

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ
НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Научная специальность: нейрохирургия (3.1.10)

код, наименование

Кафедра: травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2022

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Наименование дисциплины/практики» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Наименование дисциплины/практике». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Решение комплектов задач	реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей;	Комплект разноуровневых задач и заданий
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------

<i>код и наименование формируемой компетенции</i>			

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тест, коллоквиум, решение комплекта задач, реферат

Оценочные средства для текущего контроля.

Тест

1. У молодой женщины 35 лет, без каких-либо причин прекратились месячные. При обследовании у гинеколога и эндокринолога патологии не было выявлено. Назначена гормональная терапия, которая была неэффективна. Через некоторое время появилось снижение зрения и выпали наружные поля зрения. Присоединились головные боли и с иррадиацией в глазные яблоки. Была назначена краниография. Обнаружено увеличение полости турецкого седла, разрушение его спинки. При люмбальной пункции обнаружено нормальное давление ликвора, белка 0,65 г/л, клеток — 5 в 1 мм³. Нейроофтальмолог выявил атрофию дисков зрительных нервов и битемпоральную гетеронимную гемианопсию. Произведены эхоэнцефалография и компьютерная томография головы. М-эхо не смещено. На АКТ выявлен эндосellarный гиперденсивный очаг до 1-1,5 мл в диаметре.

1. Какой синдром выявлен у больной?

- A. Гипертензионный
- B. Очаговый
- C. Менингеальный
- D. Нейроэндокринный
- E. Оптико-хиазмальный

2. Где локализуется патологический процесс?

- A. В прецентральной извилине
- B. В мозжечке
- C. Во внутренней капсуле
- D. В желудочке мозга
- E. В гипофизе

3. Каков характер патологического процесса?

- A. Воспалительный
- B. Сосудистый
- C. Опухолевый
- D. Функциональный
- E. Травматический

4. Какие диагностические методы самые информативные при данной патологии?

- A. ЭхоЭГ
- B. ЭЭГ
- C. Краниография
- D. АКТ
- E. Ангиография

5. Какое может возникнуть осложнение?

- A. Вклинение миндалин

- В. Отек мозга
- С. Кровоизлияние
- Д. Слепота
- Е. Менингит

6. Какое лечение следует назначить?

- А. Нормальное
- В. Химиотерапия
- С. Антибиотики
- Д. Операция
- Е. Физиотерапия

2. У мужчины, 64 лет, страдающего церебральным атеросклерозом с артериальной гипертензией появились странности в поведении: стал неопрятен, сузился круг интересов, перестал узнавать близких, затем появилась сонливость, вялость, адинамия. К концу первого месяца заболевания не поднимается с постели, начал быстро развиваться левосторонний гемипарез, перешедший за неделю в гемиплегию. Госпитализирован в неврологическое отделение в связи с подозрением на ишемический инсульт. При обследовании выявлено смещение М-эхо справа налево на 8 мм, 0, 98% белка в ликворе при нормальном давлении. Глазное дно — ангиосклероз. Краниография — остеопороз элементов турецкого седла. АКТ-кольцевидный, гиподенсивный очаг в правой лобной доле, окруженный гиперденсивной капсулой и значительной зоной отека. Переведен в нейрохирургическое отделение для проведения дифференциального диагноза между ишемическим инсультом и опухолью мозга.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?

- А. Гипертензионный
- В. Очаговый
- С. Менингиальный
- Д. Интоксикационный
- Е. Психопатологический

2. Где локализуется очаг поражения мозга?

- А. В мозжечке
- В. В левой височной доле
- С. В стволе мозга
- Д. В правой лобной доле
- Е. В желудочках мозга

3. Определите характер патологии процесса? -

- А. Опухоль мозга
- В. Атеросклероз
- С. Менингит
- Д. Аневризма
- Е. Вдавленный перелом костей черепа

4. Какой метод обследования наиболее информативный?

- А. Эхоэнцефалография
- В. Компьютерная томография
- С. Краниография
- Д. Ангиография
- Е. ЭЭГ

5. Назначьте план лечения

- А. Операция
- В. Консервативное лечение
- С. Разгрузочные поясничные проколы
- Д. Рентгентерапия
- Е. Химиотерапия

1. Больной Б., купаясь, нырнул вниз головой, ударился о дно водоема, сразу наступил паралич рук и ног, потерял сознание. Товарищи сразу извлекли из водоема и оказали помощь как “утопленнику”. Усадили в попутную легковую машину и отвезли в ближайшую больницу. Больного принял травматолог, переложил на носилки, заподозрил повреждение шейного отдела позвоночника и спинного мозга, направил на каталке в рентгенкабинет, где по распоряжению рентгенолога пострадавшего переложили на рентгеновский стол. Был произведен снимок в передней проекции, повернут больной на бок и произведен снимок в боковой проекции. На рентгенограммах получено только пять шейных позвонков. Уложен на жесткую постель, вызван нейрохирург. Отмечены боли в шейно-затылочной области, напряжение этих мышц, боль при пальпации, симптом Горнера с двух сторон, в сознании, грудная клетка в акте дыхания не участвует, дышит за счет диафрагмы (брюшной тип дыхания), нет одышки, живот вздут, газы не отходят, перистальтика кишечника не прослушивается. Из активных движений в руках имеется шевеление пальцев, легкое сгибание предплечий, разгибание предплечий утрачено. Движений в плечевых суставах в полном объеме. Паралич мышц живота, грудной клетки и спины. Вялая нижняя параплегия с утраченными рефлексам. Нарушена чувствительность от С6 справа (глубокая гиперестезия) и от С7 с двух сторон книзу анестезия. Утрачено мышечно-суставное чувство в ногах до тазобедренных суставов включительно. Висцеральная анестезия прямой кишки и мочевого пузыря (не чувствует вставление катетера, клизменного наконечника). Задержка мочи и стула. В палате с помощью передвижного рентгенаппарата в положении лежа на спине с низведением плечевого пояса произведены рентгеновские снимки в прямой и боковой проекции. Обнаружен подвывих С6 позвонка кзади на 3/4 диаметра позвонка (с захлестыванием суставных отростков). Произведена люмбальная пункция с ликвородинамикой (в постели больной осторожно повернут на бок). Получен полный ликворный блок, ликвор бесцветный, прозрачный, состав ликвора нормальный. Наложено скелетное вытяжение за теменные бугры и произведено одномоментное закрытое вправление вывиха с применением миорелаксантов. На контрольных рентгенограммах вправление полное, неврологический статус не изменился.

1. Какие допущены ошибки опасные для жизни больного, при оказании первой помощи и транспортировки пострадавшего в больницу.

А. Оказание помощи как “утопленнику”.

В. Транспортировка сидя

С. Перекладывание на носилки

Д. Перекладывание на рентгеновский стол

Е. Поворачивание на бок для профильной рентгенографии шейного отдела позвоночника

Ф. Поворачивание набок для люмбальной пункции

2. Какой уровень и характер повреждения позвоночника?

А. Шейный

В. Грудной

С. Поясничный

Д. Крестцовый

Е. Перелом

Ф. Подвывих

Г. Вывих

И. Переломо-вывих (подвывих).

3. Какая тяжесть повреждения спинного мозга?

А. Сотрясение спинного мозга

В. Ушиб легкой степени

С. Ушиб средней степени

Д. Ушиб тяжелой степени

4. Какие имелись признаки сдавления спинного мозга?

А. Деформация позвоночного канала

В. Ликворный блок

- C. Проницаемость ликворных путей
 - D. Наличие неврологических расстройств
5. Почему у больного не было одышки и затрудненного дыхания?
- A. Не было травмы грудной клетки
 - B. Освобождены от воды дыхательные пути.
 - C. Не была нарушена иннервация (функция) межреберных мышц
 - D. Не была нарушена функция диафрагмы.
6. Почему у больного возникло вздутие живота?
- A. Травма брюшной полости
 - B. Кишечная непроходимость (механическая)
 - C. Задержка стула
 - D. Кишечная непроходимость (динамическая)
 - E. Спинальный шок
 - F. Травматический шок
7. Какие осложнения могут быть у больного?
- A. Остановка сердца
 - B. Остановка дыхания
 - C. Мочевая инфекция
 - D. Пролежни

2. Больной К., 20 лет обратился в санпропускник с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, наличие раны в области лба. Около одного часа тому назад был избит неизвестными лицами из хулиганских побуждений. Били кулаками и ногами по туловищу, конечностям и голове. Кратковременно терял сознание после удара по голове. В больницу доставлен машиной ПМГ. Объективно: бледен, вял, пульс 96 в мин., АД 130/90 мм рт.ст. В области лба справа рана мягких тканей с неровными краями 3 x 0, 5 см проникающая до надкостницы. В неврологическом статусе легкая слабость отведения глазных яблок, сглаженность левой носогубной складки. Другой патологии нет. М-эхо не смещено.

1. Какие симптомы можно выделить у больного?
- A. Гипертензионный
 - B. Очаговый
 - C. Общемозговой
 - D. Менингеальный
 - E. Психопатологический
2. Определите характер патологического процесса
- A. Сдавление головного мозга
 - B. Ушиб головного мозга
 - C. Сотрясение головного мозга
 - D. Энцефалит
 - E. Опухоль головного мозга
3. Какой метод обследования наиболее информативен?
- A. Эхоэнцефалография
 - B. Компьютерная томография
 - C. Изучение анамнеза
 - D. Ангиография
 - E. Проверка неврологического статуса.
4. Какое следует применить лечение?
- A. Антибиотикотерапия
 - B. Антикоагулянтная терапия
 - C. Оперативное лечение
 - D. Консервативное лечение
 - E. Рентгенотерапия

3. Мужчина, 32 лет доставлен в санпропускник машиной скорой помощи примерно через час после автодорожной аварии, во время которой получил черепно-мозговую травму. Без сознания, на голове повязка, умеренно пропитанная кровью слева. Пульс до 60 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст., дыхание несколько учащенное - до 20 в мин. На уколы реагирует гримасой, не координированными движениями при нанесении раздражения только в области лица, слизистых губ и полости носа, при раздражении конъюнктивы, особенно слева. Анизокория S>D, слегка парусит левая щека. Тонус в конечностях слегка выше справа, в этих же конечностях большая активность. Рефлексы с рук и ног D>S, брюшные S=D. Симптом Бабинского справа. Периодические в правых конечностях, больше в руке, судорожные подергивания. На краниограммах патологии нет. М-эхо смещено видно на 8 мм.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?

- A. Афатический
- B. Гипертензионный
- C. Общемозговой
- D. Очаговый
- E. Менингеальный

2. Где локализуется очаг поражения мозга? -

- A. В мозжечке
- B. В желудочке мозга
- C. В гипофизе
- D. В правой лобно-височной области
- E. В левой лобно-височной области

3. Определите характер патологического процесса -

- A. Опухоль мозга
- B. Ушиб мозга
- C. Внутрочерепная гематома
- D. Сотрясение мозга
- E. Менингит

4. Какой метод обследования следует применить для уточнения диагноза?

- A. Краниография
- B. Эхоэнцефалография
- C. Компьютерная томография
- D. ЭЭГ
- E. Поясничной прокол

5. Определите план лечения:

- A. Консервативное
- B. Оперативное
- C. Физиотерапия
- D. Рентгенотерапия
- E. Дегидратационная терапия

1. Мать жалуется, что ребенок родился с опухолевидным выпячиванием в затылочной области величиной в яблоко средних размеров. Это выпячивание постепенно увеличивается в размере, кожа над ним истончена. Ребенку три месяца. Объективно: округлой формы выпячивание в затылочной области по средней линии размером 10x10 см, на узкой шейке, соединяющее его с проекцией затылочного отверстия. Выпячивание безболезненное, мягко эластической консистенции, уменьшающаяся при сдавлении его при этом ребенок становится беспокойным, плачет, очевидно за счет появления головной боли. В связи с прогрессирующим истончением кожи, решено подвергнуть ребенка операции по поводу этого выпячивания. В неврологическом статусе патологии нет. При пункции выпячивания получена прозрачная, бесцветная жидкость, напоминающая ликвор. Во время операции обнаружено, что содержимым этого выпячивания являются оболочки мозга и ликвор. Отверстие в шейке через отверстие в затылочной кости соединяется с полостью оболочек мозга. Произведена

пластика мягких тканей и дефекта черепа после удаления выпячивания. Рана зажила первичным натяжением, ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

1. Сформулируйте диагноз?

- A. Спино-мозговая грыжа
- B. Гидроцефалия
- C. Опухоль мозга
- D. Черепно-мозговая грыжа передняя
- E. Черепно-мозговая грыжа задняя

2. Какая форма патологии по Вашему мнению имела место?

- A. Менингоцеле
- B. Менингоэнцефалоцеле
- C. Менингоэнцефалоцистоцеле
- D. Рахишизис
- E. Липома

3. Какими методами исследования можно было бы дополнить или уточнить диагноз данной патологии?

- A. Краниография
- B. Исследование содержимого грыжевого мешка
- C. Пневмоэнцефалография
- D. АКТ
- E. Ангиография

4. Какие бывают осложнения без операции и после операции?

- A. Водянка
- B. Инфекция
- C. Витальные нарушения
- D. Истончение кожи и разрыв ее
- E. Ликворея

5. Лечение?

- A. Консервативное
- B. Оперативное
- C. Рентгенотерапия
- D. Дренирование
- E. Пункция

1. Мать жалуется, что ребенок родился с опухолевидным выпячиванием в поясничном отделе, резко истонченной кожей над ним, с плохими движениями в ножках, отсутствием движений в стопах, недержанием мочи и кала. В роддом был вызван нейрохирург, который перевел ребенка в нейрохирургическое отделение и произвел операцию по удалению имевшего место выпячивания. После операции отмечено увеличение головки, которое прогрессирует. В неврологическом статусе значительного регресса симптоматики нет.

1. Какие синдромы можно выделить у больного? -

- A. Поражение мозжечка
- B. Поражение гипофиза
- C. Поражение корешков спинного мозга.
- D. Поражение шейного отдела спинного мозга
- E. Поражение лобной доли мозга

2. Где локализуется очаг поражения мозга?

- A. В головном мозге
- B. В шейном отделе
- C. В грудном отделе
- D. В поясничном отделе
- E. В седалищном нерве

3. Определите характер патологического процесса:

- A. Опухоль спинного мозга
- B. Травма позвоночника
- C. Водянка мозга
- D. Спинномозговая грыжа
- E. Черепно-мозговая грыжа

4. Какой метод обследования следует применить для уточнения диагноза?

- A. Спондилография
- B. Осмотр
- C. Неврологическое обследование
- D. Поясничный прокол
- E. Компьютерная томография

5. Какое осложнение развилось?

- A. Прогрессирующая водянка мозга
- B. Нарушение дыхания
- C. Менингит
- D. Нарушение координации
- E. Нарушение слуха

1. Мать жалуется, что у ее ребенка 4-х лет появились головные боли, усиливающиеся при физическом или умственном перенапряжении, несколько снизилось зрение, голова несколько неправильной формы (удлинена в передне-заднем направлении), глаза немного навыкате. После родов мать отметила, что родничок зарос к 5-6 месяцам. Якобы головка медленно увеличивается в размерах. Объективно: ребенок активен, бегает, легко контактирует с окружающими. Голова вытянута в переднезаднем направлении, по сагиттальному шву прощупывается “гребешок”, двусторонний экзофтальм. На краниограммах резко усилены пальцевые вдавления, швы не контурируются. На глазном дне — побледнение дисков зрительных нервов. Ликворное давление около 200 мм водн.ст. При АКТ - патологии нет.

1. Какой синдром выявлен у ребенка?

- A. Гипертензионный
- B. Очаговый
- C. Менингеальный
- D. Психопатологический
- E. Эпилептиформный

2. В чем заключается патология? -

- A. Наличие парезов, параличей
- B. Наличие эпилептических припадков
- C. Воспалительные изменения в ликворе
- D. Изменения в костях и швах черепа
- E. Умственное недоразвитие

3. Каков характер патологического процесса?

- A. Опухоль мозга
- B. Менингит
- C. Водянка мозга
- D. Краниостеноз
- E. Энцефалит

4. Какие диагностические методы наиболее информативны?

- A. Поясничный прокол
- B. АКТ
- C. Краниография
- D. Электроэнцефалография
- E. ЭхоЭГ

5. Какое лечение следует проводить?

- A. Дегидратационная терапия
 - B. Антикоагулянтная терапия
 - C. Операция
 - D. Физиотерапия
 - E. Химиотерапия
6. В чем смысл назначенного лечения?
- A. Снижение внутричерепного давления
 - B. Улучшение кровоснабжения мозга
 - C. Увеличение объема черепа
 - D. Уменьшение артериального давления
 - E. Снятие возбуждения

2. Мать жалуется, что с двухмесячного возраста у ребенка начала увеличиваться головка, резко напряжен родничок, изредка кричит, при этом краснеет. В настоящее время ребенку 6 месяцев. Головка значительно увеличена в объеме: окружность ее достигает 54 см. Лобные бугры нависают над орбитами. Кожа на голове натянута, под ней видны расширенные венозные сосуды. Родничок увеличен в размерах и резко напряжен. При осмотре глазных яблок определяется симптом “заходящего солнца”. В последнее время у матери создается впечатление, что ребенок плохо видит. Головку не держит. При краниографии обнаружено истончение костей черепа, округлая форма черепа, уплощены черепные ямки, отмечается расхождение костей. На глазном дне грубых изменений нет. Направлен в клинику для выяснения причины и характера патологии головного мозга.

1. Какой синдром выявлен у ребенка?
- A. Менингеальный
 - B. Очаговый
 - C. Гипертензионный
 - D. Эпилептический
 - E. Дебильность.
2. Какой характер патологического процесса?
- A. Опухоль
 - B. Менингит
 - C. Водянка
 - D. Краниостеноз
 - E. Нарушение мозгового кровообращения
3. Какие диагностические методы наиболее информативны при данной патологии?
- A. Эхоэнцефалография
 - B. Электроэнцефалография
 - C. Краниография
 - D. АКТ
 - E. Ангиография
4. Как уточнить этиопатогенез заболевания? -
- A. Люмбальная пункция
 - B. Вентрикулопункция
 - C. Пробы Арндта
 - D. Краниография
 - E. Осмотр глазного дна
5. Какое лечение следует назначить?
- A. Дегидратационная терапия
 - B. Поясничные проколы с разгрузкой
 - C. Краниотомия
 - D. Вентрикулоатриостомия
 - E. Вентрикулопункция

1. У молодой женщины 35 лет, без каких-либо причин прекратились месячные. При обследовании у гинеколога и эндокринолога патологии не было выявлено. Назначена гормональная терапия, которая была неэффективна. Через некоторое время появилось снижение зрения и выпали наружные поля зрения. Присоединились головные боли и с иррадиацией в глазные яблоки. Была назначена краниография. Обнаружено увеличение полости турецкого седла, разрушение его спинки. При люмбальной пункции обнаружено нормальное давление ликвора, белка 0,65 г/л, клеток — 5 в 1 мм³. Нейроофтальмолог выявил атрофию дисков зрительных нервов и битемпоральную гетеронимную гемианопсию. Произведены эхоэнцефалография и компьютерная томография головы. М-эхо не смещено. На АКТ выявлен эндоселлярный гиперденсивный очаг до 1-1,5 мл в диаметре.

1. Какой синдром выявлен у больной?

- A. Гипертензионный
- B. Очаговый
- C. Менингеальный
- D. Нейроэндокринный
- E. Оптико-хиазмальный

2. Где локализуется патологический процесс?

- A. В прецентральной извилине
- B. В мозжечке
- C. Во внутренней капсуле
- D. В желудочке мозга
- E. В гипофизе

3. Каков характер патологического процесса?

- A. Воспалительный
- B. Сосудистый
- C. Опухолевый
- D. Функциональный
- E. Травматический

4. Какие диагностические методы самые информативные при данной патологии?

- A. ЭхоЭГ
- B. ЭЭГ
- C. Краниография
- D. АКТ
- E. Ангиография

5. Какое может возникнуть осложнение?

- A. Вклинение миндалин
- B. Отек мозга
- C. Кровоизлияние
- D. Слепота
- E. Менингит

6. Какое лечение следует назначить?

- A. Нормальное
- B. Химиотерапия
- C. Антибиотики
- D. Операция
- E. Физиотерапия

2. У мужчины, 64 лет, страдающего церебральным атеросклерозом с артериальной гипертензией появились странности в поведении: стал неопрятен, сузился круг интересов, перестал узнавать близких, затем появилась сонливость, вялость, адинамия. К концу первого месяца заболевания не поднимается с постели, начал быстро развиваться левосторонний гемипарез, перешедший за неделю в гемиплегию. Госпитализирован в неврологическое отделение в связи с подозрением на ишемический инсульт. При обследовании выявлено

смещение М-эхо справа налево на 8 мм, 0, 98% белка в ликворе при нормальном давлении. Глазное дно —ангиосклероз. Краниография — остеопороз элементов турецкого седла. АКТ-кольцевидный, гиподенсивный очаг в правой лобной доле, окруженный гиперденсивной капсулой и значительной зоной отека. Переведен в нейрохирургическое отделение для проведения дифференциального диагноза между ишемическим инсультом и опухолью мозга.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?

- A. Гипертензионный
- B. Очаговый
- C. Менингеальный
- D. Интоксикационный
- E. Психопатологический

2. Где локализуется очаг поражения мозга?

- A. В мозжечке
- B. В левой височной доле
- C. В стволе мозга
- D. В правой лобной доле
- E. В желудочках мозга

3. Определите характер патологии процесса? -

- A. Опухоль мозга
- B. Атеросклероз
- C. Менингит
- D. Аневризма
- E. Вдавленный перелом костей черепа

4. Какой метод обследования наиболее информативный?

- A. Эхоэнцефалография
- B. Компьютерная томография
- C. Краниография
- D. Ангиография
- E. ЭЭГ

5. Назначьте план лечения

- A. Операция
- B. Консервативное лечение
- C. Разгрузочные поясничные проколы
- D. Рентгентерапия
- E. Химиотерапия

1. Больной Б., купаясь, нырнул вниз головой, ударился о дно водоема, сразу наступил паралич рук и ног, потерял сознание. Товарищи сразу извлекли из водоема и оказали помощь как “утопленнику”. Усадили в попутную легковую машину и отвезли в ближайшую больницу. Больного принял травматолог, переложил на носилки, заподозрил повреждение шейного отдела позвоночника и спинного мозга, направил на каталке в рентгенкабинет, где по распоряжению рентгенолога пострадавшего переложили на рентгеновский стол. Был произведен снимок в передней проекции, повернут больной на бок и произведен снимок в боковой проекции. На рентгенограммах получено только пять шейных позвонков. Уложен на жесткую постель, вызван нейрохирург. Отмечены боли в шейно-затылочной области, напряжение этих мышц, боль при пальпации, симптом Горнера с двух сторон, в сознании, грудная клетка в акте дыхания не участвует, дышит за счет диафрагмы (брюшной тип дыхания), нет одышки, живот вздут, газы не отходят, перистальтика кишечника не прослушивается. Из активных движений в руках имеется шевеление пальцев, легкое сгибание предплечий, разгибание предплечий утрачено. Движений в плечевых суставах в полном объеме. Паралич мышц живота, грудной клетки и спины. Вялая нижняя параплегия с утраченными рефлексам. Нарушена чувствительность от С6 справа (глубокая гиперестезия) и от С7 с двух сторон книзу анестезия. Утрачено мышечно-суставное чувство в ногах до тазобедренных суставов включительно. Висцеральная анестезия прямой кишки и мочевого

пузыря (не чувствует вставление катетера, клизменного наконечника). Задержка мочи и стула. В палате с помощью передвижного рентгенаппарата в положении лежа на спине с низведением плечевого пояса произведены рентгеновские снимки в прямой и боковой проекции. Обнаружен подвывих С6 позвонка кзади на 3/4 диаметра позвонка (с захлестыванием суставных отростков). Произведена люмбальная пункция с ликвородинамикой (в постели больной осторожно повернут на бок). Получен полный ликворный блок, ликвор бесцветный, прозрачный, состав ликвора нормальный. Наложено скелетное вытяжение за теменные бугры и произведено одномоментное закрытое вправление вывиха с применением миорелаксантов. На контрольных рентгенограммах вправление полное, неврологический статус не изменился.

1. Какие допущены ошибки опасные для жизни больного, при оказании первой помощи и транспортировки пострадавшего в больницу.

А. Оказание помощи как “утопленнику”.

В. Транспортировка сидя

С. Перекладывание на носилки

Д. Перекладывание на рентгеновский стол

Е. Поворачивание на бок для профильной рентгенографии шейного отдела позвоночника

Ф. Поворачивание набок для люмбальной пункции

2. Какой уровень и характер повреждения позвоночника?

А. Шейный

В. Грудной

С. Поясничный

Д. Крестцовый

Е. Перелом

Ф. Подвывих

Г. Вывих

И. Переломо-вывих (подвывих).

3. Какая тяжесть повреждения спинного мозга?

А. Сотрясение спинного мозга

В. Ушиб легкой степени

С. Ушиб средней степени

Д. Ушиб тяжелой степени

4. Какие имелись признаки сдавления спинного мозга?

А. Деформация позвоночного канала

В. Ликворный блок

С. Пройодимость ликворных путей

Д. Наличие неврологических расстройств

5. Почему у больного не было одышки и затрудненного дыхания?

А. Не было травмы грудной клетки

В. Освобождены от воды дыхательные пути.

С. Не была нарушена иннервация (функция) межреберных мышц

Д. Не была нарушена функция диафрагмы.

6. Почему у больного возникло вздутие живота?

А. Травма брюшной полости

В. Кишечная непроходимость (механическая)

С. Задержка стула

Д. Кишечная непроходимость (динамическая)

Е. Спинальный шок

Ф. Травматический шок

7. Какие осложнения могут быть у больного?

А. Остановка сердца

В. Остановка дыхания

С. Мочевая инфекция

D. Пролежни

2. Больной К., 20 лет обратился в санпропускник с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, наличие раны в области лба. Около одного часа тому назад был избит неизвестными лицами из хулиганских побуждений. Били кулаками и ногами по туловищу, конечностям и голове. Кратковременно терял сознание после удара по голове. В больницу доставлен машиной ПМГ. Объективно: бледен, вял, пульс 96 в мин., АД 130/90 мм рт.ст. В области лба справа рана мягких тканей с неровными краями 3 x 0,5 см проникающая до надкостницы. В неврологическом статусе легкая слабость отведения глазных яблок, сглаженность левой носогубной складки. Другой патологии нет. М-эхо не смещено.

1. Какие симптомы можно выделить у больного?

- A. Гипертензионный
 - B. Очаговый
 - C. Общемозговой
 - D. Менингеальный
 - E. Психопатологический
2. Определите характер патологического процесса

- A. Сдавление головного мозга
- B. Ушиб головного мозга
- C. Сотрясение головного мозга
- D. Энцефалит
- E. Опухоль головного мозга

3. Какой метод обследования наиболее информативен?

- A. Эхоэнцефалография
- B. Компьютерная томография
- C. Изучение анамнеза
- D. Ангиография
- E. Проверка неврологического статуса.

4. Какое следует применить лечение?

- A. Антибиотикотерапия
- B. Антикоагулянтная терапия
- C. Оперативное лечение
- D. Консервативное лечение
- E. Рентгенотерапия

3. Мужчина, 32 лет доставлен в санпропускник машиной скорой помощи примерно через час после автодорожной аварии, во время которой получил черепно-мозговую травму. Без сознания, на голове повязка, умеренно пропитанная кровью слева. Пульс до 60 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст., дыхание несколько учащенное - до 20 в мин. На уколы реагирует гримасой, не координированными движениями при нанесении раздражения только в области лица, слизистых губ и полости носа, при раздражении конъюнктивы, особенно слева. Анизокория S>D, слегка парусит левая щека. Тонус в конечностях слегка выше справа, в этих же конечностях большая активность. Рефлексы с рук и ног D>S, брюшные S=D. Симптом Бабинского справа. Периодические в правых конечностях, больше в руке, судорожные подергивания. На краниограммах патологии нет. М-эхо смещено видно на 8 мм.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?

- A. Афатический
- B. Гипертензионный
- C. Общемозговой
- D. Очаговый
- E. Менингеальный

2. Где локализуется очаг поражения мозга? -

- A. В мозжечке
- B. В желудочке мозга

- С. В гипофизе
 - Д. В правой лобно-височной области
 - Е. В левой лобно-височной области
3. Определите характер патологического процесса -
- А. Опухоль мозга
 - В. Ушиб мозга
 - С. Внутрочерепная гематома
 - Д. Сотрясение мозга
 - Е. Менингит
4. Какой метод обследования следует применить для уточнения диагноза?
- А. Краниография
 - В. Эхоэнцефалография
 - С. Компьютерная томография
 - Д. ЭЭГ
 - Е. Поясничный прокол
5. Определите план лечения:
- А. Консервативное
 - В. Оперативное
 - С. Физиотерапия
 - Д. Рентгенотерапия
 - Е. Дегидратационная терапия

1. Больной В., 21 года, получил сквозное пулевое ранение мягких тканей в нижней 1/3 левого бедра по задней его поверхности. На рентгенограммах патологии нет. Хирургом по всем правилам произведена первичная хирургическая обработка раны, которая зажила через месяц. Через три месяца больной ходит с палочкой, атрофия мышц голени (икроножной мышцы), утрачен ахиллов рефлекс (“пяточная стопа”). По задней поверхности бедра в нижней его 1/3 в подкожных мягких тканях прощупывается припухлость, при этом возникает боль иррадиирующая в стопу и пальцы. При исследовании электровозбудимости мышц икроножной группы отмечена полная реакция перерождения (дегенерации). Электромиография — резкое снижение миограммы.

1. Какой синдром поражения нервной системы можно выделить?
- А. Повреждение головного мозга
 - В. Повреждение спинного мозга
 - С. Повреждение периферического нерва
 - Д. Гипертензионный синдром
 - Е. Очаговый синдром
2. Где локализуется очаг поражения?
- А. В прецентральной извилине
 - В. В задних корешках спинного мозга?
 - С. В седалищном нерве
 - Д. В бедренном нерве
 - Е. В малоберцовом нерве
3. Определите характер патологического процесса:
- А. Полное повреждение малоберцового нерва
 - В. Частичное повреждение седалищного нерва
 - С. Неврома седалищного нерва
 - Д. Каузалгия
 - Е. Рубцовое сдавление нерва
4. Какой метод следует применить для уточнения диагноза?
- А. Рентгенография
 - В. АКТ
 - С. Неврологическое обследование

- D. ЭЭГ
 - E. Электровозбудимость, хронаксиметрия
5. Какой план лечения?
- A. Консервативное
 - B. Оперативное - удаление невромы, шов нерва
 - C. Невролиз
 - D. Физиотерапия
 - E. ЛФК, массаж

1. Мать жалуется, что ребенок родился с опухолевидным выпячиванием в поясничном отделе, резко истонченной кожей над ним, с плохими движениями в ножках, отсутствием движений в стопах, недержанием мочи и кала. В роддом был вызван нейрохирург, который перевел ребенка в нейрохирургическое отделение и произвел операцию по удалению имевшего место выпячивания. После операции отмечено увеличение головки, которое прогрессирует. В неврологическом статусе значительного регресса симптоматики нет.

1. Какие синдромы можно выделить у больного? -
- A. Поражение мозжечка
 - B. Поражение гипофиза
 - C. Поражение корешков спинного мозга.
 - D. Поражение шейного отдела спинного мозга
 - E. Поражение лобной доли мозга
2. Где локализуется очаг поражения мозга?
- A. В головном мозге
 - B. В шейном отделе
 - C. В грудном отделе
 - D. В поясничном отделе
 - E. В седалищном нерве
3. Определите характер патологического процесса:
- A. Опухоль спинного мозга
 - B. Травма позвоночника
 - C. Водянка мозга
 - D. Спинномозговая грыжа
 - E. Черепно-мозговая грыжа
4. Какой метод обследования следует применить для уточнения диагноза?
- A. Спондилография
 - B. Осмотр
 - C. Неврологическое обследование
 - D. Поясничный прокол
 - E. Компьютерная томография
5. Какое осложнение развилось?
- A. Прогрессирующая водянка мозга
 - B. Нарушение дыхания
 - C. Менингит
 - D. Нарушение координации
 - E. Нарушение слуха

1. Мать жалуется, что у ее ребенка 4-х лет появились головные боли, усиливающиеся при физическом или умственном перенапряжении, несколько снизилось зрение, голова несколько неправильной формы (удлинена в передне-заднем направлении), глаза немного навыкате. После родов мать отметила, что родничок зарос к 5-6 месяцам. Якобы головка медленно увеличивается в размерах. Объективно: ребенок активен, бегаёт, легко контактирует с окружающими. Голова вытянута в переднезаднем направлении, по сагиттальному шву прощупывается “гребешок”, двусторонний экзофтальм. На краниограммах резко усилены

пальцевые вдавления, швы не контурируются. На глазном дне — побледнение дисков зрительных нервов. Ликворное давление около 200 мм водн.ст. При АКТ - патологии нет.

1. Какой синдром выявлен у ребенка?

- А. Гипертензионный
- В. Очаговый
- С. Менингиальный
- Д. Психопатологический
- Е. Эпилептиформный

2. В чем заключается патология? -

- А. Наличие парезов, параличей
- В. Наличие эпилептических припадков
- С. Воспалительные изменения в ликворе
- Д. Изменения в костях и швах черепа
- Е. Умственное недоразвитие

3. Каков характер патологического процесса?

- А. Опухоль мозга
- В. Менингит
- С. Водянка мозга
- Д. Краниостеноз
- Е. Энцефалит

4. Какие диагностические методы наиболее информативны?

- А. Поясничный прокол
- В. АКТ
- С. Краниография
- Д. Электроэнцефалография
- Е. ЭхоЭГ

5. Какое лечение следует проводить?

- А. Дегидратационная терапия
- В. Антикоагулянтная терапия
- С. Операция
- Д. Физиотерапия
- Е. Химиотерапия

6. В чем смысл назначенного лечения?

- А. Снижение внутричерепного давления
- В. Улучшение кровоснабжения мозга
- С. Увеличение объема черепа
- Д. Уменьшение артериального давления
- Е. Снятие возбуждения

2. Мать жалуется, что с двухмесячного возраста у ребенка начала увеличиваться головка, резко напряжен родничок, изредка кричит, при этом краснеет. В настоящее время ребенку 6 месяцев. Головка значительно увеличена в объеме: окружность ее достигает 54 см. Лобные бугры нависают над орбитами. Кожа на голове натянута, под ней видны расширенные венозные сосуды. Родничок увеличен в размерах и резко напряжен. При осмотре глазных яблок определяется симптом “заходящего солнца”. В последнее время у матери создается впечатление, что ребенок плохо видит. Головку не держит. При краниографии обнаружено истончение костей черепа, округлая форма черепа, уплощены черепные ямки, отмечается расхождение костей. На глазном дне грубых изменений нет. Направлен в клинику для выяснения причины и характера патологии головного мозга.

1. Какой синдром выявлен у ребенка?

- А. Менингиальный
- В. Очаговый

- С. Гипертензионный
 - Д. Эпилептический
 - Е. Дебильность.
2. Какой характер патологического процесса?
- А. Опухоль
 - В. Менингит
 - С. Водянка
 - Д. Краниостеноз
 - Е. Нарушение мозгового кровообращения
3. Какие диагностические методы наиболее информативны при данной патологии?
- А. Эхоэнцефалография
 - В. Электроэнцефалография
 - С. Краниография
 - Д. АКТ
 - Е. Ангиография
4. Как уточнить этиопатогенез заболевания? -
- А. Люмбальная пункция
 - В. Вентрикулопункция
 - С. Пробы Арндта
 - Д. Краниография
 - Е. Осмотр глазного дна
5. Какое лечение следует назначить?
- А. Дегидратационная терапия
 - В. Поясничные проколы с разгрузкой
 - С. Краниотомия
 - Д. Вентрикулоатриостомия
 - Е. Вентрикулопункция

Вопросы для коллоквиума:

1. Головная боль, дифференциально-диагностическое значение и анатомо-функциональное обоснование различных вариантов головной боли (оболочечные, гипертензионные и т.д.).
2. Нарушение остроты и полей зрения, дифференциальная диагностика гемианопсий.
3. Глазодвигательные нарушения.
4. Поражение верхних отделов ствола головного мозга.
5. Поражение средних и нижних отделов ствола головного мозга.
6. Нейроэндокринные нарушения при поражении диэнцефальных структур.
7. Синдромы и симптомы поражения лобных долей головного мозга.
8. Синдромы и симптомы поражения теменных долей головного мозга.
9. Синдромы и симптомы поражения затылочных долей головного мозга.
10. Синдромы и симптомы поражения височных долей головного мозга, дифференциальная диагностика афатических нарушений.
11. Компьютерно-томографическая семиотика опухолей головного и спинного мозга. Применение методики контрастирования.
12. Магнитно-резонансная томография, показания и противопоказания к исследованию, основные характеристики метода, методики контрастирования.
13. Эпидемиология и гистологическая классификация опухолей ЦНС (ВОЗ, 1993 г.). Общие симптомы опухолей головного мозга.
14. Симптоматика, диагностика и хирургическое лечение опухолей полушарий головного мозга в зависимости от локализации.
15. Опухоли мозговых оболочек, классификация, хирургическое лечение и прогноз.

16. Симптоматика опухолей гипофиза и параселлярных опухолей, доступы к турецкому седлу и параселлярной области, альтернативные методики лечения опухолей данной локализации. Сочетанная и комбинированная терапия.
17. Опухоли мостомозжечкового угла, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
18. Хирургия опухолей задней черепной ямки, наиболее распространенные опухоли субтенториальной локализации.
19. Клиника, лечение и диагностика экста- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга, классификация опухолей спинного мозга.
20. Опухоли периферической нервной системы, наиболее часто встречаемые нозологии, методы хирургического лечения.
21. Классификация эпилепсии, этиопатогенез, принципы медикаментозного и хирургического лечения эпилепсии
22. Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания, исходы ком.
23. Компьютерно-томографическая семиотика острых нарушений мозгового и спинального кровообращения.
24. Фазово-контрастная магнитная томография, ее отличия от других томографических методов, показания к применению.
25. Церебральная ангиография, показания к применению метода. Ангиографическая семиотика сосудистых заболеваний головного мозга. Принципы анализа ангиограмм.
26. Транскраниальная доплерография, нормальные характеристики кровотока в артериях головного мозга.
27. Преходящие нарушения мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки.
28. Этиопатогенез и эпидемиология субарахноидальных кровоизлияний, виды аневризм сосудов головного мозга. Клиника и диагностика субарахноидального кровоизлияния, периоды САК, клинические варианты САК, классификация Hunt-Hess.
29. Сосудистый спазм, механизмы и сроки его развития, методы его профилактики и лечения.
30. Общие принципы оперативных вмешательств на аневризмах сосудов головного мозга. Интраоперационные осложнения в хирургии аневризм. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу артериальных аневризм сосудов мозга, принципы ведения больных
31. Артериовенозные мальформации головного мозга, теории этиологии мальформаций, классификация риска хирургического вмешательства на мальформациях (Spetzler и Martin).
32. Особенности хирургии аневризм в остром периоде кровоизлияния.
33. Вентрикулярное кровоизлияние, как осложнение течения аневризм и АВМ, гемотампонада желудочков, хирургическое лечение тампонады желудочков.
34. Геморрагические инсульты, этиопатогенез, механизмы кровоизлияний, показания к хирургическому лечению инсультов.
35. Ишемический инсульт, его дифференциальная диагностика с геморрагическими инсультами, принципы консервативного и хирургического лечения. Возможности локальной тромболитической терапии в лечении инсультов, показания к введению тромболитиков в полость гематомы.
36. Экстраинтракраниальные микрососудистые анастомозы, показания к их наложению, эффективность оперативных вмешательств и отдаленные результаты. Принципы оперативных вмешательств на магистральных сосудах шеи.
37. Сосудистые поражения спинного мозга, клиника спинального инсульта, возможности хирургического лечения АВМ спинного мозга в зависимости от уровня поражения.
38. Каверномы головного мозга, клиника, возможности хирургического лечения.
39. Принципы эндоваскулярного лечения аневризм сосудов головного мозга.
40. Нарушения движений при поражении на уровне центрального двигательного нейрона.
41. Основные виды нарушения чувствительности на центральном уровне
42. Дислокационные синдромы в нейрохирургии, хирургическое лечение дислокации.

43. Стереотаксис, его применение в нейрохирургии, виды стереотаксических аппаратов. Стереотаксические операции при гиперкинезах различной этиологии, хирургическое лечение паркинсонизма.
44. Нейронавигация, методы составления навигационных карт, виды зондов для нейронавигации.
45. Гематомы задней черепной ямки, хирургическое лечение. Операция трепанации задней черепной ямки.
46. Рентгенологическая семиотика позвоночно-спинальной травмы.
47. Компьютерно-томографическая семиотика черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы.
48. Ангиографическая семиотика черепно-мозговой травмы
49. Эпидемиология и классификация черепно-мозговой травмы.
50. Ушибы головного мозга, классификации ушибов, морфологические варианты, исходы и методы консервативной терапии.
51. Показания к хирургическому лечению ушибов, методы хирургического удаления очагов ушибов, выбор трепанации и доступа.
52. Субдуральные гематомы супратенториальной локализации, эпидемиология, показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам при субдуральных гематомах.
53. Эпидуральные гематомы, клиника и хирургическое лечение.
54. Травматические внутримозговые гематомы, показания к хирургическому лечению, методика оперативного вмешательства.
55. Переломы костей свода черепа, первичная хирургическая обработка вдавленного перелома. Переломы костей основания черепа, клиника в зависимости от локализации, рентгенологическая семиотика, методы пластики дна передней черепной ямки.
56. Диффузное аксональное повреждение головного мозга, клиника, исходы.
57. Сочетанная черепно-мозговая травма, особенности течения, принципы хирургического лечения и ведения больных.
58. Посттравматическая энцефалопатия и посттравматическая эпилепсия, хирургическое лечение, пластики дефекта костей черепа, виды пластик и материалов, применяемых для пластики.
59. Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.
60. Механизмы повреждения позвоночника и спинного мозга, эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы, классификация повреждений позвоночника. Стандарты неврологического осмотра больных с позвоночно-спинальной травмой, шкала ASIA.
61. Виды повреждений позвоночника и спинного мозга, клинические проявления позвоночно-спинномозговых повреждений. Спинальный шок, периоды течения позвоночно-спинальной травмы.
62. Огнестрельные повреждения позвоночника и спинного мозга, клиника диагностика и хирургическое лечение.
63. Классификация огнестрельных ранений мирного времени. Диагностика огнестрельных ранений черепа и головного мозга, определения локализации внутричерепного инородного тела. Хирургическая тактика при огнестрельных поражениях черепа и головного мозга в зависимости от типа ранения.
64. Субдуральные и эпидуральные эмпиемы, этиопатогенез, методы хирургического лечения. Остеомиелит костей черепа, его консервативное и хирургическое лечение.
65. Абсцессы головного мозга, причины, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения, показания к хирургическому лечению абсцессов.
66. Гнойный спинальный эпидурит, диагностика, методы лечения.
67. Энцефалиты, клиника и методы диагностики, методы профилактики и лечения. Возможности оперативного лечения энцефалитов.

95. Вентрикулиты, этиопатогенез, методы лечения. Техника наружного вентрикулярного дренирования передних и задних рогов боковых желудочков. Интрацекальное введение антибиотиков

Задачи:

Задача № 1. (УК-1)

Больной Н., 47 лет, одиннадцать месяцев назад появилось снижение слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца отмечается головная боль, тошнота, появилось онемение в левой половине лица. При обследовании в клинике выявлено: нарушение слуха слева по типу поражения звуковоспринимающего аппарата, легкий периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия в левой половине лица, легкая атаксия в левых конечностях. На глазном дне - застойные соски зрительных нервов.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 2. (УК-5)

Больной К. 40 лет, около года назад начал отмечать ухудшение зрения, появилась половая слабость, ожирение, плохо стали расти волосы на лице. При осмотре окулистом выявлены признаки первичной атрофии сосков зрительных нервов, сужение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии.

1. Какой можно поставить предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
3. Назначить лечение.

Задача № 3. (ОПК-4)

Больной Р. 48 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль и тошноту. Со слов родственников полгода назад были отмечены изменения в поведении больного: появилась неряшливость, эйфоричность, неадекватные поступки па работе.

При осмотре: центральный парез левого лицевого нерва, умеренное повышение сухожильных и периостальных рефлексов слева, выражены хоботковый и хватательный рефлексы. На глазном дне явления начального застоя сосков зрительных нервов.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 1 (УК-4)

Больной 45 лет, в течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, лечился амбулаторно. Во второй половине дня, после работы, внезапно почувствовал онемение и слабость в правых конечностях, «удар» в голову, потерял сознание.

При поступлении: сознание – сопор, общее состояние тяжёлое, на вопросы не отвечает, дыхание шумное, «парусит» правая щека, голова и глаза повёрнуты влево, артериальное давление 210/120 слева и 170/100 справа.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 2 (УК-5)

У больного 38 лет, днем, на фоне переутомления, возникла сильная головная боль, рвота. Больной дезориентирован в месте, времени, беспокоен, возбуждён, держится руками за

голову, стонет. Выражены менингеальные симптомы, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Общая гиперестезия.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 3 (ОПК-4)

Больной 47 лет, доставлен скорой помощью. Считал себя здоровым, артериальное давление ему не измеряли. Утром появились тошнота и боль в левой половине головы, затем последовала утрата сознания. При поступлении: больной в коматозном состоянии. Пульс - 62 удара в минуту, ритмичны. Артериальное давление - 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. Дыхание шумное, 27 в минуту. Блефароспазм; плавающие движения глазных яблок, расходящееся косоглазие, лёгкая сглаженность правой носогубной складки. Правосторонняя гемиплегия. Брюшные рефлексы отсутствуют. Двусторонний рефлекс Бабинского. Незначительная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слева.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 1. (УК-5)

Больной П. 21 года, во время автоаварии ударился головой о ветровое стекло, терял сознание на 30—40 минут. Доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы. При осмотре: сознание ясное, ориентирован в месте и времени, жалуется на головную боль и тошноту, при попытках встать отмечается головокружение. Где и когда произошла травма больной не помнит.

Пульс 84 уд. в 1 мин, дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные влажные, симптомов очагового поражения нервной системы нет, менингеальных симптомов нет.

1. Установить клиническую форму черепно-мозговой травмы.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 2. (ОПК-4)

Больной А. 21 года, получил травму головы, выполняя спортивное упражнение на перекладине. Была потеря сознания в течении часа. В больницу доставлен через два часа после травмы. При осмотре: в сознании, жалуется на головную боль, тошноту, чувство «заложенности» в левом ухе. Пульс 92 уд. в 1 мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст.. дыхание 20—22 в мин, на голове слева в височно-теменной области припухлость мягких тканей, слева из наружного слухового прохода подтекает кровь и светлая жидкость, при оскале зубов отстает левый угол рта и плохо зажмуривает левый глаз, сухожильные рефлексы преобладают справа, легкая ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Имеются ли показания к оперативному лечению?
4. Назначить медикаментозное лечение.

Задача № 3. (УК-1)

Больной Д. 32 лет, на лесоразработках получил травму головы упавшим бревном. Потерял сознание. Доставлен в больницу через 3 часа после травмы. Со слов доставивших после травмы был короткий период времени, когда больной отвечал на вопросы, затем снова впал в бессознательное состояние.

При осмотре: soporозное состояние сознания, беспорядочно двигает правыми конечностями, в левых конечностях активные движения отсутствуют. Сухожильные и периостальные рефлексы слева высокие. Правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует,

пульс 52 уд. в 1 мин, артериальное давление 150/100 мм рт.ст., дыхание частое шумное, имеется ригидность мышц затылка, симптом Кернига не выражен.

1. Установить диагноз.

2. Назначить методы дополнительного обследования.

3. Определить показанность операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

Список тем рефератов:

1. Нейроэндокринные нарушения при поражении диэнцефальных структур.
2. Дислокационные синдромы в нейрохирургии, хирургическое лечение дислокации.
3. Компьютерно-томографическая семиотика опухолей головного и спинного мозга. Применение методики контрастирования.
4. Магнитно-резонансная томография, показания и противопоказания к исследованию, основные характеристики метода, методики контрастирования.
5. Симптоматика, диагностика и хирургическое лечение опухолей полушарий головного мозга в зависимости от локализации.
6. Опухоли мозговых оболочек, классификация, хирургическое лечение и прогноз.
7. Симптоматика опухолей гипофиза и параселлярных опухолей, доступы к турецкому седлу и параселлярной области, альтернативные методики лечения опухолей данной локализации. Сочетанная и комбинированная терапия.
8. Опухоли мостомозжечкового угла, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
9. Хирургия опухолей задней черепной ямки, наиболее распространенные опухоли субтенториальной локализации.
10. Клиника, лечение и диагностика экста- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга, классификация опухолей спинного мозга.
11. Опухоли периферической нервной системы, наиболее часто встречаемые нозологии, методы хирургического лечения.
12. Стереотаксис, его применение в нейрохирургии, виды стереотаксических аппаратов. Стереотаксические операции при гиперкинезах различной этиологии, хирургическое лечение паркинсонизма.
13. Нейронавигация, методы составления навигационных карт, виды зондов для нейронавигации.
14. Компьютерно-томографическая семиотика острых нарушений мозгового и спинального кровообращения
15. Церебральная ангиография, показания к применению метода. Ангиографическая семиотика сосудистых заболеваний головного мозга. Принципы анализа ангиограмм.
16. Этиопатогенез и эпидемиология субарахноидальных кровоизлияний, виды аневризм сосудов головного мозга. Клиника и диагностика субарахноидального кровоизлияния, периоды САК, клинические варианты САК, классификация Hunt-Hess.
17. Виды оперативных вмешательств на аневризмах сосудов головного мозга. Интраоперационные осложнения в хирургии аневризм. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу артериальных аневризм сосудов мозга, принципы ведения больных
18. Артериовенозные мальформации головного мозга, теории этиологии мальформаций, классификация риска хирургического вмешательства на мальформациях (Spetzler и Martin).
19. Вентрикулярное кровоизлияние, как осложнение течения аневризм и АВМ, гемотампонада желудочков, хирургическое лечение тампонады желудочков.
20. Геморрагические инсульты, этиопатогенез, механизмы кровоизлияний, показания к хирургическому лечению инсультов.
21. Ишемический инсульт, его дифференциальная диагностика с геморрагическими инсультами, принципы консервативного и хирургического лечения. Возможности локальной тромболитической терапии в лечении инсультов, показания к введению тромболитиков в полость гематомы.

22. Экстраинтракраниальные микрососудистые анастомозы, показания к их наложению, эффективность оперативных вмешательств и отдаленные результаты. Принципы оперативных вмешательств на магистральных сосудах шеи.
23. Сосудистые поражения спинного мозга, клиника спинального инсульта, возможности хирургического лечения АВМ спинного мозга в зависимости от уровня поражения.
24. Каверномы головного мозга, клиника, возможности хирургического лечения.
25. Эндоваскулярное лечение аневризм сосудов головного мозга.

26. Компьютерно-томографическая семиотика черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы.
27. Ушибы головного мозга, классификации ушибов, морфологические варианты, исходы и методы консервативной терапии.
28. Показания к хирургическому лечению ушибов, методы хирургического удаления очагов ушибов, выбор трепанации и доступа.
29. Субдуральные гематомы супратенториальной локализации, эпидемиология, показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам при субдуральных гематомах.
30. Эпидуральные гематомы, клиника и хирургическое лечение.
31. Травматические внутримозговые гематомы, показания к хирургическому лечению, методика оперативного вмешательства.
32. Гематомы задней черепной ямки, хирургическое лечение. Операция трепанации задней черепной ямки.
33. Переломы костей свода черепа, первичная хирургическая обработка вдавленного перелома. Переломы костей основания черепа, клиника в зависимости от локализации, рентгенологическая семиотика, методы пластики дна передней черепной ямки.
34. Диффузное аксональное повреждение головного мозга, клиника, исходы.
35. Посттравматическая энцефалопатия и посттравматическая эпилепсия, хирургическое лечение, пластики дефекта костей черепа, виды пластик и материалов, применяемых для пластики.
36. Виды повреждений позвоночника и спинного мозга, клинические проявления позвоночно-спинномозговых повреждений. Спинальный шок, периоды течения позвоночно-спинальной травмы.
37. Показания к стабилизирующим операциям на позвоночнике, виды стабилизирующих операций.
38. Огнестрельные повреждения позвоночника и спинного мозга, клиника диагностика и хирургическое лечение.
39. Классификация огнестрельных ранений мирного времени. Диагностика огнестрельных ранений черепа и головного мозга, определения локализации внутричерепного инородного тела. Хирургическая тактика при огнестрельных поражениях черепа и головного мозга в зависимости от типа ранения.
40. Аномалия Арнольда – Киари, классификация, клиника, эпидемиология. Методы хирургического лечения.
41. Аномалия Денди – Уокера, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
42. Сирингомиелия и сирингобульбия, этиопатогенез, клиника, диагностика и методы хирургической коррекции.
43. Шейное сплетение и плечевое сплетение, симптоматика повреждения. Оперативные вмешательства на плечевом сплетении и его ветвях.
44. Поясничное и крестцовое сплетение, симптоматика повреждения, операции на поясничном и крестцовом сплетениях.
45. Общие хирургические приемы при операциях на нервах, виды шва нерва, микрохирургическая межпучковая аутоотрансплантация.
46. Методика декомпрессивной ламинэктомии. Стабилизирующие операции на шейном отделе позвоночника.

47. Операции при полном поперечном перерыве спинного мозга, сроки выполнения оперативного вмешательства, показания к операции.
1. Гипертензионный синдром в нейрохирургии, хирургическое лечение внутричерепной гипертензии.
 2. Острая гидроцефалия при нейрохирургической патологии, операции при острой окклюзии ликворных путей.
 1. Виды вентрикулярных дренажей, методика наружного вентрикулярного дренирования, профилактика вентрикулита в послеоперационном периоде.
 2. Острая окклюзионная гидроцефалия, причины и механизмы развития, хирургическое лечение.
 3. Хроническая гидроцефалия, причины ее развития, классификация гидроцефалии взрослых, клиника различных вариантов гидроцефалии. Методы хирургического лечения гидроцефалии, ликворошунтирующие операции, показания к установке шунтов. Диагностика и лечение хронической дизрезорбтивной гидроцефалии.
 4. Методы прямого и косвенного измерения внутричерепного давления, виды датчиков внутричерепного давления, нормальные цифры ВЧД, типы патологических кривых. Методы консервативного и хирургического лечения внутричерепной гипертензии.
 5. Гнойный менингит, этиопатогенез, методы консервативного и хирургического лечения, показания и противопоказания к люмбальному дренированию, методика люмбального дренирования.
 6. Вентрикулиты, этиопатогенез, методы лечения. Техника наружного вентрикулярного дренирования передних и задних рогов боковых желудочков. Интрацеребральное введение антибиотиков.
 7. Субдуральные и эпидуральные эмпиемы, этиопатогенез, методы хирургического лечения. Остеомиелит костей черепа, его консервативное и хирургическое лечение.
 8. Абсцессы головного мозга, причины, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения, показания к хирургическому лечению абсцессов.
 9. Гнойный спинальный эпидурит, диагностика, методы лечения.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

5.1.2. Вопросы к зачёту по дисциплине *Нейроонкология*

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Головная боль, дифференциально-диагностическое значение и анатомо-функциональное обоснование различных вариантов головной боли (оболочечные, гипертензионные и т.д.).	-
Нарушение остроты и полей зрения, дифференциальная диагностика гемианопсий.	-
Глазодвигательные нарушения.	-
Поражение верхних отделов ствола головного мозга.	-
Поражение средних и нижних отделов ствола головного мозга.	-
Нейроэндокринные нарушения при поражении диэнцефальных структур.	-
Синдромы и симптомы поражения лобных долей головного мозга.	-
Синдромы и симптомы поражения теменных долей головного мозга.	-
Синдромы и симптомы поражения затылочных долей головного мозга.	-

Синдромы и симптомы поражения височных долей головного мозга, дифференциальная диагностика афатических нарушений.	-
Компьютерно-томографическая семиотика опухолей головного и спинного мозга. Применение методики контрастирования.	-
Магнитно-резонансная томография, показания и противопоказания к исследованию, основные характеристики метода, методики контрастирования.	-
Эпидемиология и гистологическая классификация опухолей ЦНС (ВОЗ, 1993 г.). Общие симптомы опухолей головного мозга.	-
Симптоматика, диагностика и хирургическое лечение опухолей полушарий головного мозга в зависимости от локализации.	-
Опухоли мозговых оболочек, классификация, хирургическое лечение и прогноз.	-
Симптоматика опухолей гипофиза и параселлярных опухолей, доступы к турецкому седлу и параселлярной области, альтернативные методики лечения опухолей данной локализации. Сочетанная и комбинированная терапия.	-
Опухоли мостомозжечкового угла, клиника, диагностика, хирургическое лечение.	-
Хирургия опухолей задней черепной ямки, наиболее распространенные опухоли субтенториальной локализации.	-
Клиника, лечение и диагностика экста- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга, классификация опухолей спинного мозга.	-
Опухоли периферической нервной системы, наиболее часто встречаемые нозологии, методы хирургического лечения.	-
Классификация эпилепсии, этиопатогенез, принципы медикаментозного и хирургического лечения эпилепсии	-

5.1.3. Задачи по дисциплине *Нейроонкология*

Задача № 1 (УК-1)

Больной Н., 47 лет, одиннадцать месяцев назад появилось снижение слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца отмечается головная боль, тошнота, появилось онемение в левой половине лица. При обследовании в клинике выявлено: нарушение слуха слева по типу поражения звуковоспринимающего аппарата, легкий периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия в левой половине лица, легкая атаксия в левых конечностях. На глазном дне - застойные соски зрительных нервов.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 2 (УК-5)

Больной К. 40 лет, около года назад начал отмечать ухудшение зрения, появилась половая слабость, ожирение, плохо стали расти волосы на лице. При осмотре окулистом выявлены признаки первичной атрофии сосков зрительных нервов, сужение полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии.

1. Какой можно поставить предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
3. Назначить лечение.

Задача № 3 (ОПК-4)

Больной Р. 48 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль и тошноту. Со слов родственников полгода назад были отмечены изменения в поведении больного: появилась неряшливость, эйфоричность, неадекватные поступки па работе.

При осмотре: центральный парез левого лицевого нерва, умеренное повышение сухожильных и периостальных рефлексов слева, выражены хоботковый и хватательный рефлексы. На глазном дне явления начального застоя сосков зрительных нервов.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Назначить лечение.

Тестовые задания по дисциплине *Нейроонкология*

1. У молодой женщины 35 лет, без каких-либо причин прекратились месячные. При обследовании у гинеколога и эндокринолога патологии не было выявлено. Назначена гормональная терапия, которая была неэффективна. Через некоторое время появилось снижение зрения и выпали наружные поля зрения. Присоединились головные боли и с иррадиацией в глазные яблоки. Была назначена краниография. Обнаружено увеличение полости турецкого седла, разрушение его спинки. При люмбальной пункции обнаружено нормальное давление ликвора, белка 0,65 г/л, клеток — 5 в 1 мм³. Нейроофтальмолог выявил атрофию дисков зрительных нервов и битемпоральную гетеронимную гемианопсию. Произведены эхоэнцефалография и компьютерная томография головы. М-эхо не смещено. На АКТ выявлен эндоселлярный гиперденсивный очаг до 1-1,5 мл в диаметре.

1. Какой синдром выявлен у больной?

- А. Гипертензионный
- В. Очаговый
- С. Менингиальный
- Д. Нейроэндокринный
- Е. Оптико-хиазмальный

2. Где локализуется патологический процесс?

- А. В прецентральной извилине
- В. В мозжечке
- С. Во внутренней капсуле
- Д. В желудочке мозга
- Е. В гипофизе

3. Каков характер патологического процесса?

- А. Воспалительный
- В. Сосудистый
- С. Опухолевый
- Д. Функциональный
- Е. Травматический

4. Какие диагностические методы самые информативные при данной патологии?

- А. ЭхоЭГ
- В. ЭЭГ
- С. Краниография
- Д. АКТ
- Е. Ангиография

5. Какое может возникнуть осложнение?

- А. Вклинение миндалин
- В. Отек мозга
- С. Кровоизлияние
- Д. Слепота
- Е. Менингит

6. Какое лечение следует назначить?

- А. Нормальное

- В. Химиотерапия
- С. Антибиотики
- Д. Операция
- Е. Физиотерапия

2. У мужчины, 64 лет, страдающего церебральным атеросклерозом с артериальной гипертензией появились странности в поведении: стал неопрятен, сузился круг интересов, перестал узнавать близких, затем появилась сонливость, вялость, адинамия. К концу первого месяца заболевания не поднимается с постели, начал быстро развиваться левосторонний гемипарез, перешедший за неделю в гемиплегию. Госпитализирован в неврологическое отделение в связи с подозрением на ишемический инсульт. При обследовании выявлено смещение М-эхо справа налево на 8 мм, 0, 98% белка в ликворе при нормальном давлении. Глазное дно — ангиосклероз. Краниография — остеопороз элементов турецкого седла. АКТ-кольцевидный, гиподенсивный очаг в правой лобной доле, окруженный гиперденсивной капсулой и значительной зоной отека. Переведен в нейрохирургическое отделение для проведения дифференциального диагноза между ишемическим инсультом и опухолью мозга.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?

- А. Гипертензионный
- В. Очаговый
- С. Менингиальный
- Д. Интоксикационный
- Е. Психопатологический

2. Где локализуется очаг поражения мозга?

- А. В мозжечке
- В. В левой височной доле
- С. В стволе мозга
- Д. В правой лобной доле
- Е. В желудочках мозга

3. Определите характер патологии процесса? -

- А. Опухоль мозга
- В. Атеросклероз
- С. Менингит
- Д. Аневризма
- Е. Вдавленный перелом костей черепа

4. Какой метод обследования наиболее информативный?

- А. Эхоэнцефалография
- В. Компьютерная томография
- С. Краниография
- Д. Ангиография
- Е. ЭЭГ

5. Назначьте план лечения

- А. Операция
- В. Консервативное лечение
- С. Разгрузочные поясничные проколы
- Д. Рентгентерапия
- Е. Химиотерапия

Список тем рефератов по дисциплине Нейроонкология:

1. Нейроэндокринные нарушения при поражении диэнцефальных структур.
2. Дислокационные синдромы в нейрохирургии, хирургическое лечение дислокации.
3. Компьютерно-томографическая семиотика опухолей головного и спинного мозга. Применение методики контрастирования.
4. Магнитно-резонансная томография, показания и противопоказания к исследованию, основные характеристики метода, методики контрастирования.

5. Симптоматика, диагностика и хирургическое лечение опухолей полушарий головного мозга в зависимости от локализации.
6. Опухоли мозговых оболочек, классификация, хирургическое лечение и прогноз.
7. Симптоматика опухолей гипофиза и параселлярных опухолей, доступы к турецкому седлу и параселлярной области, альтернативные методики лечения опухолей данной локализации. Сочетанная и комбинированная терапия.
8. Опухоли мостомозжечкового угла, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
9. Хирургия опухолей задней черепной ямки, наиболее распространенные опухоли субтенториальной локализации.
10. Клиника, лечение и диагностика экста- и интрамедуллярных опухолей спинного мозга, классификация опухолей спинного мозга.
11. Опухоли периферической нервной системы, наиболее часто встречаемые нозологии, методы хирургического лечения.
12. Стереотаксис, его применение в нейрохирургии, виды стереотаксических аппаратов. Стереотаксические операции при гиперкинезах различной этиологии, хирургическое лечение паркинсонизма.
13. Нейронавигация, методы составления навигационных карт, виды зондов для нейронавигации.

Вопросы к зачёту по дисциплине *Сосудистая нейрохирургия*:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания, исходы ком.	-
Компьютерно-томографическая семиотика острых нарушений мозгового и спинального кровообращения.	-
Фазово-контрастная магнитная томография, ее отличия от других томографических методов, показания к применению.	-
Церебральная ангиография, показания к применению метода. Ангиографическая семиотика сосудистых заболеваний головного мозга. Принципы анализа ангиограмм.	-
Транскраниальная доплерография, нормальные характеристики кровотока в артериях головного мозга.	-
Преходящие нарушения мозгового кровообращения, транзиторные ишемические атаки.	-
Этиопатогенез и эпидемиология субарахноидальных кровоизлияний, виды аневризм сосудов головного мозга. Клиника и диагностика субарахноидального кровоизлияния, периоды САК, клинические варианты САК, классификация Hunt-Hess.	-
Сосудистый спазм, механизмы и сроки его развития, методы его профилактики и лечения.	-
Общие принципы оперативных вмешательств на аневризмах сосудов головного мозга. Интраоперационные осложнения в хирургии аневризм. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу артериальных аневризм сосудов мозга, принципы ведения больных	-
Артериовенозные мальформации головного мозга, теории этиологии мальформаций, классификация риска хирургического вмешательства на мальформациях (Spetzler и Martin).	-
Особенности хирургии аневризм в остром периоде кровоизлияния.	-
Вентрикулярное кровоизлияние, как осложнение течения аневризм и АВМ, гемотампонада желудочков, хирургическое лечение тампонады	-

желудочков.	
Геморрагические инсульты, этиопатогенез, механизмы кровоизлияний, показания к хирургическому лечению инсультов.	-
Ишемический инсульт, его дифференциальная диагностика с геморрагическими инсультами, принципы консервативного и хирургического лечения. Возможности локальной тромболитической терапии в лечении инсультов, показания к введению тромболитиков в полость гематомы.	-
Экстраинтракраниальные микрососудистые анастомозы, показания к их наложению, эффективность оперативных вмешательств и отдаленные результаты. Принципы оперативных вмешательств на магистральных сосудах шеи.	-
Сосудистые поражения спинного мозга, клиника спинального инсульта, возможности хирургического лечения АВМ спинного мозга в зависимости от уровня поражения.	-
Каверномы головного мозга, клиника, возможности хирургического лечения.	-
Принципы эндоваскулярного лечения аневризм сосудов головного мозга.	-
Нарушения движений при поражении на уровне центрального двигательного нейрона.	-
Основные виды нарушения чувствительности на центральном уровне	-
Дислокационные синдромы в нейрохирургии, хирургическое лечение дислокации.	-
Стереотаксис, его применение в нейрохирургии, виды стереотаксических аппаратов. Стереотаксические операции при гиперкинезах различной этиологии, хирургическое лечение паркинсонизма.	-
Нейронавигация, методы составления навигационных карт, виды зондов для нейронавигации.	-
Гематомы задней черепной ямки, хирургическое лечение. Операция трепанации задней черепной ямки.	-

Задачи по дисциплине *Сосудистая нейрохирургия*:

Задача № 1

Больной 45 лет, в течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, лечился амбулаторно. Во второй половине дня, после работы, внезапно почувствовал онемение и слабость в правых конечностях, «удар» в голову, потерял сознание.

При поступлении: сознание – сопор, общее состояние тяжёлое, на вопросы не отвечает, дыхание шумное, «парусит» правая щека, голова и глаза повёрнуты влево, артериальное давление 210/120 слева и 170/100 справа.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 2

У больного 38 лет, днем, на фоне переутомления, возникла сильная головная боль, рвота. Больной дезориентирован в месте, времени, беспокоен, возбуждён, держится руками за голову, стонет. Выражены менингеальные симптомы, сухожильные рефлексы равномерно оживлены, патологических знаков нет. Общая гиперестезия.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Задача № 3

Больной 47 лет, доставлен скорой помощью. Считал себя здоровым, артериальное давление ему не измеряли. Утром появились тошнота и боль в левой половине головы, затем последовала утрата сознания. При поступлении: больной в коматозном состоянии. Пульс - 62 удара в минуту, ритмичны. Артериальное давление - 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. Дыхание шумное, 27 в минуту. Блефароспазм; плавающие движения глазных яблок, расходящееся косоглазие, лёгкая сглаженность правой носогубной складки. Правосторонняя гемиплегия. Брюшные рефлексы отсутствуют. Двусторонний рефлекс Бабинского. Незначительная ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слева.

1. Определите топический диагноз.
2. Установите клинический диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Список тем рефератов по дисциплине *Сосудистая нейрохирургия*:

1. Компьютерно-томографическая семиотика острых нарушений мозгового и спинального кровообращения
2. Церебральная ангиография, показания к применению метода. Ангиографическая семиотика сосудистых заболеваний головного мозга. Принципы анализа ангиограмм.
3. Этиопатогенез и эпидемиология субарахноидальных кровоизлияний, виды аневризм сосудов головного мозга. Клиника и диагностика субарахноидального кровоизлияния, периоды САК, клинические варианты САК, классификация Hunt-Hess.
4. Виды оперативных вмешательств на аневризмах сосудов головного мозга. Интраоперационные осложнения в хирургии аневризм. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу артериальных аневризм сосудов мозга, принципы ведения больных
5. Артериовенозные мальформации головного мозга, теории этиологии мальформаций, классификация риска хирургического вмешательства на мальформациях (Spetzler и Martin).
6. Вентрикулярное кровоизлияние, как осложнение течения аневризм и АВМ, гемотампонада желудочков, хирургическое лечение тампонады желудочков.
7. Геморрагические инсульты, этиопатогенез, механизмы кровоизлияний, показания к хирургическому лечению инсультов.
8. Ишемический инсульт, его дифференциальная диагностика с геморрагическими инсультами, принципы консервативного и хирургического лечения. Возможности локальной тромболитической терапии в лечении инсультов, показания к введению тромболитиков в полость гематомы.
9. Экстраинтракраниальные микрососудистые анастомозы, показания к их наложению, эффективность оперативных вмешательств и отдаленные результаты. Принципы оперативных вмешательств на магистральных сосудах шеи.
10. Сосудистые поражения спинного мозга, клиника спинального инсульта, возможности хирургического лечения АВМ спинного мозга в зависимости от уровня поражения.
11. Каверномы головного мозга, клиника, возможности хирургического лечения.
12. Эндоваскулярное лечение аневризм сосудов головного мозга.

Вопросы к зачёту по дисциплине *Травма нервной системы*:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Рентгенологическая семиотика позвоночно-спинальной травмы.	-
Компьютерно-томографическая семиотика черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы.	-
Ангиографическая семиотика черепно-мозговой травмы	-

Эпидемиология и классификация черепно-мозговой травмы.	-
Ушибы головного мозга, классификации ушибов, морфологические варианты, исходы и методы консервативной терапии.	-
Показания к хирургическому лечению ушибов, методы хирургического удаления очагов ушибов, выбор трепанации и доступа.	-
Субдуральные гематомы супратенториальной локализации, эпидемиология, показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам при субдуральных гематомах.	-
Эпидуральные гематомы, клиника и хирургическое лечение.	-
Травматические внутримозговые гематомы, показания к хирургическому лечению, методика оперативного вмешательства.	-
Переломы костей свода черепа, первичная хирургическая обработка вдавленного перелома. Переломы костей основания черепа, клиника в зависимости от локализации, рентгенологическая семиотика, методы пластики дна передней черепной ямки.	-
Диффузное аксональное повреждение головного мозга, клиника, исходы.	-
Сочетанная черепно-мозговая травма, особенности течения, принципы хирургического лечения и ведения больных.	-
Посттравматическая энцефалопатия и посттравматическая эпилепсия, хирургическое лечение, пластики дефекта костей черепа, виды пластик и материалов, применяемых для пластики.	-
Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.	-
Механизмы повреждения позвоночника и спинного мозга, эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы, классификация повреждений позвоночника. Стандарты неврологического осмотра больных с позвоночно-спинальной травмой, шкала ASIA.	-
Виды повреждений позвоночника и спинного мозга, клинические проявления позвоночно-спинномозговых повреждений. Спинальный шок, периоды течения позвоночно-спинальной травмы.	-
Огнестрельные повреждения позвоночника и спинного мозга, клиника диагностика и хирургическое лечение.	-
Классификация огнестрельных ранений мирного времени. Диагностика огнестрельных ранений черепа и головного мозга, определения локализации внутричерепного инородного тела. Хирургическая тактика при огнестрельных поражениях черепа и головного мозга в зависимости от типа ранения.	-
Субдуральные и эпидуральные эмпиемы, этиопатогенез, методы хирургического лечения. Остеомиелит костей черепа, его консервативное и хирургическое лечение.	-
Абсцессы головного мозга, причины, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения, показания к хирургическому лечению абсцессов.	-
Гнойный спинальный эпидурит, диагностика, методы лечения.	-
Энцефалиты, клиника и методы диагностики, методы профилактики и лечения. Возможности оперативного лечения энцефалитов.	-

Задачи по дисциплине *Травма нервной системы:*

Задача № 1.

Больной П. 21 года, во время автоаварии ударился головой о ветровое стекло, терял сознание на 30—40 минут. Доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы. При осмотре: сознание ясное, ориентирован в месте и времени, жалуется на головную боль и тошноту, при попытках встать отмечается головокружение. Где и когда произошла травма больной не помнит.

Пульс 84 уд. в 1 мин, дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные влажные, симптомов очагового поражения нервной системы нет, менингеальных симптомов нет.

1. Установить клиническую форму черепно-мозговой травмы.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Назначить лечение.

Задача № 2.

Больной А. 21 года, получил травму головы, выполняя спортивное упражнение на перекладине. Была потеря сознания в течении часа. В больницу доставлен через два часа после травмы. При осмотре: в сознании, жалуется на головную боль, тошноту, чувство «заложенности» в левом ухе. Пульс 92 уд. в 1 мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст., дыхание 20—22 в мин, на голове слева в височно-теменной области припухлость мягких тканей, слева из наружного слухового прохода подтекает кровь и светлая жидкость, при оскале зубов отстает левый угол рта и плохо зажмуривает левый глаз, сухожильные рефлексы преобладают справа, легкая ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон.

1. Установить диагноз.
2. Назначить дополнительные методы исследования.
3. Имеются ли показания к оперативному лечению?
4. Назначить медикаментозное лечение.

Задача № 3.

Больной Д. 32 лет, на лесоразработках получил травму головы упавшим бревном. Потерял сознание. Доставлен в больницу через 3 часа после травмы. Со слов доставивших после травмы был короткий период времени, когда больной отвечал на вопросы, затем снова впал в бессознательное состояние.

При осмотре: сопорозное состояние сознания, беспорядочно двигает правыми конечностями, в левых конечностях активные движения отсутствуют. Сухожильные и периостальные рефлексы слева высокие. Правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, пульс 52 уд. в 1 мин, артериальное давление 150/100 мм рт.ст., дыхание частое шумное, имеется ригидность мышц затылка, симптом Кернига не выражен.

1. Установить диагноз.
2. Назначить методы дополнительного обследования.
3. Определить показанность операции и назначить необходимые нехирургические лечебные мероприятия.

Тестовые задания по дисциплине *Травма нервной системы*:

1. Больной Б., купаясь, нырнул вниз головой, ударился о дно водоема, сразу наступил паралич рук и ног, потерял сознание. Товарищи сразу извлекли из водоема и оказали помощь как «утопленнику». Усадили в попутную легковую машину и отвезли в ближайшую больницу. Больного принял травматолог, переложил на носилки, заподозрил повреждение шейного отдела позвоночника и спинного мозга, направил на каталке в рентгенкабинет, где по распоряжению рентгенолога пострадавшего переложили на рентгеновский стол. Был произведен снимок в передней проекции, повернут больной на бок и произведен снимок в боковой проекции. На рентгенограммах получено только пять шейных позвонков. Уложен на жесткую постель, вызван нейрохирург. Отмечены боли в шейно-затылочной области, напряжение этих мышц, боль при пальпации, симптом Горнера с двух сторон, в сознании, грудная клетка в акте дыхания не участвует, дышит за счет диафрагмы (брюшной тип дыхания), нет одышки, живот вздут, газы не отходят, перистальтика кишечника не прослушивается. Из активных движений в руках имеется шевеление пальцев, легкое сгибание предплечий, разгибание предплечий утрачено. Движений в плечевых суставах в полном объеме. Паралич мышц живота, грудной клетки и спины. Вялая нижняя параплегия с утраченными рефлексами. Нарушена чувствительность от С6 справа (глубокая гиперестезия) и от С7 с двух сторон книзу анестезия. Утрачено мышечно-суставное чувство в ногах до тазобедренных суставов включительно. Висцеральная анестезия прямой кишки и мочевого

пузыря (не чувствует вставление катетера, клизменного наконечника). Задержка мочи и стула. В палате с помощью передвижного рентгенаппарата в положении лежа на спине с низведением плечевого пояса произведены рентгеновские снимки в прямой и боковой проекции. Обнаружен подвывих С6 позвонка кзади на 3/4 диаметра позвонка (с захлестыванием суставных отростков). Произведена люмбальная пункция с ликвородинамикой (в постели больной осторожно повернут на бок). Получен полный ликворный блок, ликвор бесцветный, прозрачный, состав ликвора нормальный. Наложено скелетное вытяжение за теменные бугры и произведено одномоментное закрытое вправление вывиха с применением миорелаксантов. На контрольных рентгенограммах вправление полное, неврологический статус не изменился.

1. Какие допущены ошибки опасные для жизни больного, при оказании первой помощи и транспортировки пострадавшего в больницу.

- А. Оказание помощи как “утопленнику”.
- В. Транспортировка сидя
- С. Перекладывание на носилки
- Д. Перекладывание на рентгеновский стол
- Е. Поворачивание на бок для профильной рентгенографии шейного отдела позвоночника
- Ф. Поворачивание набок для люмбальной пункции

2. Какой уровень и характер повреждения позвоночника?

- А. Шейный
- В. Грудной
- С. Поясничной
- Д. Крестцовый
- Е. Перелом
- Ф. Подвывих
- Г. Вывих
- И. Переломо-вывих (подвывих).

3. Какая тяжесть повреждения спинного мозга?

- А. Сотрясение спинного мозга
- В. Ушиб легкой степени
- С. Ушиб средней степени
- Д. Ушиб тяжелой степени

4. Какие имелись признаки сдавления спинного мозга?

- А. Деформация позвоночного канала
- В. Ликворный блок
- С. Пройодимость ликворных путей
- Д. Наличие неврологических расстройств

5. Почему у больного не было одышки и затрудненного дыхания?

- А. Не было травмы грудной клетки
- В. Освобождены от воды дыхательные пути.
- С. Не была нарушена иннервация (функция) межреберных мышц
- Д. Не была нарушена функция диафрагмы.

6. Почему у больного возникло вздутие живота?

- А. Травма брюшной полости
- В. Кишечная непроходимость (механическая)
- С. Задержка стула
- Д. Кишечная непроходимость (динамическая)
- Е. Спинальный шок
- Ф. Травматический шок

7. Какие осложнения могут быть у больного?

- А. Остановка сердца
- В. Остановка дыхания
- С. Мочевая инфекция

D. Пролежни

2. Больной К., 20 лет обратился в санпропускник с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, наличие раны в области лба. Около одного часа тому назад был избит неизвестными лицами из хулиганских побуждений. Били кулаками и ногами по туловищу, конечностям и голове. Кратковременно терял сознание после удара по голове. В больницу доставлен машиной ПМГ. Объективно: бледен, вял, пульс 96 в мин., АД 130/90 мм рт.ст. В области лба справа рана мягких тканей с неровными краями 3 x 0,5 см проникающая до надкостницы. В неврологическом статусе легкая слабость отведения глазных яблок, сглаженность левой носогубной складки. Другой патологии нет. М-эхо не смещено.

1. Какие симптомы можно выделить у больного?

- A. Гипертензионный
- B. Очаговый
- C. Общемозговой
- D. Менингеальный
- E. Психопатологический

2. Определите характер патологического процесса

- A. Сдавление головного мозга
- B. Ушиб головного мозга
- C. Сотрясение головного мозга
- D. Энцефалит
- E. Опухоль головного мозга

3. Какой метод обследования наиболее информативен?

- A. Эхоэнцефалография
- B. Компьютерная томография
- C. Изучение анамнеза
- D. Ангиография
- E. Проверка неврологического статуса.

4. Какое следует применить лечение?

- A. Антибиотикотерапия
- B. Антикоагулянтная терапия
- C. Оперативное лечение
- D. Консервативное лечение
- E. Рентгенотерапия

3. Мужчина, 32 лет доставлен в санпропускник машиной скорой помощи примерно через час после автодорожной аварии, во время которой получил черепно-мозговую травму. Без сознания, на голове повязка, умеренно пропитанная кровью слева. Пульс до 60 в 1 мин., АД 140/90 мм рт.ст., дыхание несколько учащенное - до 20 в мин. На уколы реагирует гримасой, не координированными движениями при нанесении раздражения только в области лица, слизистых губ и полости носа, при раздражении конъюнктивы, особенно слева. Анизокория S>D, слегка парусит левая щека. Тонус в конечностях слегка выше справа, в этих же конечностях большая активность. Рефлексы с рук и ног D>S, брюшные S=D. Симптом Бабинского справа. Периодические в правых конечностях, больше в руке, судорожные подергивания. На краниограммах патологии нет. М-эхо смещено видно на 8 мм.

1. Какие синдромы можно выделить у больного?

- A. Афатический
- B. Гипертензионный
- C. Общемозговой
- D. Очаговый
- E. Менингеальный

2. Где локализуется очаг поражения мозга? -

- A. В мозжечке
- B. В желудочке мозга

- С. В гипофизе
 - Д. В правой лобно-височной области
 - Е. В левой лобно-височной области
3. Определите характер патологического процесса -
- А. Опухоль мозга
 - В. Ушиб мозга
 - С. Внутрочерепная гематома
 - Д. Сотрясение мозга
 - Е. Менингит
4. Какой метод обследования следует применить для уточнения диагноза?
- А. Краниография
 - В. Эхоэнцефалография
 - С. Компьютерная томография
 - Д. ЭЭГ
 - Е. Поясничный прокол
5. Определите план лечения:
- А. Консервативное
 - В. Оперативное
 - С. Физиотерапия
 - Д. Рентгенотерапия
 - Е. Дегидратационная терапия

Список тем рефератов по дисциплине *Травма нервной системы*:

1. Компьютерно-томографическая семиотика черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмы.
2. Ушибы головного мозга, классификации ушибов, морфологические варианты, исходы и методы консервативной терапии.
3. Показания к хирургическому лечению ушибов, методы хирургического удаления очагов ушибов, выбор трепанации и доступа.
4. Субдуральные гематомы супратенториальной локализации, эпидемиология, показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам при субдуральных гематомах.
5. Эпидуральные гематомы, клиника и хирургическое лечение.
6. Травматические внутримозговые гематомы, показания к хирургическому лечению, методика оперативного вмешательства.
7. Гематомы задней черепной ямки, хирургическое лечение. Операция трепанации задней черепной ямки.
8. Переломы костей свода черепа, первичная хирургическая обработка вдавленного перелома. Переломы костей основания черепа, клиника в зависимости от локализации, рентгенологическая семиотика, методы пластики дна передней черепной ямки.
9. Диффузное аксональное повреждение головного мозга, клиника, исходы.
10. Посттравматическая энцефалопатия и посттравматическая эпилепсия, хирургическое лечение, пластики дефекта костей черепа, виды пластик и материалов, применяемых для пластики.
11. Виды повреждений позвоночника и спинного мозга, клинические проявления позвоночно-спинномозговых повреждений. Спинальный шок, периоды течения позвоночно-спинальной травмы.
12. Показания к стабилизирующим операциям на позвоночнике, виды стабилизирующих операций.
13. Огнестрельные повреждения позвоночника и спинного мозга, клиника диагностика и хирургическое лечение.
14. Классификация огнестрельных ранений мирного времени. Диагностика огнестрельных ранений черепа и головного мозга, определения локализации внутрочерепного инородного тела. Хирургическая тактика при огнестрельных поражениях черепа и головного мозга в зависимости от типа ранения.

Вопросы к зачёту по дисциплине *Аномалии развития*:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Аномалия Арнольда – Киари, классификация, клиника, эпидемиология. Методы хирургического лечения.	-
Аномалия Денди – Уокера, клиника, диагностика и хирургическое лечение.	-
Сирингомиелия и сирингобульбия, этиопатогенез, клиника, диагностика и методы хирургической коррекции.	-

Тестовые задания по дисциплине *Аномалии развития*:

1. Мать жалуется, что ребенок родился с опухолевидным выпячиванием в затылочной области величиной в яблоко средних размеров. Это выпячивание постепенно увеличивается в размере, кожа над ним истончена. Ребенку три месяца. Объективно: округлой формы выпячивание в затылочной области по средней линии размером 10x10 см, на узкой шейке, соединяющее его с проекцией затылочного отверстия. Выпячивание безболезненное, мягко эластической консистенции, уменьшающаяся при сдавлении его при этом ребенок становится беспокойным, плачет, очевидно за счет появления головной боли. В связи с прогрессирующим истончением кожи, решено подвергнуть ребенка операции по поводу этого выпячивания. В неврологическом статусе патологии нет. При пункции выпячивания получена прозрачная, бесцветная жидкость, напоминающая ликвор. Во время операции обнаружено, что содержимым этого выпячивания являются оболочки мозга и ликвор. Отверстие в шейке через отверстие в затылочной кости соединяется с полостью оболочек мозга. Произведена пластика мягких тканей и дефекта черепа после удаления выпячивания. Рана зажила первичным натяжением, ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

1. Сформулируйте диагноз?

- A. Спино-мозговая грыжа
- B. Гидроцефалия
- C. Опухоль мозга
- D. Черепно-мозговая грыжа передняя
- E. Черепно-мозговая грыжа задняя

2. Какая форма патологии по Вашему мнению имела место?

- A. Менингоцеле
- B. Менингоэнцефалоцеле
- C. Менингоэнцефалоцистоцеле
- D. Рахизизис
- E. Липома

3. Какими методами исследования можно было бы дополнить или уточнить диагноз данной патологии?

- A. Краниография
- B. Исследование содержимого грыжевого мешка
- C. Пневмоэнцефалография
- D. АКТ
- E. Ангиография

4. Какие бывают осложнения без операции и после операции?

- A. Водянка
- B. Инфекция
- C. Витальные нарушения
- D. Истончение кожи и разрыв ее
- E. Ликворея

5. Лечение?

- A. Консервативное

- В. Оперативное
- С. Рентгенотерапия
- Д. Дренирование
- Е. Пункция

Список тем рефератов по дисциплине *Аномалии развития*:

1. Аномалия Арнольда – Киари, классификация, клиника, эпидемиология. Методы хирургического лечения.
2. Аномалия Денди – Уокера, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
3. Сирингомиелия и сирингобульбия, этиопатогенез, клиника, диагностика и методы хирургической коррекции.

Вопросы к зачёту по дисциплине *Хирургия периферической нервной системы*:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Основные виды нарушения чувствительности на периферическом уровне.	-
Нарушения движений при поражении на уровне периферического двигательного нейрона.	-
Виды повреждений нервов, варианты повреждений нервных стволов, классификация микроскопических изменений при повреждении нервов (Seddon).	-
Шейное сплетение и плечевое сплетение, симптоматика повреждения. Оперативные вмешательства на плечевом сплетении и его ветвях.	-
Поясничное и крестцовое сплетение, симптоматика повреждения, операции на поясничном и крестцовом сплетениях.	-
Инструментальные методы диагностики повреждений периферических нервов.	-
Общие хирургические приемы при операциях на нервах, виды шва нерва, микрохирургическая межпучковая аутотрансплантация.	-

Тестовые задания по дисциплине *Хирургия периферической нервной системы*:

1. Больной В., 21 года, получил сквозное пулевое ранение мягких тканей в нижней 1/3 левого бедра по задней его поверхности. На рентгенограммах патологии нет. Хирургом по всем правилам произведена первичная хирургическая обработка раны, которая зажила через месяц. Через три месяца больной ходит с палочкой, атрофия мышц голени (икроножной мышцы), утрачен ахиллов рефлекс (“пяточная стопа”). По задней поверхности бедра в нижней его 1/3 в подкожных мягких тканях прощупывается припухлость, при этом возникает боль иррадиирующая в стопу и пальцы. При исследовании электровозбудимости мышц икроножной груши отмечена полная реакция перерождения (дегенерации). Электромиография — резкое снижение миограммы.

1. Какой синдром поражения нервной системы можно выделить?

- А. Повреждение головного мозга
- В. Повреждение спинного мозга
- С. Повреждение периферического нерва
- Д. Гипертензионный синдром
- Е. Очаговый синдром

2. Где локализуется очаг поражения?

- А. В прецентральной извилине
- В. В задних корешках спинного мозга?
- С. В седалищном нерве
- Д. В бедренном нерве
- Е. В малоберцовом нерве

3. Определите характер патологического процесса:

- A. Полное повреждение малоберцового нерва
 - B. Частичное повреждение седалищного нерва
 - C. Неврома седалищного нерва
 - D. Каузалгия
 - E. Рубцовое сдавление нерва
4. Какой метод следует применить для уточнения диагноза?
- A. Рентгенография
 - B. АКТ
 - C. Неврологическое обследование
 - D. ЭЭГ
 - E. Электровозбудимость, хронаксиметрия
5. Какой план лечения?
- A. Консервативное
 - B. Оперативное - удаление невromы, шов нерва
 - C. Невролиз
 - D. Физиотерапия
 - E. ЛФК, массаж

Список тем рефератов по дисциплине *Хирургия периферической нервной системы*:

1. Шейное сплетение и плечевое сплетение, симптоматика повреждения. Оперативные вмешательства на плечевом сплетении и его ветвях.
2. Поясничное и крестцовое сплетение, симптоматика повреждения, операции на поясничном и крестцовом сплетениях.
3. Общие хирургические приемы при операциях на нервах, виды шва нерва, микрохирургическая межпучковая аутоотрансплантация.

Вопросы к зачёту по дисциплине *Хирургия позвоночника*:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Симптомы поражения спинного мозга и корешков на шейном уровне.	-
Симптомы поражения спинного мозга и корешков на верхне-грудном уровне.	-
Симптомы поражения спинного мозга и корешков на нижне-грудном уровне.	-
Симптомы поражения спинного мозга и корешков на поясничном и крестцовом уровне, синдромы конуса и эпиконуса.	-
Показания к стабилизирующим операциям на позвоночнике, виды операций.	-
Методика декомпрессивной ламинэктомии. Стабилизирующие операции на шейном отделе позвоночника.	-
Операции при полном поперечном перерыве спинного мозга, сроки выполнения оперативного вмешательства, показания к операции.	-

Тестовые задания по дисциплине *Хирургия позвоночника*:

1. Мать жалуется, что ребенок родился с опухолевидным выпячиванием в поясничном отделе, резко истонченной кожей над ним, с плохими движениями в ножках, отсутствием движений в стопах, недержанием мочи и кала. В роддом был вызван нейрохирург, который перевел ребенка в нейрохирургическое отделение и произвел операцию по удалению имевшего место выпячивания. После операции отмечено увеличение головки, которое прогрессирует. В неврологическом статусе значительного регресса симптоматики нет.

1. Какие синдромы можно выделить у больного? -
- A. Поражение мозжечка

- В. Поражение гипофиза
 С. Поражение корешков спинного мозга.
 D. Поражение шейного отдела спинного мозга
 E. Поражение лобной доли мозга
2. Где локализуется очаг поражения мозга?
 A. В головном мозге
 B. В шейном отделе
 C. В грудном отделе
 D. В поясничном отделе
 E. В седалищном нерве
3. Определите характер патологического процесса:
 A. Опухоль спинного мозга
 B. Травма позвоночника
 C. Водянка мозга
 D. Спинномозговая грыжа
 E. Черепно-мозговая грыжа
4. Какой метод обследования следует применить для уточнения диагноза?
 A. Спондилография
 B. Осмотр
 C. Неврологическое обследование
 D. Поясничный прокол
 E. Компьютерная томография
5. Какое осложнение развилось?
 A. Прогрессирующая водянка мозга
 B. Нарушение дыхания
 C. Менингит
 D. Нарушение координации
 E. Нарушение слуха

Список тем рефератов по дисциплине *Хирургия позвоночника*:

1. Методика декомпрессивной ламинэктомии. Стабилизирующие операции на шейном отделе позвоночника.
2. Операции при полном поперечном перерыве спинного мозга, сроки выполнения оперативного вмешательства, показания к операции.

Вопросы к зачёту по дисциплине *Внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия*:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
Гипертензионный синдром в нейрохирургии, хирургическое лечение внутричерепной гипертензии.	-
Острая гидроцефалия при нейрохирургической патологии, операции при острой окклюзии ликворных путей.	-
Виды вентрикулярных дренажей, методика наружного вентрикулярного дренирования, профилактика вентрикулита в послеоперационном периоде.	-
Этиология, патогенез и классификация гипертензионных синдромов, острая и хроническая внутричерепная гипертензия.	-
Острая окклюзионная гидроцефалия, причины и механизмы развития, хирургическое лечение.	-
Хроническая гидроцефалия, причины ее развития, классификация гидроцефалии взрослых, клиника различных вариантов гидроцефалии. Методы хирургического лечения гидроцефалии, ликворшунтирующие операции, показания к установке шунтов. Диагностика и лечение хронической дизрезорбтивной гидроцефалии.	-

Внутричерепное и перфузионное давление, теория Монро-Келли, регуляция внутричерепного давления. Механизмы повышения внутричерепного давления, компенсированная и декомпенсированная внутричерепная гипертензия.	-
Методы прямого и косвенного измерения внутричерепного давления, виды датчиков внутричерепного давления, нормальные цифры ВЧД, типы патологических кривых. Методы консервативного и хирургического лечения внутричерепной гипертензии.	-
Классификация внутричерепных гнойно-септических осложнений, этиология, основные возбудители, общие принципы профилактики.	-
Гнойный менингит, этиопатогенез, методы консервативного и хирургического лечения, показания и противопоказания к люмбальному дренированию, методика люмбального дренирования.	-
Вентрикулиты, этиопатогенез, методы лечения. Техника наружного вентрикулярного дренирования передних и задних рогов боковых желудочков. Интрацекальное введение антибиотиков	-

Тестовые задания по дисциплине *Внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия:*

1. Мать жалуется, что у ее ребенка 4-х лет появились головные боли, усиливающиеся при физическом или умственном перенапряжении, несколько снизилось зрение, голова несколько неправильной формы (удлинена в передне-заднем направлении), глаза немного навыкате. После родов мать отметила, что родничок зарос к 5-6 месяцам. Якобы головка медленно увеличивается в размерах. Объективно: ребенок активен, бегаёт, легко контактирует с окружающими. Голова вытянута в переднезаднем направлении, по сагиттальному шву прощупывается “гребешок”, двусторонний экзофтальм. На краниограммах резко усилены пальцевые вдавления, швы не контурируются. На глазном дне — побледнение дисков зрительных нервов. Ликворное давление около 200 мм водн.ст. При АКТ - патологии нет.

1. Какой синдром выявлен у ребенка?
 - A. Гипертензионный
 - B. Очаговый
 - C. Менингеальный
 - D. Психопатологический
 - E. Эпилептиформный
2. В чем заключается патология? -
 - A. Наличие парезов, параличей
 - B. Наличие эпилептических припадков
 - C. Воспалительные изменения в ликворе
 - D. Изменения в костях и швах черепа
 - E. Умственное недоразвитие
3. Каков характер патологического процесса?
 - A. Опухоль мозга
 - B. Менингит
 - C. Водянка мозга
 - D. Краниостеноз
 - E. Энцефалит
4. Какие диагностические методы наиболее информативны?
 - A. Поясничная пункция
 - B. АКТ
 - C. Краниография
 - D. Электроэнцефалография
 - E. ЭхоЭГ
5. Какое лечение следует проводить?
 - A. Дегидратационная терапия

- В. Антикоагулянтная терапия
 - С. Операция
 - Д. Физиотерапия
 - Е. Химиотерапия
6. В чем смысл назначенного лечения?
- А. Снижение внутричерепного давления
 - В. Улучшение кровоснабжения мозга
 - С. Увеличение объема черепа
 - Д. Уменьшение артериального давления
 - Е. Снятие возбуждения

2. Мать жалуется, что с двухмесячного возраста у ребенка начала увеличиваться головка, резко напряжен родничок, изредка кричит, при этом краснеет. В настоящее время ребенку 6 месяцев. Головка значительно увеличена в объеме: окружность ее достигает 54 см. Лобные бугры нависают над орбитами. Кожа на голове натянута, под ней видны расширенные венозные сосуды. Родничок увеличен в размерах и резко напряжен. При осмотре глазных яблок определяется симптом “заходящего солнца”. В последнее время у матери создается впечатление, что ребенок плохо видит. Головку не держит. При краниографии обнаружено истончение костей черепа, округлая форма черепа, уплощены черепные ямки, отмечается расхождение костей. На глазном дне грубых изменений нет. Направлен в клинику для выяснения причины и характера патологии головного мозга.

1. Какой синдром выявлен у ребенка?
 - А. Менингеальный
 - В. Очаговый
 - С. Гипертензионный
 - Д. Эпилептический
 - Е. Дебильность.
2. Какой характер патологического процесса?
 - А. Опухоль
 - В. Менингит
 - С. Водянка
 - Д. Краниостеноз
 - Е. Нарушение мозгового кровообращения
3. Какие диагностические методы наиболее информативны при данной патологии?
 - А. Эхоэнцефалография
 - В. Электроэнцефалография
 - С. Краниография
 - Д. АКТ
 - Е. Ангиография
4. Как уточнить этиопатогенез заболевания? -
 - А. Люмбальная пункция
 - В. Вентрикулопункция
 - С. Пробы Арндта
 - Д. Краниография
 - Е. Осмотр глазного дна
5. Какое лечение следует назначить?
 - А. Дегидратационная терапия
 - В. Поясничные проколы с разгрузкой
 - С. Краниотомия
 - Д. Вентрикулоатриостомия
 - Е. Вентрикулопункция

Список тем рефератов по дисциплине *Внутричерепная гипертензия. Гидроцефалия:*

1. Гипертензионный синдром в нейрохирургии, хирургическое лечение внутричерепной гипертензии.
2. Острая гидроцефалия при нейрохирургической патологии, операции при острой окклюзии ликворных путей.
3. Виды вентрикулярных дренажей, методика наружного вентрикулярного дренирования, профилактика вентрикулита в послеоперационном периоде.
4. Острая окклюзионная гидроцефалия, причины и механизмы развития, хирургическое лечение.
5. Хроническая гидроцефалия, причины ее развития, классификация гидроцефалии взрослых, клиника различных вариантов гидроцефалии. Методы хирургического лечения гидроцефалии, ликворошунтирующие операции, показания к установке шунтов. Диагностика и лечение хронической дизрезорбтивной гидроцефалии.
6. Методы прямого и косвенного измерения внутричерепного давления, виды датчиков внутричерепного давления, нормальные цифры ВЧД, типы патологических кривых. Методы консервативного и хирургического лечения внутричерепной гипертензии.
7. Гнойный менингит, этиопатогенез, методы консервативного и хирургического лечения, показания и противопоказания к люмбальному дренированию, методика люмбального дренирования.
8. Вентрикулиты, этиопатогенез, методы лечения. Техника наружного вентрикулярного дренирования передних и задних рогов боковых желудочков. Интрацекальное введение антибиотиков.
9. Субдуральные и эпидуральные эмпиемы, этиопатогенез, методы хирургического лечения. Остеомиелит костей черепа, его консервативное и хирургическое лечение.
10. Абсцессы головного мозга, причины, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения, показания к хирургическому лечению абсцессов.
11. Гнойный спинальный эпидурит, диагностика, методы лечения.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.

Характеристика сформированности компетенции*	-	-
Уровень сформированности компетенций*	-	-

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	Удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений,	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений,

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	Удовлетворительно	хорошо	отлично
	профессиональных задач. Требуется повторное обучение	навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	-	-	-	-

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Калинина Светлана Яновна, доцент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии им. М.В. Колокольцева, к.м.н.

Дата « ____ » _____ 202__ г.

