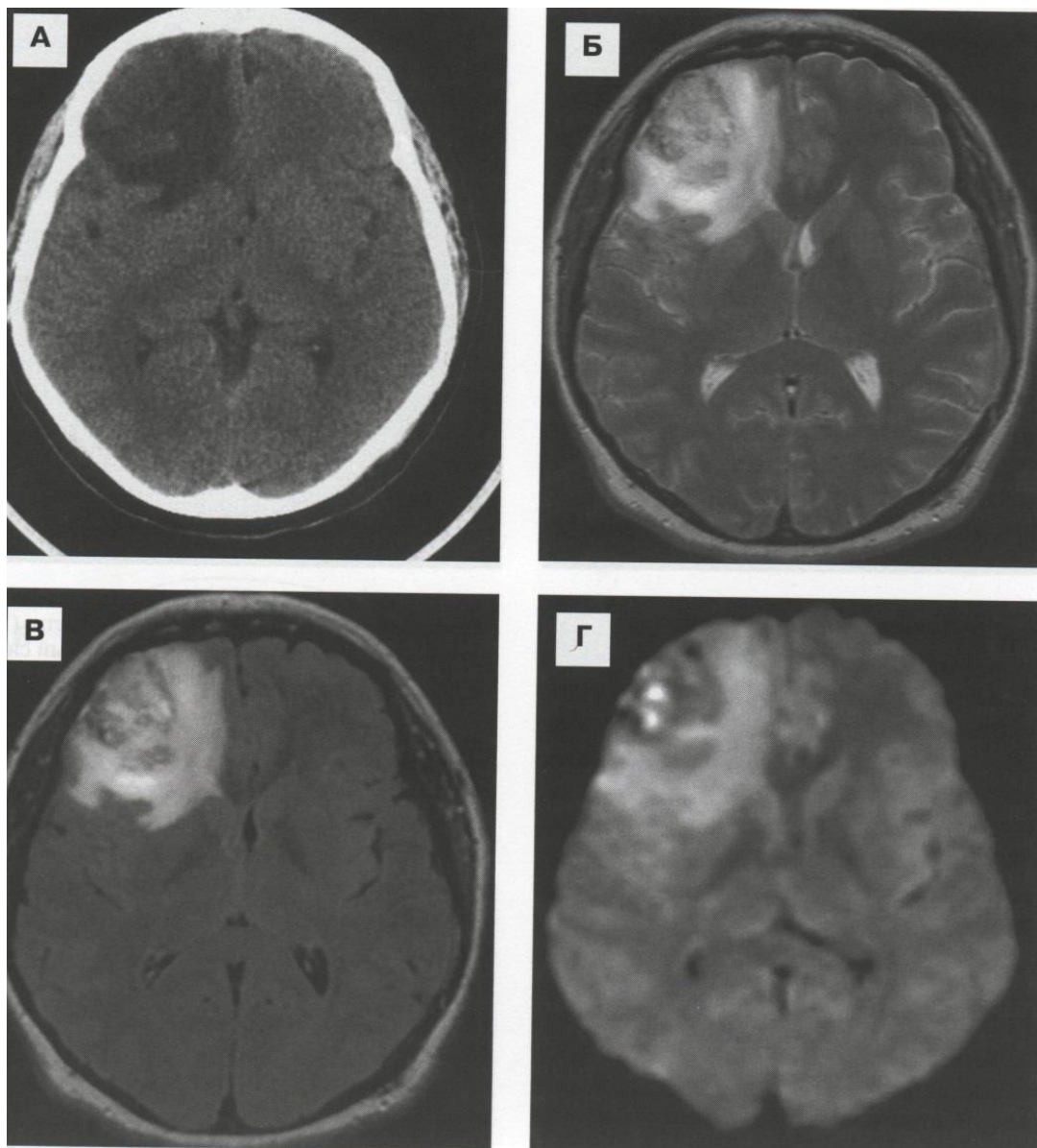
В приемный покой доставлена девушка 17 лет. Упала со скутера. Отмечалась потеря сознания до 5 минут. При осмотре психомоторное возбуждение. Дезориентация в месте и времени. Зрачки равные. Недоведение глазных яблок в стороны. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм Лицо симметричное. Слух, фонация. Глотание сохранены. Язык по средней линии. Рефлекторный левосторонний гемипарез. Уровень сознания - оглушение тяжелой степени – по шкале комы Глазго 12 баллов. Ригидность мышц затылка 2 п/пальца. Патологические стопные знаки с 2х сторон. В лобной области справа подпапоневротическая гематома 4 на 5 см, осаднение кожи.

На КТ сканах гиперденсивное образование в лобной области справа со смещением срединных структур справа налево бмм, неоднородной структуры с зоной перифокального отека.

Выберите правильный вариант диагноза:

1. ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени с размождением, субарахноидальное кровоизлияние.
2. ЗЧМТ, ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние.
3. ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени с размождением, острая внутримозговая гематома справа, субарахноидальное кровоизлияние

Ваша тактика ведения больной.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**  
наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 11**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

ФИО

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

1. Ушибы головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Показания к различным видам трепанации черепа при ЧМТ (особенности у детей).
3. Ситуационная задача №11

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 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. Мочевыделение 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.

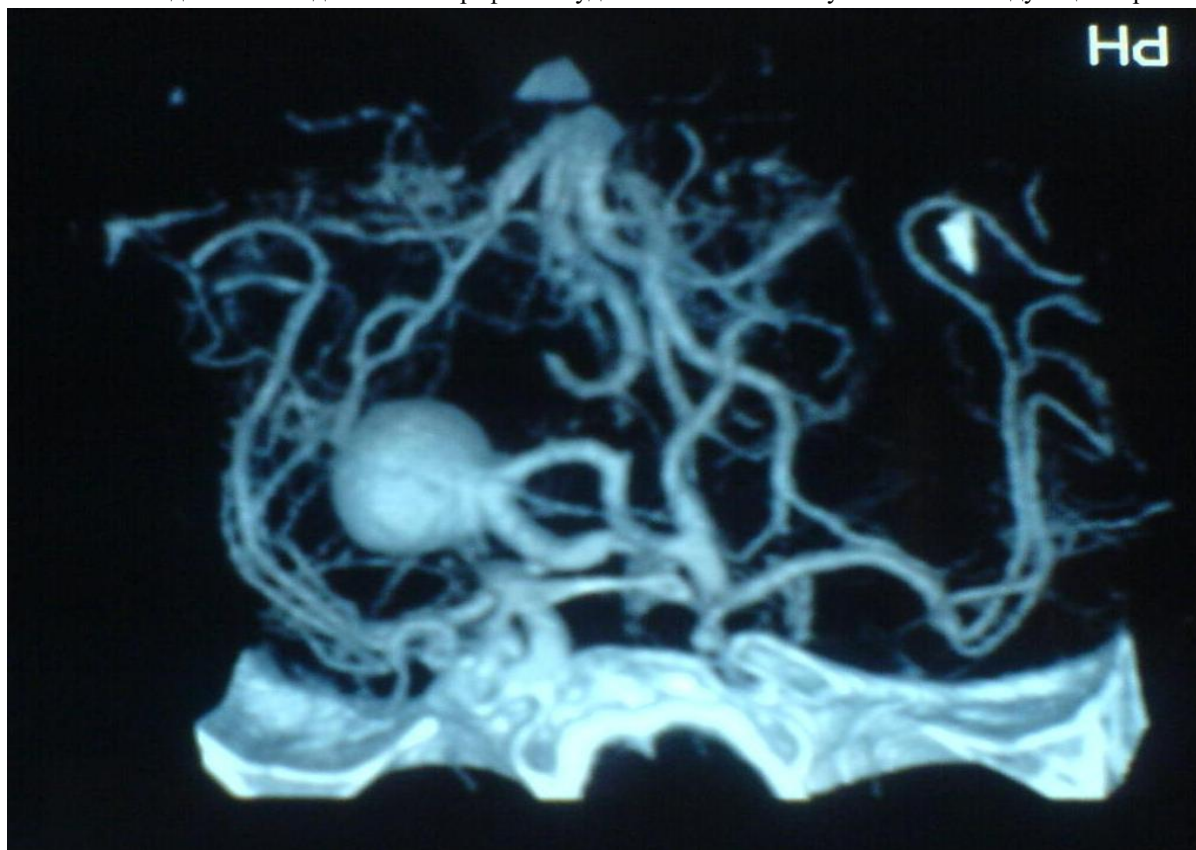
Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Девиация языка вправо. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно.

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.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

Экзаменационный билет № 12

(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

### Государственная итоговая аттестация

#### Вопросы:

1. Диффузные поражения головного мозга (Виды, клиника, периоды).
2. Периодизация травматической болезни головного мозга (особенности детского возраста).
3. Ситуационная задача №12

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №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.

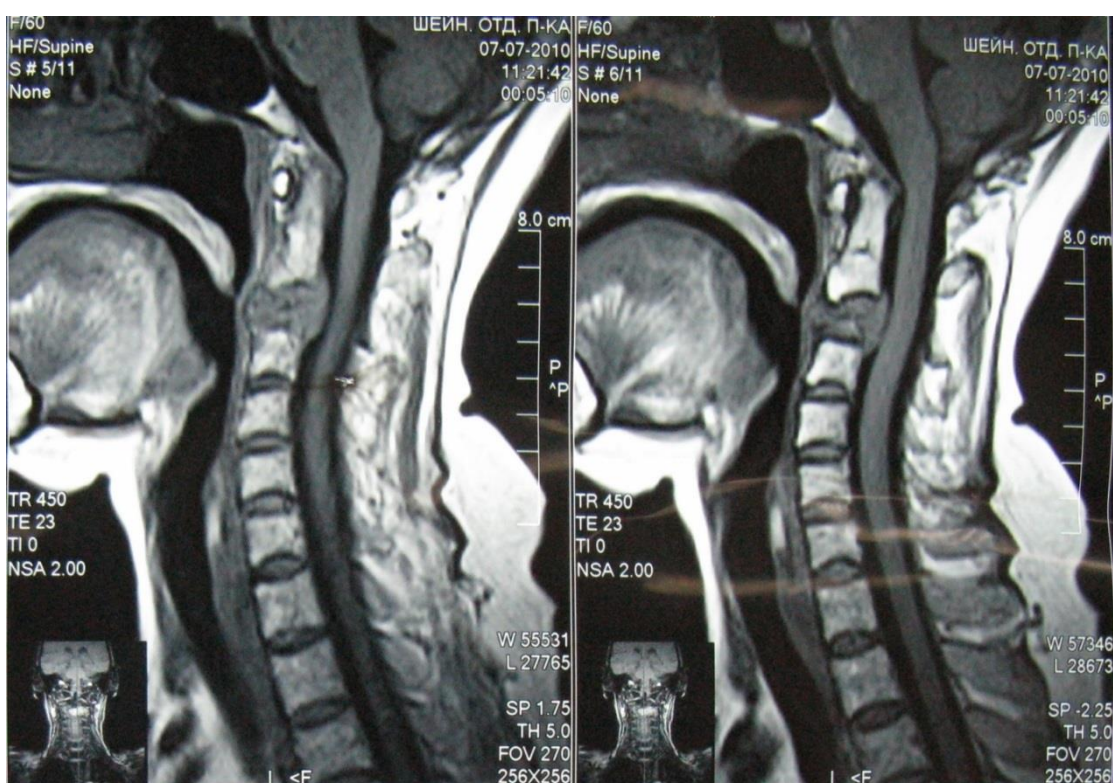
Вопросы:

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.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 13**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

1. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
1. Стереотаксис. Показания к стереотаксическому лечению
2. Ситуационная задача № 13

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ №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. Мочеиспускание 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. Фонация 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 рефлексы 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



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

## Ординатура

### Экзаменационный билет № 14 (государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

### Государственная итоговая аттестация

#### Вопросы:

1. Классификация вдавленных переломов, виды оперативного лечения (особенности детского возраста).
2. Виды вдавленных переломов (особенности детского возраста).
3. Ситуационная задача №14

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 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, 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

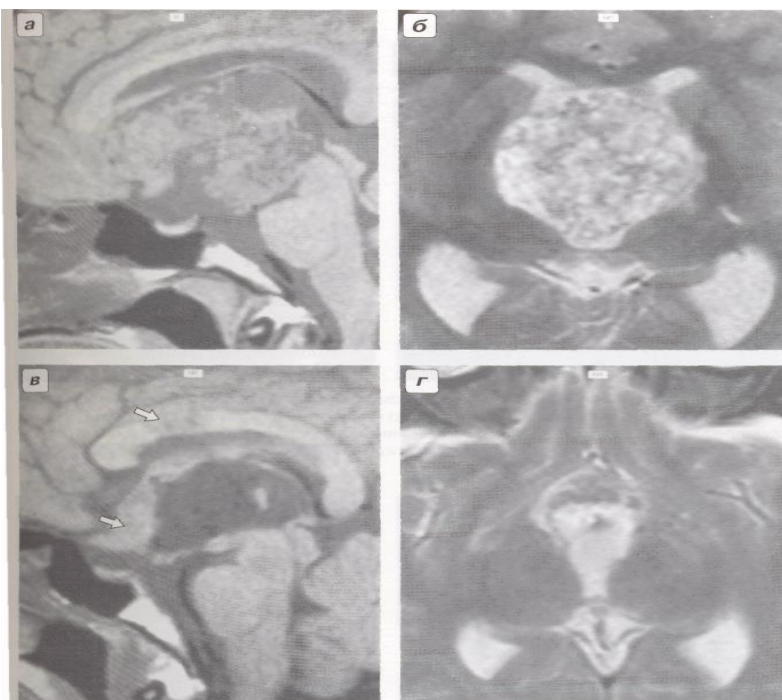
сердца приглушены, ритмичны. Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Мочеиспускание нормальное, учащенное.

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 рефлекторный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
  2. Клинический диагноз.
  3. Возможный патогенез энуреза у больного.
5. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 14.



МРТ головного мозга

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

## Ординатура

### Экзаменационный билет № 15 (государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

#### Государственная итоговая аттестация

#### Вопросы:

1. Сочетанная ЧМТ (классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение)
2. Инвазивные методы диагностики в нейрохирургии.
3. Ситуационная задача № 15

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 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. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. 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

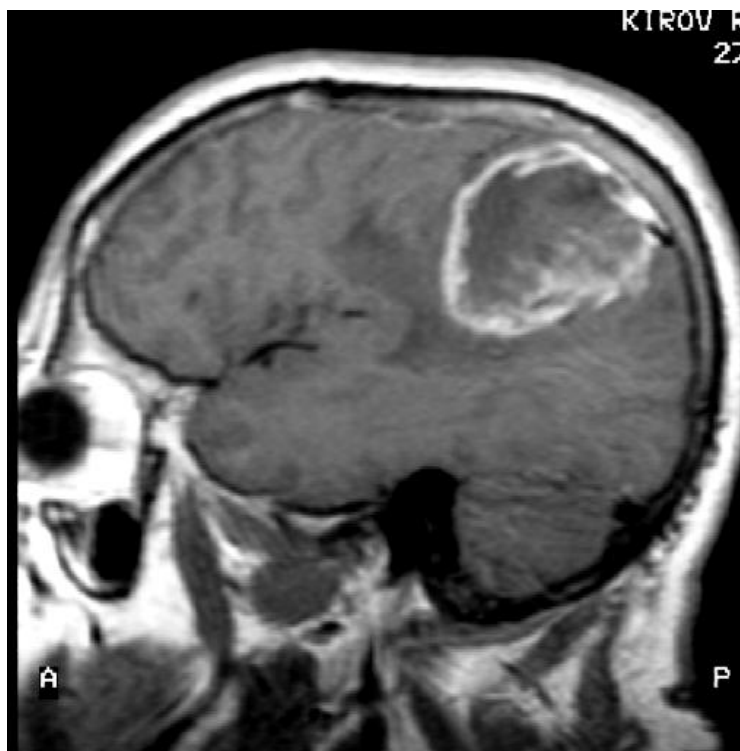
акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. 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.

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 щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний 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 туловище и конечностях сохранена.

При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы:

5. Укажите топический очаг поражения.
6. Клинический диагноз.
7. Лечение данного заболевания



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последипломного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 16**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО  
д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Внутрижелудочковые кровоизлияния (патогенез, классификация, виды лечения).
2. Показания к хирургическому лечению опухолей гипофиза, виды операций.
3. Ситуационная задача № 16

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 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, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли.

Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, 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, времени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки

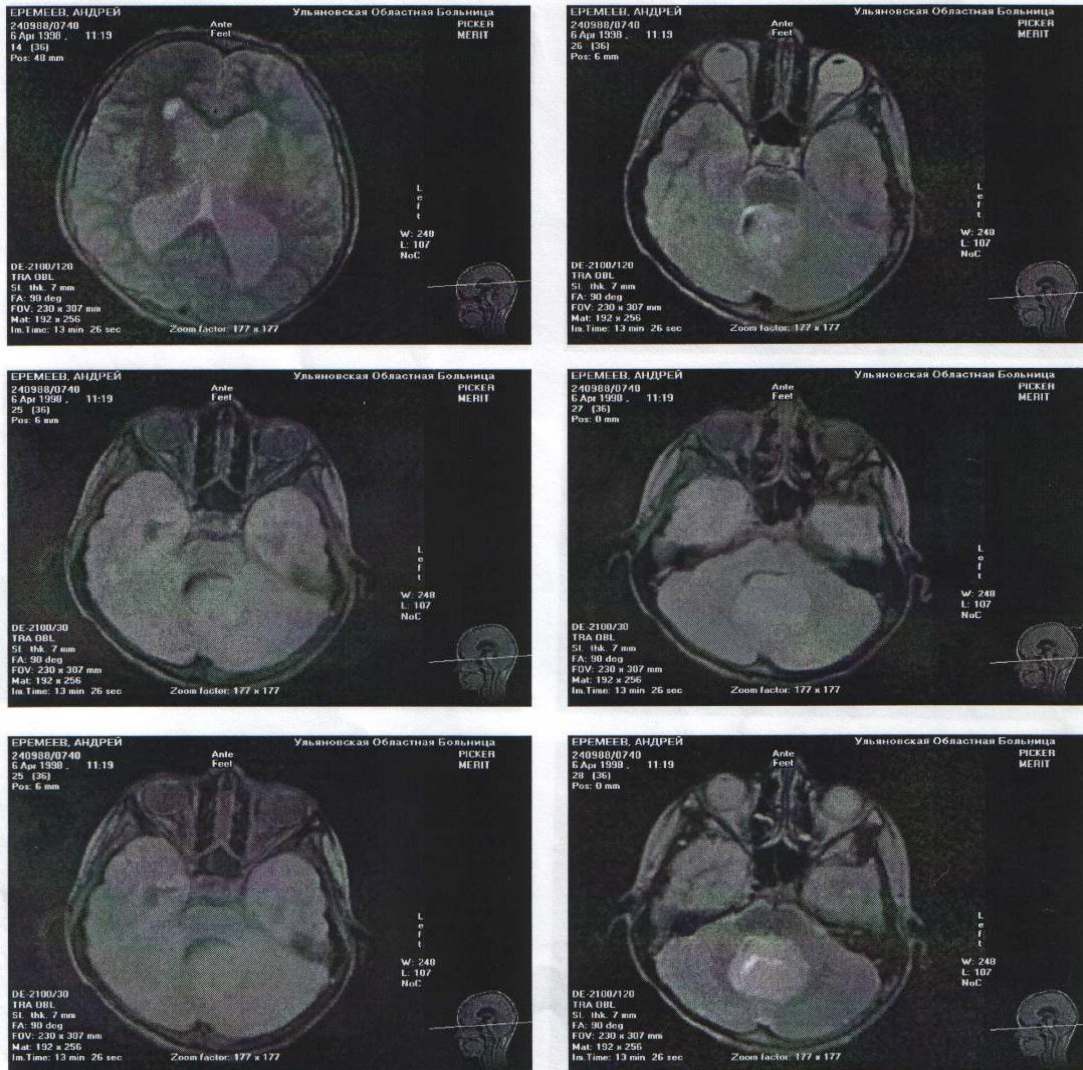


D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимопаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

5. Укажите топический очаг поражения.
6. Клинический диагноз.
7. Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
8. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Приложение к задаче № 16.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 17**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:

Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации

Протокол от «01»\_09\_2020 г.. № \_\_\_\_\_

Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Боевые повреждения черепа и головного мозга.
2. Минимально-инвазивная видеоэндоскопическая хирургия внутричерепных гематом.
3. Ситуационная задача № 17

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 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.

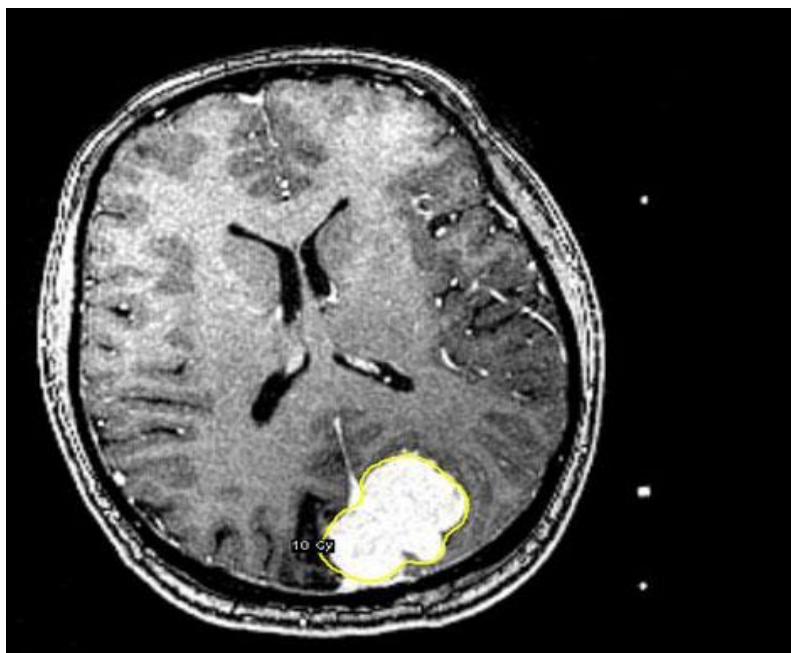
Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная 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:

5. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
6. Клинический диагноз.
7. Лечение данной больной.

Приложение к задаче № 17.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 18**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:

Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации

Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_

Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Родовая травма головы (механизм повреждения, лечение).
2. Субдуральные гидромы, пневмоцефалы, механизм образования, принципы лечения
3. Ситуационная задача № 18

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 18

Больной, 43 года, 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 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. Мочиспускание нормальное.

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.

Вопросы:

6. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
7. Топический диагноз.
8. Клинический диагноз.
9. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).
10. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 18.

Больной обследован. При лабораторном обследовании патологии не выявлено. Выполнена МРТ головного мозга.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 19**

(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:

Кафедра неврологии, нейрохирургии, и

медицинской реабилитации

Протокол от «01»\_09\_2020 г.. № \_\_\_\_

Зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(личная подпись)

**ФИО**

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

**Государственная итоговая аттестация**

**Вопросы:**

1. Абсцессы головного мозга (классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение).
2. Виды черепно-мозговых грыж, принципы хирургического лечения.
3. Ситуационная задача № 19

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 19

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, ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия.

#### STATUS PRAESENS.

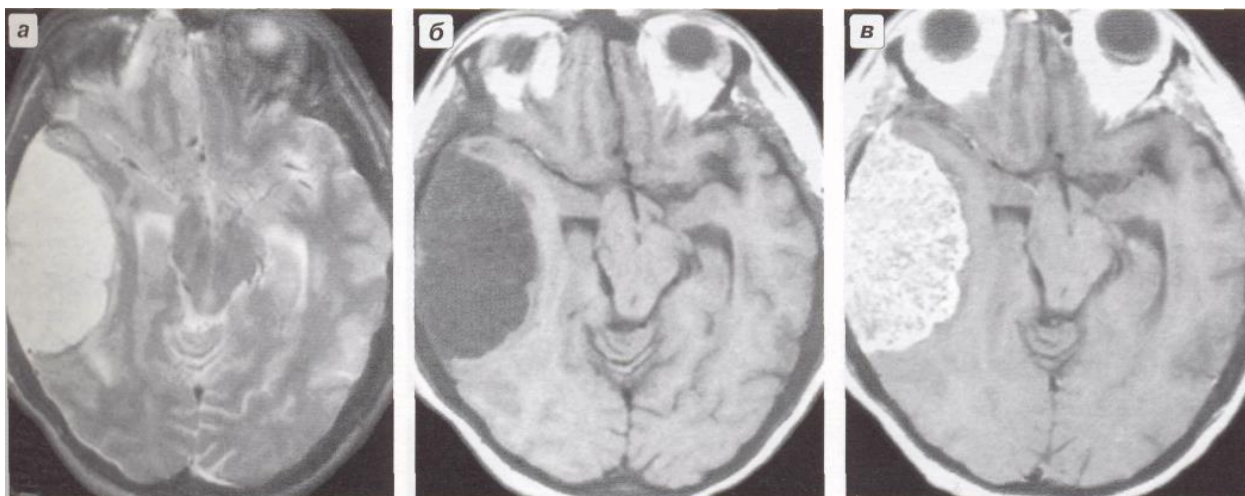
Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не 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.

#### STATUSNEUROLOGICUS

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. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D<S; двусторонние рефлексы Бабинского. Левосторонний спастический гемипарез (3 балла). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет хуже левыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

6. Укажите топический очаг поражения.
7. Клинический диагноз.
8. Лечение данного заболевания.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ульяновский государственный университет»**

**(УлГУ)**

**Деканат последиplomного образования**

**нейрохирургия**

наименование специальности

**очная**

форма обучения

**Ординатура**

**Экзаменационный билет № 20**  
(государственного экзамена)

Утверждено на заседании кафедры:  
Кафедра неврологии, нейрохирургии, и  
медицинской реабилитации  
Протокол от «01»\_09\_2020 г. № \_\_\_\_  
Зав.кафедрой \_\_\_\_\_  
(личная подпись)  
ФИО

д.м.н. проф. Машин Виктор Владимирович

Государственная итоговая аттестация

**Вопросы:**

1. Классификация черепно-мозговой травмы (особенности детского возраста).
2. Артериовенозные мальформации, сино-каротидные соустья, классификация, виды лечения
3. Ситуационная задача № 20



#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К БИЛЕТУ № 20

Больная, 59 лет, предъявляет жалобы на снижение слуха и шум в правом ухе, головные боли по утрам, стреляющие боли в правой половине лица продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, шаткость при ходьбе с тенденцией к отклонению вправо, охриплость голоса.

#### ANAMNESIS MORBI.

В течение нескольких лет страдает от болей в лице. Лечилась по поводу «невралгии тройничного нерва» без особого эффекта. Последние 6 месяцев стала отмечать шум и снижение слуха на правое ухо, головные боли по утрам. Позднее появилась шаткость при ходьбе.

#### ANAMNESIS VITAE.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ, грипп, хронический панкреатит.

#### STATUS PRAESENS.

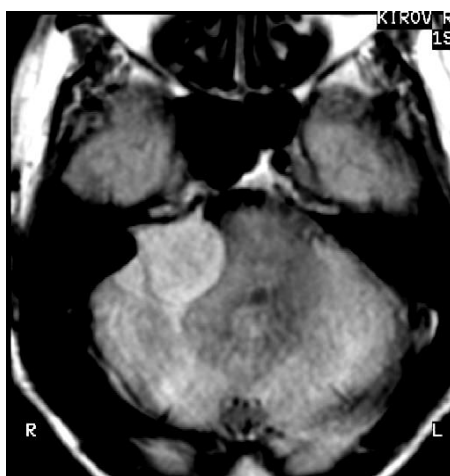
Общее состояние удовлетворительное. Ясное сознание. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 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.

#### STATUS NEUROLOGICUS

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не

нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм. Зрачки D=S. Гипестезия правой половины лица. Носогубные складки симметричны. Глухота справа. Мягкое небо справа провисает, язычок отклоняется влево. Язык по средней линии. Правосторонняя мышечная гипотония. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Сила мышц не изменена; патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с интенцией и мимопаданием справа. Адиадохокinez справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При осмотре больной сурдологом выявлена глухота справа, исчезновение правого лабиринтного рефлекса.



МР- томограмма больной 59 лет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты МР-томографии головного мозга.
3. Методы лечения данной больной.

## 6. 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.

## **7. Специальные условия для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидов**

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

## **8. 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>

#### **б) программное обеспечение**

<b>наименование</b>
СПС Консультант Плюс
НЭБ РФ
ЭБС IPRBooks
АИБС "МegaПро"
ОС MicrosoftWindows
«МойОфис Стандартный»

#### **в) Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы:**

##### **Электронно-библиотечные системы:**

1.1. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа». - Саратов, [2022]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : база данных : сайт / ООО Высшая школа организации и управления здравоохранением-Комплексный медицинский консалтинг. – Москва, [2022]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.3. Большая медицинская библиотека : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Букап. – Томск, [2022]. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/library/>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.4. ЭБС Лань : электронно-библиотечная система : сайт / ООО ЭБС Лань. – Санкт-Петербург, [2022]. – URL: <https://e.lanbook.com>. – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей. – Текст : электронный.

1.5. ЭБС Znanium.com : электронно-библиотечная система : сайт / ООО Знаниум. - Москва, [2022]. - URL: <http://znanium.com> . – Режим доступа : для зарегистрир. пользователей. - Текст : электронный.

1.6. Clinical Collection : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost

: [портал]. – URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?vid=1&sid=9f57a3e1-1191-414b-8763-e97828f9f7e1%40sessionmgr102> . – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

**2. КонсультантПлюс** [Электронный ресурс]: справочная правовая система. /ООО «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2022].

**3. Базы данных периодических изданий:**

3.1. База данных периодических изданий EastView : электронные журналы / ООО ИВИС. - Москва, [2022]. – URL: <https://dlib.eastview.com/browse/udb/12>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

3.2. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека : сайт / ООО Научная Электронная Библиотека. – Москва, [2022]. – URL: <http://elibrary.ru>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный

3.3. Электронная библиотека «Издательского дома «Гребенников» (Grebinnikon) : электронная библиотека / ООО ИД Гребенников. – Москва, [2022]. – URL: <https://id2.action-media.ru/Personal/Products>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

**4. Федеральная государственная информационная система «Национальная электронная библиотека»** : электронная библиотека : сайт / ФГБУ РГБ. – Москва, [2022]. – URL: <https://нэб.рф>. – Режим доступа : для пользователей научной библиотеки. – Текст : электронный.

**5. SMART Imagebase** : научно-информационная база данных EBSCO // EBSCOhost : [портал]. – URL: <https://ebSCO.smartimagebase.com/?TOKEN=EBSCO-1a2ff8c55aa76d8229047223a7d6dc9c&custid=s6895741>. – Режим доступа : для авториз. пользователей. – Изображение : электронные.

**6. Федеральные информационно-образовательные порталы:**

6.1. [Единое окно доступа к образовательным ресурсам](http://window.edu.ru/) : федеральный портал . – URL: <http://window.edu.ru/> . – Текст : электронный.

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

**7. Образовательные ресурсы УлГУ:**

7.1. 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:

зам.нач. УИТ | Ключёва А.В. | 18.09  
Должность сотрудника УИТ | ФИО | подпись | дата

Методические указания составил

профессор, д.м.н. профессор А.И. Мидленко