



федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

Программа заслушана и утверждена
на заседании ЦКМС
протокол № 7 от 15 мая 2019г.

Изменения и дополнения
утверждены на заседании ЦКМС
Протокол № 4 от 16 мая 2023 года

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по молодежной политике
и региональному развитию

_____ С.В. Соловьева
15.06.2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Производственной (клинической) практики
Б2.Б.01 (П) «Плановая и экстренная нейрохирургия»
Специальность 31.08.56 Нейрохирургия
(программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)
Кафедра медицинской профилактики и реабилитации
Год обучения: 1,2
Семестр: 1,2,3,4
Вид практики: производственная
Способ проведения практики: стационарная, выездная
Форма проведения практики: дискретная
Зачетные единицы 58,5
Форма контроля (зачет) 1,2,4; Экзамен (семестр): 3 семестр
Всего: 2106 часов

Тюмень, 2023

Разработчики:

Кафедра Неврологии и нейрохирургии,
Заведующий кафедрой, д.м.н., доцент Кичерова О.А.
доцент кафедры, к.м.н. Воробьев Д.П.
доцент кафедры, к.м.н. Габибов С.С-Х.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедре неврологии и нейрохирургии
(протокол № 9 от 25.04.2019 года)

Заведующий кафедрой нейрохирургии и нейрореанимации МГМСУ, академик РАН, Лауреат Государственной премии РФ, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Крылов В.В
Профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом детской травматологии Тюменского ГМУ, д.м.н. профессор Сергеев К.С.
Главный врач ГБУЗ ТО ОКБ № 2 Сливкина Н.А.

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам по специальности 31.08.56 Нейрохирургия, утверждённого приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1099; Профессионального стандарта «Врач-нейрохирург», утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.03.2018 г. № 141н.;

Согласование и утверждение

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по последипломному образованию	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	14.05.2019, № 6
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Фролова О.И.	Согласовано	15.05.2019, № 7

Актуализация

№	Подразделение или коллегиальный орган	Ответственное лицо	ФИО	Виза	Дата, протокол (при наличии)
1	Методический совет по последипломному образованию	Председатель методического совета	Жмуров В.А.	Согласовано	16.05.2023, № 4
2	Центральный координационный методический совет	Председатель ЦКМС	Василькова Т. Н.	Согласовано	17.05.2023, № 9

1. Цели освоения дисциплины

Целью производственной практики по специальности 31.08.56. – «Нейрохирургия» является углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовка высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков.

Задачами производственной практики являются:

1. Для ординаторов первого года обучения:

1. Формирование общекультурных компетенций врача – нейрохирурга, необходимых в профессиональной деятельности (культура речи, ведение дискуссий и полемики, способность к сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантность).
2. Овладеть способностью и готовностью соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые аспекты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
3. Овладеть навыками обследования больного с нейрохирургической патологией, способностью выявлять основные симптомы и синдромы заболеваний, назначать лабораторные и инструментальные методы обследования, и умением их анализировать.
4. Овладеть алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ- 10.
5. Научиться выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний у нейрохирургических больных и использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия.
6. Овладеть алгоритмом назначения лечения в соответствии с поставленным диагнозом.
7. Овладеть проведением экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.
8. Научиться определять показания к различным реабилитационным мероприятиям при нейрохирургических заболеваниях.
9. Овладеть ведением и использованием документации, принятой в здравоохранении РФ.
10. Овладеть знаниями организационной структуры и анализа управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов.

Для ординаторов второго года обучения:

1. Воспитать у врача – нейрохирурга способность и готовность использовать методы управления, организовывать работу исполнителей в рамках своей профессиональной компетенции.
2. Путем активной работы с больными способствовать трансформации полученных в начале обучения умений в навыки.

Умение диагностировать нейрохирургические заболевания у детей

3. Овладение оперативной техникой при травме ЦНС.
4. Овладение оперативной техникой при травме ПНС.
5. Умение диагностировать и оказать помощь при неотложных состояниях в нейрохирургии и неврологии.
6. Умение диагностировать и оказать помощь при дегенеративных заболеваниях позвоночника.

2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины

Процесс прохождения производственной практики по специальности 31.08.56. – «Нейрохирургия» направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций:

- ПК -1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;
- ПК- 3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
- ПК- 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;
- ПК- 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- ПК- 6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи;
- ПК- 7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
- ПК - 8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;
- ПК- 9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- ПК -10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- ПК -11 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
- ПК- 12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;
- ДПК -1 - готовность к определению тактики ведения пациентов, нуждающихся в нейрохирургической помощи, оказанию неотложной нейрохирургической помощи;
- ДПК -2 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний;
- ДПК -3 - готовность к участию при ведении и лечении пациентов, которые госпитализируются в отделение нейрореанимации и нейроанестезиологии.

В результате прохождения производственной практики **ординатор первого года обучения** должен:

Знать:

- квалификационные требования к врачу – нейрохирургу, его права и обязанности, принципы организации работы в государственных и негосударственных лечебно–профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;
- определение понятий «профилактика, медицинская профилактика, факторы риска возникновения распространенных заболеваний»;
- морально – этические нормы поведения медицинского работника;
- основы медицинской психологии;
- основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и программирование;
- общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни;
- клинику характерных осложнений и неотложных состояний нейрохирургических болезней;
- сущность нейрохирургических процессов в свете современных представлений;
- этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину и классификацию распространенных нейрохирургических болезней;
- современные методы специфической диагностики нейрохирургических болезней;
- основные принципы лечения нейрохирургических болезней;
- принципы профилактики нейрохирургических болезней и основы прививочного дела;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии нейрохирургических заболеваний;
- основные клинические проявления и течение нейрохирургических заболеваний;

- общие принципы диагностики и лечение нейрохирургических болезней;
- клинику и течение часто встречающихся нейрохирургических заболеваний;
- семиотику заболеваний нервной системы, клинические проявления распространенных заболеваний периферической нервной системы и головного мозга.

Уметь:

- организовывать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий при оказании медико-санитарной помощи в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача-нейрохирурга;
- оказывать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении раненых и больных из очага катастрофы;
- применять принципы санологии и профилактической медицины;
- применять правила врачебной этики и деонтологии во время оказания медико-санитарной помощи;
- применять общие принципы и методы медицинской психологии при оказании медико-санитарной помощи пациентам;
- использовать персональный компьютер для создания базы данных и составления статистических отчетов;
- оценивать и объяснять основные закономерности формирования и регуляции физиологических функций человека в процессе его жизнедеятельности, ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- проводить обследование нейрохирургического больного и оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов;
- составить план необходимого лабораторного и инструментального обследования и интерпретировать их результаты;
- самостоятельно проводить лечение нейрохирургических больных и их последующую реабилитацию;
- самостоятельно проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определить дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
- самостоятельно проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов;
- осуществить раннюю диагностику распространенных заболеваний внутренних органов по клиническим синдромам и организовать индивидуализированное лечение;
- осуществлять раннюю диагностику и первую врачебную помощь при часто встречающихся нейрохирургических болезнях и травмах;
- провести раннюю диагностику и лечение в объеме первой врачебной помощи часто встречающейся патологии беременности и гинекологических заболеваний;

- оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение заболеваний нервной системы;

Владеть:

- Клиническим обследованием больных с наиболее частыми нейрохирургическими заболеваниями: сбор анамнеза, клиническое обследование больного, заполнение разделов истории болезни;
- Оценкой данных осмотра и опроса: обоснование и формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования;
- Определение необходимости госпитализации больного с нейрохирургическим заболеванием или возможности амбулаторного лечения;
- Оформление направления в больницу;
- Определение ближайшего и отдаленного прогноза;
- Составление плана обследования больного. Обоснование назначения лабораторных и инструментальных методов обследования и анализ полученных результатов;
- Обоснование лечения нейрохирургических больных в соответствии с нозологической формой заболевания, тяжестью состояния, возрастом: назначение планового или экстренного хирургического лечения, подготовка больного к операции, определение вида доступа, ведение пациентов в послеоперационный период, профилактика осложнений хирургического лечения, выписка необходимых средств, для амбулаторного лечения;
- Заполнение первичной документации при первичном выявлении нейрохирургического больного в поликлинике;
- Оформление медицинской документации на стационарного больного (история болезни, лист назначений);
- Навыки по оказанию неотложной помощи при нейрохирургических заболеваниях и urgentных состояниях: отеке и набухании вещества головного мозга, отеке легких, отеке гортани;
- Владеть следующими манипуляциями:
 - все виды инъекций (подкожные, внутримышечные и внутривенные);
 - капельное и струйное переливание лекарств;
 - введение специфических иммуноглобулинов, сывороток (человеческих, гетерогенных);
 - переливание крови и кровезаменителей (необходимые пробы на совместимость, оценка годности гемотрансфузионной среды)
 - люмбальная пункция;
 - плевральная пункция (освоение на элективных курсах);
 - стерильная пункция (освоение на элективных курсах);
 - передняя тампонада носа при кровотечении;
 - аспирация слизи из верхних дыхательных путей, методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкостью;
 - оксигенотерапия;
 - снятие и расшифровка ЭКГ;

- промывание желудка;
- чрезносное введение зонда;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия;
- катетеризация мочевого пузыря;
- клизмы лечебные и очистительные.
- Оценка физического развития: оценка функционального состояния организма; исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц); определение чувствительности; исследование сухожильных рефлексов; оценка координации движений;
- Лабораторная диагностика нейрохирургических заболеваний: забор патологических материалов от нейрохирургических больных для специальных исследований:
 - кровь, цереброспинальная жидкость;
 - промывные воды желудка, рвотные массы, дуоденальное содержимое;
- Оценка результатов специальных исследований:
 - бактериологических;
 - серологических;
 - цереброспинальной жидкости;
 - водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса;
 - биохимических исследований.

В результате прохождения производственной практики **ординатор** **второго года обучения** должен:

Знать:

- квалификационные требования к врачу – инфекционисту, его права и обязанности, принципы организации работы в государственных и негосударственных лечебно–профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;
- определение понятий «профилактика, медицинская профилактика, факторы риска возникновения распространенных заболеваний»;
- морально – этические нормы поведения медицинского работника;
- основы медицинской психологии;
- основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и программирование;
- общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни;
- клинику характерных осложнений и неотложных состояний нейрохирургических болезней;
- сущность нейрохирургических процессов в свете современных представлений;
- этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину и классификацию распространенных нейрохирургических болезней;

- современные методы специфической диагностики нейрохирургических болезней;
- основные принципы лечения нейрохирургических болезней;
- принципы профилактики нейрохирургических болезней и основы прививочного дела;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии нейрохирургических заболеваний;
- основные клинические проявления и течение заболеваний внутренних органов;
- общие принципы диагностики и лечение хирургических болезней и травм;
- клинику и течение часто встречающихся нейрохирургических заболеваний;
- семиотику заболеваний нервной системы, клинические проявления распространенных заболеваний периферической нервной системы и головного мозга;
- общую symptomatology заболеваний кожи, диагностику нейрохирургических и не-нейрохирургических заболеваний кожи и слизистых оболочек;
- клинику туберкулеза органов дыхания и наиболее часто встречающихся внелегочных форм туберкулеза.

Уметь:

- организовывать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий при оказании медико-санитарной помощи в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача-инфекциониста;
- оказывать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении раненых и больных из очага катастрофы;
- применять принципы санологии и профилактической медицины;
- применять правила врачебной этики и деонтологии во время оказания медико-санитарной помощи;
- применять общие принципы и методы медицинской психологии при оказании медико-санитарной помощи пациентам;
- использовать персональный компьютер для создания базы данных и составления статистических отчетов;
- оценивать и объяснять основные закономерности формирования и регуляции физиологических функций человека в процессе его жизнедеятельности, ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- проводить обследование инфекционного больного и оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов;
- составить план необходимого лабораторного и инструментального обследования и интерпретировать их результаты;

- самостоятельно проводить лечение нейрохирургических больных и их последующую реабилитацию;
- самостоятельно проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определить дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях;
- самостоятельно проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов;
- осуществить раннюю диагностику распространенных заболеваний внутренних органов по клиническим синдромам и организовать индивидуализированное лечение;
- осуществлять раннюю диагностику и первую врачебную помощь при часто встречающихся хирургических болезнях и травмах;
- определять показания для консультации больного врачом – хирургом и/или госпитализации больного в хирургический стационар;
- провести раннюю диагностику и лечение в объеме первой врачебной помощи часто встречающейся патологии беременности и гинекологических заболеваний;
- оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение заболеваний нервной системы;
- давать клиническую оценку результатов туберкулиновых проб;
- проводить диагностику начальных проявлений туберкулеза легких и часто встречающиеся внелегочные локализации туберкулеза.

Владеть:

- Клиническим обследованием больных с наиболее частыми инфекционными заболеваниями: сбор анамнеза, сбор эпиданамнеза, клиническое обследование больного, заполнение разделов истории болезни;
- Оценкой данных осмотра и опроса: обоснование и формулировка предварительного диагноза, составление плана обследования;
- Определение необходимости госпитализации больного с инфекционным заболеванием или возможности амбулаторного лечения;
- Оформление направления в больницу;
- Определение ближайшего и отдаленного прогноза;
- Составление плана обследования больного. Обоснование назначения лабораторных и инструментальных методов обследования и анализ полученных результатов;
- Обоснование лечения нейрохирургических больных в соответствии с нозологической формой заболевания, тяжестью состояния, возрастом: назначение адекватной этиотропной терапии, определение разовых, суточных, курсовых доз при конкретных нейрохирургических заболеваниях; назначение адекватной дезинтоксикационной терапии, определение состава, доз вводимых препаратов; назначение адекватной регидратационной терапии, определение состава и расчет объема

вводимых растворов; назначение адекватной серотерапии; выписка необходимых средств, для амбулаторного лечения;

- Заполнение первичной документации при первичном выявлении инфекционного больного в поликлинике;

- Оформление медицинской документации на стационарного больного (экстренное извещение, история болезни, лист назначений);

- Навыки оказания лечебно-диагностической помощи в условиях поликлиники и стационара: составление плана ведения больного с кишечными инфекциями; составление плана ведения больного с воздушно-капельной инфекцией; составление плана ведения больного с трансмиссивными заболеваниями; составление плана проведения первичных противоэпидемических мероприятий в очаге;

- Навыки по оказанию неотложной помощи при нейрохирургических заболеваниях и urgentных состояниях: ИТШ, ГВШ, ОПЭ, ОППН, ОПН, кишечном кровотечении, отеке и набухании вещества головного мозга, отеке легких, отеке гортани;

- Владеть следующими манипуляциями:

Владеть следующими манипуляциями:

– исследование глазного дна,

– ангиография сосудов головного мозга

– пункция боковых желудочков мозга,

– люмбальная пункция и поэтажные пункции,

– цистернальная пункция (большая цистерна мозга) в 2 ее вариантах,

– установка дренажных систем при травмах, подбололочечных и спинальных воспалительных поражениях,

– дренаж по Арндту,

– субарахноидальные спинальные (ликворные) дренажи,

– лечебные и диагностические блокады при болевых синдромах (эпидуральные, паравертебральные, по Катлену, блокады при периферических болевых синдромах и др.),

– миелография,

– расшифровка обзорных рентгеновских снимков черепа и позвоночника и данных рентгеноконтрастных методов исследования головного и спинного мозга, данных нейровизуализационных исследований,

– наложение фиксирующих повязок и аппаратов (воротник Шанца, Галоаппарат и др.)

Врач-нейрохирург должен уметь к концу обучения:

– полноценная поэтажная обработка травматических повреждений мягких тканей, черепа и головного мозга (открытые и огнестрельные ранения),

– резекционная и костно-пластическая трепанация как доступ при различной патологии головного мозга,

– вентрикулоперитонеальное шунтирование,

– удаление травматических и нетравматических оболочечных и внутримозговых гематом,

- удаление или санация абсцессов и судуральных эмпием головного мозга,
- удаление небольших конкситальных менингиом, простых по локализации и малых глиальных опухолей и метастазов,
- обработка открытых проникающих, в том числе огнестрельных, повреждений позвоночника и спинного мозга,
- декомпрессивная ламинэктомия,
- хирургическое лечение грыж поясничного уровня.
- Оценка физического развития: оценка функционального состояния организма; исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц); определение чувствительности; исследование сухожильных рефлексов; оценка координации движений;
- Лабораторная диагностика нейрохирургических заболеваний: забор патологических материалов от нейрохирургических больных для специальных исследований:
 - кровь, цереброспинальная жидкость;
 - промывные воды желудка, рвотные массы, дуоденальное содержимое;
- Оценка результатов специальных исследований:
 - бактериологических;
 - серологических;
 - цереброспинальной жидкости;
 - водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса;
 - биохимических исследований.

В результате прохождения производственной практики **ординатор второго года обучения** должен:

Знать:

- квалификационные требования к врачу – нейрохирургу, его права и обязанности, принципы организации работы в государственных и негосударственных лечебно–профилактических учреждениях и страховых компаниях;
- принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;
- определение понятий «профилактика, медицинская профилактика, факторы риска возникновения распространенных заболеваний»;
- морально – этические нормы поведения медицинского работника;
- основы медицинской психологии;
- основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и программирование;
- общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни;
- клинику характерных осложнений и неотложных состояний нейрохирургических болезней;
- сущность нейрохирургических процессов в свете современных представлений;

- этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину и классификацию распространенных нейрохирургических болезней;
- современные методы специфической диагностики нейрохирургических болезней;
- основные принципы лечения нейрохирургических болезней;
- принципы профилактики нейрохирургических болезней и основы прививочного дела;
- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии нейрохирургических заболеваний;
- основные клинические проявления и течение заболеваний внутренних органов;
- общие принципы диагностики и лечение хирургических болезней и травм;
- клинику и течение часто встречающихся нейрохирургических заболеваний;
- семиотику заболеваний нервной системы, клинические проявления распространенных заболеваний периферической нервной системы и головного мозга;
- общую symptomatology заболеваний кожи, диагностику нейрохирургических и ненейрохирургических заболеваний кожи и слизистых оболочек;
- клинику туберкулеза органов дыхания и наиболее часто встречающихся внелегочных форм туберкулеза.
- Оценка физического развития: оценка функционального состояния организма; исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц); определение чувствительности; исследование сухожильных рефлексов; оценка координации движений;
- Лабораторная диагностика нейрохирургических заболеваний: забор патологических материалов от нейрохирургических больных для специальных исследований:
 - кровь, цереброспинальная жидкость, пунктаты лимфатических узлов, язв;
 - промывные воды желудка, рвотные массы, дуоденальное содержимое;
 - слизь из ротоглотки, носа, конъюнктивы;
 - паразитоскопия препаратов крови, испражнений.
- Оценка результатов специальных исследований:
 - бактериологических;
 - серологических;
 - цереброспинальной жидкости;
 - водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса;
 - биохимических исследований.

3. Структура дисциплины

Продолжительность практики – 2268 часов (63 зач. единицы)

Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная. Место проведения практики: Федеральное бюджетное учреждение "Федеральный центр нейрохирургии" Министерства здравоохранения, г.Тюмень, ул. 4 км. Червишевского тракта, 5.

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
Первый год обучения						
Первый семестр						
1	Приемное отделение	"Федеральный центр нейрохирургии"	3	108	УК-1, УК -2, ПК-3	Зачет
2	Поликлиническое отделение	"Федеральный центр нейрохирургии"	6	216	ПК-2, ПК- 3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-12, ДПК-2, ДПК-3	
3	Функциональная диагностика	"Федеральный центр нейрохирургии"	6	216	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	
Второй семестр						
1	Отделение лучевой диагностики	"Федеральный центр нейрохирургии"	5,5	198	УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Зачет
2	НХО №1	"Федеральный центр нейрохирургии"	5,5	198	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	
3	НХО №2	"Федеральный центр нейрохирургии"	5,5	198	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ДПК-1, ДПК-2	
Второй год обучения						
Третий семестр						
1	НХО №3	"Федеральный центр нейрохирургии"	5	180	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Зачет
2	НХО №4	"Федеральный центр нейрохирургии"	5	180	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	
3	НХО №5	"Федеральный центр нейрохирургии"	5	180	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12, ДПК-2, ДПК-3	

Четвертый семестр						
1	Приемное отделение	ТО ОКБ №2	5,5	198	ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-12, ДПК-2, ДПК-3	Зачет
2	Отделение нейрохирургии ТО ОКБ №2	ТО ОКБ №2	5,5	198	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ДПК-1, ДПК-2	
3	Отделение нейрореанимации ТО ОКБ №2	ТО ОКБ №2	5,5	198	ПК-4, ПК-10, ПК-11, ДПК-3	Зачет

4. Содержание программы практики

Практическая подготовка врача-нейрохирурга осуществляется непрерывным циклом, с обязательными дежурствами в тесной связи с теоретическим обучением.

Базой практики клинических ординаторов, являются клинические базы ГБОУ ВПО ТюмГМА, имеющие лицензии по соответствующим видам медицинской деятельности.

Основной базой послевузовской подготовки врачей-нейрохирургов является ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» г. Тюмени, ТО «Областная клиническая больница №2», куда госпитализируются взрослые и дети. Взаимоотношения между ГБОУ ВПО ТюмГМА и клинической базой регулируются договором безвозмездного пользования.

Руководство обучающихся на клинической базе кафедры осуществляется заведующим кафедрой нейрохирургических болезней и преподавателем, специально назначенным ответственным в соответствии с объемом учебной нагрузки.

Во время прохождения практической подготовки обучающиеся обязаны соблюдать правила охраны труда и правила внутреннего распорядка, действующие в ГБОУ ВПО ТюмГМА и на базе подготовки.

Содержание раздела практики.

Работа в профильных отделениях.

1. Ведение больных под руководством сотрудников кафедры и опытных врачей. Оформление историй болезни, дневников курации, этапных и выписных эпикризов.
2. Представление больных заведующему отделением, ассистенту, доценту, профессору.
3. Участие в консилиумах, тематических разборах больных.
4. Присутствие и участие (доклады) на клинических и клинико-анатомических конференциях, секциях умерших больных.

Объем, практической работы ординатора составляет:

1. Клиническое обследование и ведение больного нейрохирургическими заболеваниями: сбор анамнеза; клиническое обследование больного;

заполнение разделов истории болезни.

2. Оценка данных осмотра и опроса: обоснование и формулировка предварительного диагноза; составление плана обследования.

3. Определение необходимости госпитализации больного с нейрохирургическим заболеванием или возможности амбулаторного лечения.

4. Определение ближайшего отдаленного прогноза

5. Составление плана обследования больного. Обоснование назначения лабораторных и инструментальных методов обследования и анализ полученных результатов.

6. Обоснование лечения нейрохирургических больных в соответствии с нозологической формой заболевания, тяжестью состояния, возрастом:

- назначение адекватной этиотропной терапии, определение разовых, суточных, курсовых доз при конкретных нейрохирургических заболеваниях;
- назначение адекватной дезинтоксикационной терапии, определение состава, доз вводимых препаратов;
- назначение адекватной регидратационной терапии, определение состава и расчет объема вводимых растворов;
- назначение адекватной серотерапии;
- выписка необходимых средств, для амбулаторного лечения;

7. Заполнение первичной документации при первичном выявлении инфекционного больного;

8. Оформление медицинской документации на стационарного больного (экстренное извещение, история болезни, лист назначений);

9. Навыки оказания лечебно-диагностической помощи в условиях стационара;

10. Навыки по оказанию неотложной помощи при нейрохирургических заболеваниях и urgentных состояниях: ИТШ, ГВШ, ОПЭ, ОППН, ОПН, кишечном кровотечении, отеке и набухании вещества головного мозга, отеке легких, отеке гортани.

- все виды инъекций (подкожные, внутримышечные и внутривенные);
- капельное и струйное переливание лекарств;
- введение специфических иммуноглобулинов, сывороток (человеческих, гетерогенных);
- переливание крови и кровезаменителей (необходимые пробы на совместимость, оценка годности гемотрансфузионной среды)
- люмбальная пункция;
- плевральная пункция (освоение на элективных курсах);
- стеральная пункция (освоение на элективных курсах);
- передняя тампонада носа при кровотечении;
- аспирация слизи из верхних дыхательных путей, методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкостью;
- оксигенотерапия;
- снятие и расшифровка ЭКГ;

- промывание желудка;
- чрезносое введение зонда;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректороманоскопия;
- катетеризация мочевого пузыря;
- клизмы лечебные и очистительные.

11. Оценка физического развития:

- оценка функционального состояния организма;
- исследование моторных качеств (поза, мышечный тонус, контрактура, атрофия мышц);
- определение чувствительности;
- исследование сухожильных рефлексов;
- оценка координации движений.

12. Лабораторная диагностика нейрохирургических заболеваний. Для этого необходимо уметь производить забор патологических материалов от нейрохирургических больных для специальных исследований:

- кровь, цереброспинальная жидкость, пунктаты лимфатических узлов, язв;
- промывные воды желудка, рвотные массы, дуоденальное содержимое;
- слизь из ротоглотки, носа, конъюнктивы;

13. Оценка результатов специальных исследований:

- бактериологических;
- серологических;
- цереброспинальной жидкости;
- водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса;
- биохимических исследований.

14. Оценка полученных результатов лабораторной и инструментальной диагностики:

- лабораторная диагностика нарушений белкового, жирового, углеводного, пигментного обменов, ферментных нарушений;
- лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения, клиническое исследование:
- периферической крови;
- пунктата костного мозга;
- клиническое исследование мочи;
- копрологическое исследование, исследование микрофлоры пищеварительного тракта;
- электрофизиологические методы исследования: ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, ЭЭГ;
- функциональные методы исследования органов дыхания: спирометрия, спирография, тахометрия, исследование газового состава;

- сатурация кислородом;
- рентгенологические методы исследования: значение для диагностики заболеваний сердца, легких, мочевых путей, органов пищеварения, костно - суставного аппарата;
- ультразвуковые методы диагностики: эхолокация органов желудочно-кишечного тракта, эхокардиография;
- методы эндоскопии: эзофагогастродуоденоскопия, ректоскопия, колоноскопия, уретроскопия;
- методы радионуклеидной диагностики: сцинтиграфия печени, почек, эндокринных желез, методы сканирования;
- современные методы лучевой диагностики: компьютерная томография, магнитно – резонансная томография.

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

№	Наименование	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
	Основная литература		экз
1.	Никифоров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология. М: ГЭОТАР-Медиа, 2008.	0	20
2.	Атлас нормальной анатомии магнитно-резонансной и компьютерной томографии головного мозга: учебное пособие С.Е.Байбаков, Е.А.Власов СпецЛит, Санкт-Петербург, 2015 год, 244 стр.	3	0
3.	Декомпрессивная краниэктомия при внутричерепной гипертензии Джинджихадзе Р.С., Древаль О.Н., Лазарев В.А. ГЭОТАР-Медиа, 2014 год, 112 стр.	3	0
4.	Черепно-мозговая травма: диагностика и лечение. Лихтерман Л.Б. ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. - 488 стр. - ISBN 978-5-9704-3104-7	3	0
5.	Нейрохирургия Европейское руководство (в двух томах). Христиано Б. Лумента, Кончезио Ди Россо, Йенс Хаасе, Ян Якоб А. Мозэй перевод с английского Издательство Панфилова, 2013 г. - 752 стр.	3	0
6.	Быков М.П. Анатомия головного мозга. Фотографический атлас. Издательство: Практическая медицина, 2009. - 96 стр. - ISBN: 598811122X ISBN-13: 9785988111221	3	5

17.	Виленский Б.С. Геморрагические формы инсульта. СПб: Фолиант, 2008.	1	0
18.	Данилов А.Б, Давыдов О.С. Боргес. Нейропатическая боль. Москва, 2007.	1	0
19.	Зыков В.П. Диагностика и лечение наследственных заболеваний нервной системы у детей. М.: Триада-Х, 2008.	1	0
20.	Шнайдер Н.А. Инсульт: церебральные осложнения артериальной гипертонии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007.	1	0
21.	Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. М.Э. Виганд Перевод с английского Издательство Медицинская литература, 2010 г.,- 296 стр.	1	0
22.	Герновой, С.К., Синицын, С.К. Лучевая диагностика и терапия : учебник.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2010	-	21 экз.
23.	Галиуллин, А.Н. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальности "Стоматология"- М. : ИКЦ Академкнига,2008	-	60
24.	Кучеренко, В.З., ред.Применение методов статистического анализа. Для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учеб. пособие.-М. : ГЭОТАР-Медиа,2006	-	58

Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование дисциплины в соответствии с учебным планом	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий с перечнем основного оборудования	Фактический адрес учебных кабинетов и объектов
1	2	3	4

7	Нейроанестезиология и нейрореанимация	Отделение нейрореанимации: аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации,	<p>ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Министерства здравоохранения г. Тюмень. 4 км. Червишевского тракта, 5</p> <p>ГБОУЗ ТО «Областная клиническая больница №2» нейрохирургическое отделение. г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75</p>
---	---------------------------------------	--	--

7. Фонд оценочных средств по дисциплине

1. Где располагается 4-й желудочек?

- А. На уровне гипоталамуса и среднего мозга
- Б. На уровне моста и продолговатого мозга
- В. В шейном отделе спинного мозга

2. Назовите образования, ограничивающие 4-й желудочек:

- А. Задняя стенка - верхний мозговой парус, верхние ножки мозжечка, боковая - средние ножки мозжечка, передняя - монроево отверстие
- Б. Дорзально - крыша, образованная верхним и нижним мозговым парусом, сосудистым сплетением, медиальные края нижних мозжечковых ножек, мозжечок, вентрально - дно, образованное ромбовидной ямкой
- В. Спереди - третий желудочек, сзади спинальный канал, сбоку - мозжечковые ножки, снизу - пирамиды, сверху - мозжечок

3. Где расположен водопровод мозга?

- А. Является полостью среднего мозга
- Б. На уровне варолиева моста
- В. Под сильвиевой бороздой

4. Назвать образования, ограничивающие водопровод мозга:

- А. Спереди - третий желудочек, сзади - мост, сбоку – латеральная петля
- Б. Дорзально - крыша, образованная четверохолмием и центральной серой субстанцией, вентрально - покрывка среднего мозга
- В. Передняя - ножки мозга, задняя - мозжечок, нижняя - мост, верхняя - красные ядра

5. Перечислить ликворопроводящие отверстия желудочков мозга:
А. Межжелудочковое отверстие между боковыми и третьим желудочком, срединная и две боковые апертуры, соединяющие 4-й желудочек с субарахноидальным пространством, вход в центральный канал
Б. Вентрикулярное отверстие 3-го желудочка, силвиев водопровод, начало спинального канала, субарахноидальные отверстия
В. Пахионовы грануляции, яремное отверстие 4-го желудочка, отверстие полости прозрачной перегородки

6. Перечислить основные образования дна ромбовидной ямки:
А. Верхний и нижний треугольник, боковые карманы, срединная борозда
Б. Срединная борозда, медиальные возвышения, лицевой бугорок, голубоватое место, верхняя и нижняя ямка, мозговые пограничные полосы, треугольник подъязычного нерва, треугольник блуждающего нерва, задвижка
В. Срединная и поперечная борозда, возвышение пирамид, нижняя олива, трапецевидное тело, боковые вывороты, слуховое поле, латеральная петля, вестибулярные ядра

7. Перечислить оболочки головного и спинного мозга:
А. Твердая (наружная), паутинная (средняя), мягкая (внутренняя)
Б. Эпидуральная, перидуральная, внутренняя, околomозговая
В. Церебральная, спинальная, периферическая

8. Куда обращены шероховатая и гладкая поверхности твердой мозговой оболочки?
А. Шероховатая - внутрь к паутинной оболочке, гладкая - наружу к стенкам позвоночного канала и внутренней поверхности костей черепа
Б. Шероховатая - наружу, к внутренней поверхности костей черепа и стенкам позвоночного канала, гладкая - внутрь, к паутинной оболочке
В. Шероховатая к костям черепа и позвоночника, гладкая к головному и спинному мозгу

9. Является ли твердая мозговая оболочка замкнутым образованием?
А. Да
Б. Нет

10. Перечислить места прикрепления твердой мозговой оболочки спинного мозга:
А. К большому затылочному отверстию, С 1,2,3, передней продольной связке, спинномозговым корешкам, внутренней поверхности крестца
Б. К надкостнице позвонков от С 1 до L 5, копчику, межпозвоночным отверстиям

В. Надкостница большого затылочного отверстия и С1, покровная и задняя атланта-окципитальная мембрана, тяжами к задней продольной связке, конечной нитью к надкостнице копчика, к внутренней поверхности межпозвонковых отверстий

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

- А. На 4 см и в сторону на 4 см
- Б. На 6 см и в сторону на 5 см
- В. На 5 см и в сторону на 3 см
- Г. На 2 см и в сторону на 3 см

12. Для пункции переднего рога бокового желудочка необходимо ориентироваться так:

- А. 2 см впереди от коронарного шва и 2 см в сторону от сагиттального синуса
- Б. 2 см в сторону от сагиттального на уровне коронарного шва
- В. На 4 см выше ушной раковины
- Г. На середине расстояния от сагиттального синуса до ушной раковины
- Д. На 2 см в сторону от сагиттального синуса по линии, соединяющей слуховые проходы

13. При пункции заднего рога бокового желудочка канюля вводится на глубину:

- А. 3-4 см
- Б. 5-6 см
- В. 6-7 см
- Г. 7-8 см
- Д. 8-9 см

14. Глубина введения канюли при пункции переднего рога бокового желудочка составляет:

- А. 2-3 см
- Б. 2,5-3,5 см
- В. 4-5 см
- Г. 4,5-5,5 см
- Д. 6-7 см

15. Резекционная трепанация показана при:

- А. Переломе основания черепа
- Б. Выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме
- В. Внутримозговой гематоме
- Г. Подострой субдуральной гематоме

Д. Подострой эпидуральной гематоме

16. Костно-пластическая трепанация показана при:

А. Эпидуральных гематомах, сочетающихся со стволовым ушибом головного мозга и выраженным отеком

Б. Эпидуральных гематомах, не сочетающихся с выраженным отеком головного мозга

В. Внутримозговых гематомах и витальными нарушениями

Г. Обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами

Д. Все верно

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

А. 1:1

Б. 1:1,5-2

В. 1,5:1

Г. 2:1

Д. 3:1

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

А. Разрез в премоторной зоне

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

В. Круговую резекцию мозга соответственно верхней стенке переднего рога желудочка

Г. Доступ по межполушарной щели

Д. Разрез в моторной зоне

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

А. Вдоль верхней височной извилины длиной 3-4 см

Б. По гребню средней височной извилины

В. Со стороны основания головного мозга

Г. Субфронтально-интерламинарный доступ

Д. Транскалезный доступ

20. Доступами к III желудочку являются:

А. Субфронтально-интерламинарный

Б. Трансвентрикулярный

В. Транскалезный

Г. Комбинированный супра-и субтенториальный

Д. Все верно

21. К основным признакам кранио-вертебрального симптомокомплекса относятся:

- А. Снижение чувствительности в слизистой рта
- Б. Поражение VII нерва
- В. Нарушение обоняния
- Г. Поражение XI нерва
- Д. Поражение V нерва

22. Обонятельные галлюцинации - это:

- А. Общемозговой признак
- Б. Проявление височной эпилепсии
- В. Симптом раздражения обонятельного нерва
- Г. Это вторичный дислокационный признак
- Д. Верно Г и Д

23. Выпадение вкуса на передних 2/3 языка - это:

- А. Общемозговой признак
- Б. Очаговый височный симптом
- В. Симптом поражения V нерва
- Г. Очаговый симптом при невриномах VIII нерва
- Д. Стволовый симптом

24. Одностороннее снижение или выпадение роговичного рефлекса в предварительном диагнозе:

- А. Указывает на патологию V нерва
- Б. Характерно для опухолей IV желудочка
- В. Входит в синдром Брунса
- Г. Наблюдается при невриномах VIII нерва
- Д. Имеет значение в комплексе с другими признаками

25. Вынужденное патологическое изменение положения головы встречается при опухолях:

- А. Лобной доли
- Б. Теменной доли
- В. Затылочной доли
- Г. Срединной локализации
- Д. III желудочка

26. Нарушение обоняния в общем комплексе симптомов - это:

- А. Кранио-спинальный признак
- Б. Общемозговой признак
- В. Локальный симптом при опухолях ольфакторной ямки

- Г. Все зависит от функциональной зоны поражения
- Д. Все перечисленное

27. Основными признаками поражения центрального нейрона обонятельного пути являются:

- А. Нарушение восприятия запахов
- Б. Одностороннее снижение восприятия запахов
- В. Оценка качества и различия в заданной программе восприятия запахов
- Г. Обонятельные галлюцинации, которые могут быть предвестником эпилепсии

28. Квадрантная гемианопсия - это:

- А. Признак парциального поражения зрительного нерва
- Б. Симптом поражения височной доли
- В. Входит в синдром Кнаппа
- Г. Входит в синдром Градениго
- Д. Составная часть синдрома верхней глазничной щели

29. Что общего между галлюцинациями и фотопсией?

- А. Обе являются общемозговыми проявлениями
- Б. Это нарушение зрительных образов, конфигурации
- В. Нарушение цветовых образов
- Г. Это симптомы раздражения мозга
- Д. Единый очаг поражения

30. Шум имеет топическое значение, как начальный признак заболевания:

- А. В случаях одностороннего возникновения
- Б. Не имеет
- В. Если он предшествует снижению слуха
- Г. Имеет значение в комплексе других признаков
- Д. При сосудистых заболеваниях

31. Перечислите физиологические свойства мышечного волокна:

- А. Возбудимость, проводимость, сократимость
- Б. Возбуждение и торможение
- В. Деполяризация и поляризация

32. Назовите основные нейрофизиологические процессы:

- А. Торможение и возбуждение
- Б. Восприятие, опознание, память, сознание
- В. Взаимодействие электрической и нейрохимической передачи импульсов

33. Перечислите процессы нейрофизиологического обеспечения функций нервной системы:

- А. Взаимодействие процессов торможения и возбуждения
- Б. Возбуждение, внутреннее и внешнее торможение, охранительное торможение, ритмическое изменение активности нейронов
- В. Взаимодействие процессов возбуждения и торможения, избирательность торможения для целевого направления афферентного и эфферентного потока, сложное суммирование возбуждающих и тормозящих импульсов для обеспечения интегративной реакции эфферентного аппарата

34. Назовите наиболее универсальный принцип структурно-функциональной организации нервной системы:

- А. Конвергентно-дивергентная организация, морфологической основой которой служат множественные коллатерали на всех уровнях передачи информации
- Б. Формирование динамического стереотипа
- В. Взаимодействие нейро-электрических и нейро-химических процессов

35. Что такое сомато-топическое представительство в нервной системе?

- А. Это соответствие разных участков тела и клеток в передней и задней центральных извилинах
- Б. Это представленность каждого участка тела в определенных волокнах и клетках на всех уровнях нервной системы с расширением зоны представительства от периферии к центру (дивергенция путей)

36. Выбор средств и методов предоперационной подготовки нейрохирургических больных определяется следующими основными факторами:

- А. Характером и локализацией основного очага и общемозговыми проявлениями заболевания
- Б. Нарушением функций жизненно важных органов
- В. Особенности предшествующей терапии
- Г. Сочетанием вышеперечисленных факторов

37. Главная и принципиальная задача премедикации и вводного периода у нейрохирургических больных:

- А. Предупреждение нарушений центральной и периферической гемодинамики
- Б. Нормализация дыхания
- В. Сочетание 1 и 2 ответов
- Г. Предупреждение повышения внутривенного давления

38. Назначение наркотических анальгетиков больным с внутричерепной гипертонией:

- А. Угнетенное дыхание

- Б. Нарушение гиподинамики
- В. Нарушение психики
- Г. Бронхоспазм

39. Побочные действия (тошнота и рвота) наркотических анальгетиков у нейрохирургических больных вызывает:

- А. Нарушение гемодинамики
- Б. Ларингоспазм
- В. Тахипноэ
- Г. Повышение внутричерепного давления

40. Угнетение дыхания у больных с повышенным внутричерепным давлением приводит к развитию:

- А. Гипоксемии
- Б. Повышению внутричерепного давления
- В. Развитие дислокационного синдрома
- Г. Сочетание и последовательность А, Б, В
- Д. Бронхоспазма
- Е. Сочетание ответов А и Д

41. К основным отличительным офтальмологическим признакам трактушной гемианопсии относятся:

- А. Асимметричное снижение остроты зрения
- Б. Гомонимная гемианопсия
- В. Биназальная гемианопсия
- Г. Битемпоральная гемианопсия
- Д. Застой на глазном дне

42. Выпадение полей зрения по типу скотомы свидетельствует о:

- А. Опухоли гипофиза
- Б. Менингеоме околососудистой локализации
- В. Оптохиазмальном арахноидите
- Г. Опухоли затылочной доли
- Д. Алкогольной интоксикации

43. Шум в ухе, как начальный признак заболевания, имеет топическое значение:

- А. В случаях двустороннего возникновения
- Б. Топического значения не имеет
- В. Если он предшествует снижению слуха
- Г. Для диагностики неврита слуховых нервов
- Д. При сосудистых заболеваниях мозга

44. Слуховые галлюцинации имеют топическое значение в случаях:

- А. Психических нарушений
- Б. Поражения правой лобной доли
- В. Поражения левой теменной доли
- Г. Поражения медиобазальных отделов височной доли
- Д. Поражения VIII нерва

45. Невестибулярные головокружения выражаются:

- А. Нарушением статики
- Б. Чувством опьянения
- В. Вращательными головокружениями
- Г. Чувством проваливания
- Д. Сопутствующим шумом в ухе

46. Отоневрологические признаки при поражении ствола мозга характеризуются:

- А. Ограничением взора вверх
- Б. Выпадением движений глазных яблок вправо
- В. Полным ограничением подвижности глазных яблок
- Г. Нистагмом
- Д. Всем перечисленным

47. В основе выпадения оптокинетического нистагма в одну сторону лежит патологический очаг в:

- А. Теменной области
- Б. Лобной области
- В. Медиальных отделах теменно-височной области
- Г. Медиальных отделах теменно-затылочной области
- Д. Стволе и черве мозжечка

48. Вынужденное патологическое положение головы чаще бывает при опухолях:

- А. Лобной доли
- Б. Теменной доли
- В. Затылочной доли
- Г. Желудочка мозга
- Д. Срединной локализации

49. Нарушение обоняния в общем комплексе симптомов это:

- А. Кранио-базальный признак
- Б. Общемозговой признак
- В. Локальный симптом при опухолях ольфакторной ямки
- Г. Все зависит от функциональной зоны поражения
- Д. Правильного ответа нет

50. Основными признаками поражения центрального нейрона обонятельного пути являются:
- А. Нарушение восприятия запахов
 - Б. Одностороннее снижение восприятия запахов
 - В. Оценка качества и различия восприятия запахов
 - Г. Все зависит от стадии опухоли или предвестника эпилептического припадка
51. Фокальные эпилептические припадки при опухолях теменной доли характеризуются:
- А. Наличием судорог в руках
 - Б. Наличием судорог в ногах
 - В. Адверсивными типичными проявлениями
 - Г. Парестезиями в противоположных конечностях
 - Д. Всем перечисленным
52. Чувствительные выпадения при опухолях области задней центральной извилины:
- А. Локализуются в противоположных конечностях
 - Б. Преимущественно локализуются в руке или в ноге
 - В. Носят диффузный характер
 - Г. Выражаются ощущениями гиперпатии
 - Д. Правильно А и Г
53. Апраксия позы - симптом характерный для поражения:
- А. Лобной доли
 - Б. Височной доли
 - В. Верхней теменной дольки
 - Г. Нижней теменной дольки
 - Д. Все верно
54. Парез в конечностях при опухоли теменной доли характеризуется:
- А. Повышением тонуса по пирамидному типу
 - Б. Повышением тонуса по экстрапирамидному типу
 - В. Гипотонией в паретичных конечностях
 - Г. Трофическими расстройствами в паретичных конечностях
 - Д. Правильно В и Г
55. Эпилептический синдром при опухолях нижней теменной дольки характеризуется:
- А. Слуховой аурой
 - Б. Зрительной аурой
 - В. Клоническими судорогами в ноге
 - Г. Параксизмально возникающим астереогнозом
 - Д. Ничто неверно

56. К особенностям чувствительных выпадений при опухолях теменной доли относятся:

- А. Наличие астереогноза
- Б. Выпадение только болевой чувствительности
- В. Сопровождаются нарушением простых видов чувствительности
- Г. Все верно
- Д. Верно А и В

57. Астереогноз - симптом, заключающийся в:

- А. Утрате способности производить целесообразные действия
- Б. Утрате способности правильно ориентироваться в частях своего тела
- В. Отсутствии возможности создать общий суммированный чувствительный образ предмета
- Г. Отсутствии способности узнавать температуру предмета
- Д. Правильно В и Б

58. Апраксия - симптом, заключающийся в:

- А. Утрате способности узнавать знакомые предметы
- Б. Утрате способности производить планомерные и целесообразные действия
- В. Утрате способности понимать речь
- Г. Утрате способности читать
- Д. Верно все

59. Алексия и акалькулия - характерные симптомы при поражении:

- А. Задней центральной извилины
- Б. Передней центральной извилины
- В. Верхней теменной доли
- Г. Нижней теменной доли
- Д. Верно А и Г

60. Психосенсорные расстройства при правополушарной локализации опухоли височной доли включают:

- А. Грубое снижение памяти
- Б. Психомоторные возбуждения
- В. Слуховые музыкальные галлюцинации
- Г. Аффективно-депрессивные расстройства
- Д. Верно Б и В

61. Оперировать при артериальных аневризмах следует при:

- А. 30-кратном увеличении микроскопа или лупы
- Б. 12-кратном "-"
- В. 8-кратном "-"

- Г. 5-кратном "-"
- Д. В зависимости от оперативной ситуации

62. Цель применения микрохирургической техники:

- А. Исключить травматизацию окружающих тканей
- Б. Исключить повреждение вен
- В. Исключить повреждение тела аневризмы
- Г. Создать условия для наложения клипс на шейку аневризмы
- Д. Верно В и Г

63. Моделирование шейки аневризмы необходимо в случаях:

- А. Если она широкая
- Б. Если шейка аневризмы спаяна с важной артерией
- В. Ее повреждения
- Г. Избежания повреждения черепно-мозговых нервов
- Д. Ее отсутствия

64. Ваше отношение к клипированию шейки аневризмы:

- А. Безопаснее и надежнее окутывание аневризмы хирургической марлей
- Б. Клипировать крайне опасно в случаях, если невозможно выделить припаянную функционирующую артерию
- В. Опасно в случаях, если функционирующая артерия является продолжением аневризматического мешка
- Г. Нельзя, если аневризма представляется выпячиванием стенки артерии (без шейки)
- Д. Все верно, кроме А

65. Основным показанием к хирургическому вмешательству при артерио-венозных мальформациях является:

- А. Эпилептический синдром
- Б. Многократные кровоизлияния
- В. Болевой синдром
- Г. Неврологический дефицит
- Д. Поражение VI, VII пар черепно-мозговых нервов

66. Оперировать больных с артерио-венозными мальформациями, проявляющих себя эпилептическими припадками:

- А. Не следует
- Б. Следует при отсутствии в анамнезе кровоизлияний
- В. Ограничиться консервативным лечением
- Г. Оставить больных под активным наблюдением
- Д. Следует при неэффективности противосудорожной терапии

67. Основные этапы хирургического вмешательства при артерио-венозных мальформациях зависят от:

- А. Правильного выбора доступа и техники
- Б. Объема глубины расположения мальформации
- В. Расположения черепно-мозговых нервов
- Г. Необходимости выделения афферентных артерий
- Д. Необходимости удалять мальформацию по периферии

68. Следующие артерио-венозные мальформации следует оперировать:

- А. В диаметре до 2 см
- Б. В диаметре до 5 см
- В. В диаметре более 5 см
- Г. Если они располагаются в хирургически доступной зоне
- Д. Все верно

69. При удалении артерио-венозных мальформаций следует пользоваться увеличивающей оптикой:

- А. В зависимости от этапа операции
- Б. 15-кратным увеличением микроскопа или лупы
- В. 12-кратным "-"
- Г. 8-кратным "_"
- Д. 5-кратным "_"

70. Основные этапы эндоваскулярных вмешательств при артерио-венозных мальформациях включают:

- А. Нейроанестезию
- Б. Пункцию сонных артерий или по Селдингеру с последующей катетеризацией афферентных артерий
- В. Введение баллон-катетера в приводящую артерию
- Г. Введение в баллон-катетер самоотверждающихся гелей
- Д. Все перечисленное

71. При переломе пирамиды височной кости наблюдаются:

- А. Ушная ликворея.
- Б. Парез лицевого нерва.
- В. Глухота.
- Г. Поражение барабанной струны.
- Д. Все перечисленное.

72. При переломах основания черепа наблюдаются следующие симптомы поражения стриопаллидарной системы:

- А. Гиподинамия.
- Б. Гипомимия.

- В. Тремор в конечностях.
- Г. Изменение тонуса.
- Д. Все перечисленное.

73. Мезенцефало-бульбарная симптоматика при переломах основания черепа характеризуется:

- А. Двусторонними патологическими стопными знаками.
- Б. Нарушением ритма дыхания.
- В. Дискоординированными плавающими движениями глазных яблок.
- Г. Неустойчивостью АД
- Д. Все перечисленное.

74. К клиническим проявлениям перелома костей задней черепной ямки относятся:

- А. Ушная ликворея.
- Б. Локальная боль в области сосцевидного отростка.
- В. Головная боль оболочечного характера.
- Г. Атаксические расстройства.
- Д. Координаторные расстройства.

75. При кольцевидном переломе основания черепа наблюдается поражение:

- А. Языкоглоточного нерва.
- Б. Подъязычного нерва.
- В. Блуждающего нерва.
- Г. Добавочного нерва.
- Д. Языкоглоточного и подъязычного нервов.

76. К бульбарной симптоматике, которая может наблюдаться при переломе костей задней черепной ямки, относятся:

- А. Дисфагия.
- Б. Дизартрия.
- В. Дисфония.
- Г. Отсутствие глоточного рефлекса.
- Д. Все перечисленное.

77. При переломах основания черепа необходима госпитализация в:

- А. Терапевтическое отделение.
- Б. Неврологическое отделение.
- В. Нейрохирургическое отделение.
- Г. Травматологическое отделение.
- Д. Правильно В и Г.

78. Травматические субарахноидальные кровоизлияния чаще развиваются в результате:

- А. Ангионевротических изменений.
- Б. Ангиодистрофических изменений.
- В. Ангионекротических изменений.
- Г. Всех перечисленных.
- Д. Ни одно из перечисленных.

79. Возможны следующие виды травматических субарахноидальных кровоизлияний:

- А. Постконтузионные.
- Б. Кровоизлияния при повреждении сосудов мягкой мозговой оболочки.
- В. Кровоизлияния при повреждении сосудов мозга.
- Г. Кровоизлияния, обусловленные посттравматическими вторичными некротическими изменениями в сосудах.
- Д. Все перечисленное.

80. Клинические проявления при субарахноидальных кровоизлияниях выражаются:

- А. Головной болью гипертензионного характера.
- Б. Головной болью оболочечного характера.
- В. Головокружением.
- Г. Снижением зрения.
- Д. Болями в конечностях.

81. Причинами вегетативно-трофических нарушений при травме спинного мозга являются поражения:

- А. Задних рогов.
- Б. Боковых рогов.
- В. Эффлекторных вегетативных волокон.
- Г. Длинных волокон в боковых столбах.
- Д. Верно Б и В.

82. Центральный парез мышц мочевого пузыря обусловлен поражением:

- А. Невронов в передних рогах спинного мозга.
- Б. Надсегментарных пирамидных путей
- В. Вегетативных нейронов в боковых рогах
- Г. Невронов в задних рогах поясничного утолщения.
- Д. Конуса спинного мозга

83. Стабильность позвоночника обеспечивает:

- А. Надостистые и межкостные связки.
- Б. Тела позвонков и межпозвонковые диски.
- В. Желтые связки.
- Г. Сочленения суставных отростков.
- Д. Все перечисленное.

84. Нестабильность позвоночника обычно не возникает:
- А. При полных вывихах.
 - Б. При переломах тела и ножек дуг позвонка.
 - В. При переломах остистых отростков.
 - Г. При переломо-вывихах.
 - Д. Правильно А и Г.
85. К особенностям неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника относятся перечисленные мероприятия, кроме:
- А. Адекватная вентиляция легких.
 - Б. Положение на спине при транспортировке.
 - В. Транспортная иммобилизация шеи.
 - Г. Противошоковые мероприятия
 - Д. Положение сидя для облегчения дыхания
86. Транспортную иммобилизацию шеи при переломах шейного отдела позвоночника целесообразно осуществлять с помощью:
- А. Петли Глиссона.
 - Б. Вытяжения за теменные бугорки.
 - В. Воротника Шанца.
 - Г. Вытяжения за скуловые дуги.
 - Д. Правильно А и Г.
87. Показаниями к трахеостомии при переломе шейного отдела позвоночника являются:
- А. Ухудшение дыхания за счет плегии диафрагмы.
 - Б. Нарастающие расстройства дыхания.
 - В. Регургитация.
 - Г. Остановка дыхания.
 - Д. Правильно все.
88. Расстройства мочеиспускания при острой травме спинного мозга выражаются:
- А. Задержкой мочи.
 - Б. Недержанием мочи.
 - В. Задержкой мочи, которая сменяется недержанием.
 - Г. Недержанием мочи, которое сменяется задержкой.
 - Д. Парадоксальным дыханием
89. Нарушения мочеиспускания при последствиях поражения спинного мозга на уровне первого поясничного позвонка проявляются:
- А. Истинным недержанием мочи.
 - Б. Задержка мочи сменяется недержанием.

- В. Моча выделяется по мере накопления в мочевом пузыре.
- Г. Недержание мочи сменяется задержкой.

90. Нарушения мочеиспускания при последствиях поражения конуса спинного мозга характеризуются:

- А. Истинным недержанием мочи.
- Б. Задержка мочи сменяется недержанием.
- В. Парадоксальная ишурия.
- Г. Недержание мочи сменяется задержкой.
- Д. Правильно А и Г.

91. Седалищный нерв отходит от:

- А. Поясничного сплетения.
- Б. Крестцового сплетения.
- В. Оба принимают участие

92. Первичные стволы плечевого сплетения располагаются:

- А. Между передней и средней лестничными мышцами.
- Б. В толще средней лестничной мышцы.
- В. На передней лестничной мышце.

93. Характерные для каузалгии признаки:

- А. Преимущественно после огнестрельных ранений конечностей.
- Б. При частичном поражении нерва.
- В. Усиление боли при физическом и эмоциональном раздражении.
- Г. Гиперпатия на фоне гипалгезии.
- Д. Исчезновение боли после блокады симпатического узла.
- Е. Все правильно.

94. У больного с переломом костей конечностей и клиникой поражения нерва:

- А. Показан неотложный шов нерва.
- Б. Необходима репозиция отломков, консервативная терапия, в случае неэффективности - операция.

95. При тракционном повреждении плечевого сплетения в остром периоде показано:

- А. Консервативная терапия.
- Б. Операция.

96. Для профилактики рубцеобразования и невром после шва нерва показано:

- А. Укутывание области шва пластическими материалами.
- Б. Помещение области шва и нерва в новое ложе.
- В. Герметичное ушивание эпинеуря.

- Г. Верно сочетание В и А
- Д. Все бесполезно

97. У больного с ранением нерва и радиационной болезнью:

- А. Показан шов в остром периоде.
- Б. Шов нерва показан после ликвидации признаков лучевой болезни.

98. Сколько раз ликвор обновляется у детей за сутки?

- А. 1 раз.
- Б. 2 раза.
- В. 3 раза.
- Г. 4 раза.
- Д. 6 раз.

99. У больного жалобы на боли в области локтя с иррадиацией по ульнарному краю предплечья до мизинца и 4-го пальца, снижена чувствительность в зоне иннервации нерва. Что поражено?

- А. Передний рог на уровне С8.
- Б. Корешок С8 в межпозвонковом отверстии.
- В. Лучевой нерв на уровне локтевого сустава (борозды).

100. Больной жалуется на боли и слабость в кистях и стопах, неловкость при выполнении тонких движений, испытывает затруднения при ходьбе в темноте. Объективно: вялый дистальный тетрапарез, гипестезия в виде носков и перчаток, расстроено суставно-мышечное чувство в пальцах кистей и стоп, сенситивная атаксия. Назовите синдром:

- А. Синдром TABES DORSALIS.
- Б. Полный полиневрический синдром.
- В. Заднероговой сирингомиелитический синдром.

Задачи:

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

Тактика лечения.

2. Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (упал с лестницы, ударился головой о ступеньки, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную

боль, тошноту, наличие раны на голове. Объективно: В теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 6x2 см, дном раны является неповрежденная надкостница. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центрально-му типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и ме-нингеальных знаков нет.
Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.
План обследования.

Тактика лечения.

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

Тактика лечения.

4. Больной Ю., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 1,5 часа после травмы (получил удар топором по голове). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адек-ватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, лег-кий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками. В левой теменной области имеется рубленая рана размерами 8x1 см, из которой поступает кровь с примесью ликвора.
Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.
План обследования.

Тактика лечения.

5. Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (ав-тодорожная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы 1, движения в конеч-ностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому кон-такту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемоли-кворея.
Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.
План обследования.

Тактика

лечения.

6. Больной А., 67 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 4 часа после травмы (па-дение на затылок). При поступлении: сознание угнетено до глубокого оглушения, движе-ния в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы повышены справа, выраженный менингеальный синдром, двусторонние патологические стопные знаки, периферический паралич

левого лицевого нерва. Объективно: подапоневротическая гематома затылочной области, отогемоликворея слева.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ по нейрохирургии

1. Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга.

- Рентгенография черепа, люмбальная пункция.
Лечение консервативное.
2. Открытая травма черепа с наличием кожно-апоневротической раны теменной области, сотрясение головного мозга.
Рентгенография черепа, люмбальная пункция.
Первичная хирургическая обработка раны, консервативное лечение.
3. Закрытая травма черепа с переломом левой теменной кости, ушиб головного мозга, суб-арахноидальная геморрагия.
Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).
Лечение консервативное.
4. Открытая проникающая травма черепа, вдавленный перелом левой теменной кости, ушиб головного мозга.
Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.
Операция – ПХО вдавленного перелома.
5. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в передней черепной ямке, назоликворрея, ушиб головного мозга.
Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).
Лечение консервативное.
6. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в средней черепной ямке, отоликворрея, ушиб головного мозга.
Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).
Лечение консервативное.
7. Закрытая травма черепа со сдавлением головного мозга острой внутричерепной гематомой справа.
Рентгенография черепа, ЭхоЭС, компьютерная томография головного мозга.
Лечение хирургическое - резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.
8. Спонтанная субарахноидальная геморрагия.
Компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.
Лечение консервативное.
9. Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, сдавление головного мозга острой внутримозговой гематомой.
Компьютерная томография головного мозга.
Лечение хирургическое резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.
10. Постинфекционный абсцесс головного мозга.
Компьютерная томография головного мозга.
Лечение хирургическое - трепанация черепа, удаление и дренирование абсцесса.

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
О.И. Фролова
«22» / 11 / 2014 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

вариативной части производственной (клинической) практики
по специальности 31.08.56 «нейрохирургия»

Уровень подготовки – подготовка кадров высшей квалификации

Факультет ФПК и ППС

Кафедра нейрохирургии с курсом нейрореанимации и нейрореабилитации

Форма обучения – очная

Продолжительность обучения – 2 года

Семестр – 1,3.

Зачетные единицы – 12.

Продолжительность практики – 432 час.

Зачеты – 4 семестр.

Тюмень, 2014

Рабочая программа составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (2014 г.)

Индекс

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры нейрохирургических болезней (протокол № 1 от «26» августа 2014г.)

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор



А.А. Суфианов

Согласовано:

Начальник управления
образовательной деятельностью



Е.Ф. Туровина

Председатель Ученого совета
ФПК ППС, д.м.н., профессор,
«30» августа 2014 г.



В.А. Жмуров

Программа заслушана и утверждена на заседании ЦКМС
(протокол № 1 доп., «16» сентября 2014 г.)

Председатель ЦКМС, д.м.н., профессор



О.И. Фролова

1. Цели освоения дисциплины

Целью производственной практики по специальности 31.08.56 «нейрохирургия» является углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовка высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков.

Задачами производственной практики являются:

1. Для ординаторов первого года обучения:

1. Формирование общекультурных компетенций врача – нейрохирурга, необходимых в профессиональной деятельности (культура речи, ведение дискуссий и полемики, способность к сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантность).
2. Овладеть способностью и готовностью соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые аспекты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
3. Овладеть навыками обследования больного с нейрохирургической патологией, способностью выявлять основные симптомы и синдромы заболеваний, назначать лабораторные и инструментальные методы обследования, и умением их анализировать.
4. Овладеть алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ.
5. Научиться выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний у нейрохирургических больных и использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия.
6. Овладеть способностью назначать адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом.
7. Овладеть проведением экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.
8. Научиться определять показания к различным реабилитационным мероприятиям при нейрохирургических заболеваниях.
9. Овладеть ведением и использованием документации, принятой в здравоохранении РФ.
10. Овладеть знаниями организационной структуры и анализа управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов.

Для ординаторов второго года обучения:

1. Воспитать у врача – нейрохирурга способность и готовность использовать методы управления, организовывать работу исполнителей в рамках своей профессиональной компетенции.
2. Путем активной работы с больными способствовать трансформации,

полученных в начале обучения умений и навыков.

2. Перечень компетенций, осваиваемых в процессе освоения дисциплины

Процесс прохождения производственной практики по специальности 31.08.56 «нейрохирургия» направлен на формирование у обучающегося следующих компетенций (перечислить УК и ПК):

- УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
- УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- УК-3 - готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;
- ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения;
- ПК- 3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
- ПК- 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;
- ПК- 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- ПК- 6 - готовность к ведению и лечению пациентов с нейрохирургическими заболеваниями;
- ПК- 7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
- ПК- 8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- ПК- 9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- ПК-10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ПК-11 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
- ПК- 12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;
- ДПК-1 - готовность к определению тактики ведения пациентов, нуждающихся в нейрохирургической помощи, оказанию неотложной нейрохирургической помощи;
- ДПК -2 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний;
- ДПК -3 - готовность к участию при ведении и лечении пациентов, которые госпитализируются в отделение нейрореанимации и нейроанестезиологии;

Ординатор первого года обучения, в результате освоения дисциплины и прохождения производственной практики в условиях КИЗа поликлиники должен:

Знать:

- структуру нейрохирургической службы в нашей стране;
- организацию нейрохирургической службы на догоспитальном этапе, функциональные особенности врача- нейрохирурга;
- новейшие данные об этиологии и эпидемиологии, патогенезе нейрохирургических заболеваний, их классификацию, симптоматику, методы обследования, лечение, диспансеризацию и способы реабилитации переболевших.

Уметь:

- организовывать работу врачей по своевременной правильной тактике обследования больных с нейрохирургической патологией;
- организовать и обеспечить раннее активное выявление нейрохирургических больных, оказание им неотложной помощи и своевременной госпитализации. Квалифицированную диагностику обследования и лечение в амбулаторно - поликлинических условиях, реабилитацию и диспансеризацию переболевших в условиях поликлиники;
- разработать план терапевтических мероприятий с учетом особенностей течения инфекционного заболевания и его прогноза;
- принимать решения о необходимом объеме помощи, сформулировать клинический диагноз, разработать план терапевтических действий;

Владеть:

- навыками проведения организационно- методической работы;

- техникой ведения медицинской документации КИЗа;
- техникой общеклинического обследования, интерпретации результатов лабораторного и инструментального обследования;
- алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза;- использовать персональный компьютер для создания базы данных и составления статистических отчетов;
- диагностикой и методикой оказания неотложной (экстренной) помощи, а также определением дальнейшей медицинской тактики при угрожающих состояниях;
- методами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге нейрохирургических заболеваний;
- методами информации эпидслужбы и вышестоящих организаций об эпидситуации (КЭС, информация по телефону и т.д.).

Ординатор второго года обучения, в результате освоения дисциплины и прохождения производственной практики в условиях КИЗа поликлиники должен:

Знать:

- структуру нейрохирургической службы в нашей стране;
- организацию нейрохирургической службы на догоспитальном этапе, функциональные особенности врача-инфекциониста;
- новейшие данные об этиологии и эпидемиологии, патогенезе нейрохирургических заболеваний, их классификацию, симптоматику, методы обследования, лечение, диспансеризацию и способы реабилитации переболевших.

Уметь:

- организовывать работу врачей по своевременной правильной тактике обследования больных с нейрохирургической патологией;
- организовать и обеспечить раннее активное выявление нейрохирургических больных, оказание им неотложной помощи и своевременной госпитализации. Квалифицированную диагностику обследования и лечение в амбулаторно - поликлинических условиях, реабилитацию и диспансеризацию переболевших в условиях поликлиники;
- разработать план терапевтических мероприятий с учетом особенностей течения инфекционного заболевания и его прогноза;
- принимать решения о необходимом объеме помощи, сформулировать клинический диагноз, разработать план терапевтических действий;

Владеть:

- навыками проведения организационно- методической работы;
- техникой ведения медицинской документации КИЗа;
- техникой общеклинического обследования, интерпретации результатов лабораторного и инструментального обследования;

- алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза;- использовать персональный компьютер для создания базы данных и составления статистических отчетов;
- диагностикой и методикой оказания неотложной (экстренной) помощи, а также определением дальнейшей медицинской тактики при угрожающих состояниях;
- методами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге нейрохирургических заболеваний;
- методами информации эпидслужбы и вышестоящих организаций об эпидситуации (КЭС, информация по телефону и т.д.).

3. Структура дисциплины

Продолжительность практики – 432 часов (12 зач. единицы)

Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная.

Место проведения практики:

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75

2. ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» (г. Тюмень) Министерства здравоохранения РФ, ул. 4-й км. Червишевского тракта, д. 5

№	Наименование раздела практики	Место прохождения практики	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
Первый год обучения						
Первый семестр						
1	Вариативная часть / Отделение нейрохирургии	«Областная клиническая больница №2»	6	216	ПК-2, 4, 5, 6, 8; ДПК-1, ДПК-2, ДПК-3	Зачет
Второй год обучения						
Третий семестр						
1	Вариативная часть/ Приемное отделение	«Областная клиническая больница №2»	6	216	ПК-2, 4, 5, 6, 8; ДПК-1, ДПК-2, ДПК-3	Зачет

3. Содержание программы практики

1. Организация работы кабинета нейрохирургических заболеваний.

Основополагающие документы, регламентирующие работу кабинета нейрохирургических заболеваний. Штаты кабинета нейрохирургических заболеваний, оборудование, общие вопросы работы кабинета нейрохирургических заболеваний, учетные и отчетные медицинские документы кабинета нейрохирургических заболеваний.

2. Функции врача кабинета нейрохирургических заболеваний. Права и обязанности врача - нейрохирурга. Обеспечение раннего активного выявления нейрохирургических больных. Оказание неотложной помощи и своевременная госпитализация. Квалифицированная диагностика, обследование и лечение нейрохирургических больных в амбулаторно - поликлинических условиях. Реабилитация и диспансеризация переболевших. Организационно - методическая работа. Планы, отчеты, анализ заболеваемости. Профилактическая работа.

3. Диспансеризация реконвалесцентов нейрохирургических заболеваний. Понятие диспансеризации, цели, задачи. Содержание диспансеризации. Активное выявление больных. Взятие на диспансерный учет, систематическое наблюдение. Лечебные и социально-профилактические мероприятия. Участие в диспансеризации «узких» специалистов. Документы, регламентирующие диспансеризацию. Перечень заболеваний, реконвалесценты которых подлежали диспансерному наблюдению, сроки, длительность, объем и методы обследования. Порядок снятия с учета. Документация на диспансерном учете.

4. Ведение больных в амбулаторных условиях. Амбулаторное обследование и лечение больных, не нуждающихся в специализированном стационарном лечении. Проверка карт амбулаторного больного и журнала учета обслуживания на дому. Распознавание современных нейрохирургических болезней в т. ч. латентных и стертых форм. Оказание квалифицированной помощи участковым терапевтом и педиатром в ведении больных с нейрохирургической патологией. Показания к госпитализации, организация транспортировки больных. Анализ лечебно – диагностической работы.

5. Реабилитация пациентов с нейрохирургическими заболеваниями. Долечивание и реабилитация реконвалесцентов нейрохирургических заболеваний после лечения в стационарных условиях, больных с затяжными и хроническими формами. Понятие «реабилитация». Цели, задачи, показания, сроки начала реабилитационных мероприятий. Принципы реабилитации. Лечебно-восстановительные мероприятия в зависимости от перенесенного заболевания - режим, тренировка основных систем организма, диета. Лечебная физкультура, физиотерапия, фармакотерапия. Этапы медицинской реабилитации нейрохирургических больных. Показания к санаторно-курортному лечению.

6. Экспертиза трудоспособности реконвалесцентов нейрохирургических заболеваний. Признаки временной и стойкой утраты трудоспособности. Показания на КЭК и МСЭК. Правила выписки листов нетрудоспособности.

7. Профилактическое обследование пациентов декретированных групп. Профессии и лекции, относящиеся к группе декретированных, порядок их обследования, госпитализация, выписки из стационара, допуск к работе, диспансерного наблюдения. Эпидемиологические показания к стационарному лечению. Допуск к профессии.

8. Противоэпидемическая работа. Выявление контактных больных, контроль проведения нейрохирургических мероприятий. Способы информации эпидемиологической службы о выявленном заболевании.

10. Консультативная работа. Консультативная помощь участковым врачам, врачам других «узких» специальностей при подозрении на нейрохирургическое заболевание.

11. Санитарно - просветительская работа. Цели, задачи. Контингент. Санпросвет работа среди населения. Привитие санитарно - гигиенических навыков для предупреждения повторной заболеваемости. Значение санпросвет работы. Формы санитарно-просветительской работы, их эффективность.

Содержание раздела практики.

Практическая подготовка врача-нейрохирурга осуществляется непрерывным циклом, с обязательной работой в кабинете нейрохирургических заболеваний в тесной связи с теоретическим обучением.

Базой практики клинических ординаторов, являются клинические базы ГБОУ ВПО ТюмГМА, имеющие лицензии по соответствующим видам медицинской деятельности.

В кабинет нейрохирургических заболеваний врач-нейрохирург проводит осмотр взрослых и детей.

Во время прохождения практической подготовки обучающиеся обязаны соблюдать правила охраны труда и правила внутреннего распорядка, действующие в ГБОУ ВПО ТюмГМА и на базе подготовки.

Работа в кабинете нейрохирургических заболеваний.

1. Ведение больных под руководством ответственного сотрудника кафедры и опытных врачей. Оформление амбулаторных карт.
2. Присутствие и участие (доклады) на клинических и клинико-анатомических конференциях, секциях умерших больных.

Объем, практической работы ординатора составляет:

1. Клиническое обследование и ведение больного с нейрохирургической патологией: сбор анамнеза; клиническое обследование больного; заполнение разделов истории болезни.
2. Оценка данных осмотра и опроса: обоснование и формулировка

- 3. ; .
- 4. .
- 5. .
- 6. . , , :
- , , ;
- , ;
- 7.
- 8. .
- 9. .
- 10. .
- 11. :
- ;
- ;
- .

4. -

Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика "Плановая и экстренная нейрохирургия" (стационарная выездная)				
Основная литература				
	Неврология и нейрохирургия : клинические рекомендации / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 424 с. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html	2015	1	http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html
	Нейрохирургия : лекции, семинары, клинические разборы[Электронный ресурс] : руководство для врачей / Древаль О. Н. - 2-е изд., перераб. и доп. - Т. 1. - М. : Литтерра, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501464.html	2015		http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501464.html
	Нейрохирургия : лекции, семинары, клинические разборы : в 2 т. [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Древаль О.Н. - 2-е изд., перераб. и доп. - Т. 2. - М. : Литтерра, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501471.html	2015		http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501471.html
Дополнительная литература				
	Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия : в 2-х т., / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 624 с. : ил.	2010	32	http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426043.html http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426050.html
	Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411414.html	2009		http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411414.html

13	Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика «Плановая и экстренная нейрохирургия» (стационарная, выездная) (базовая часть)	Типовой набор профессионального оборудования, медицинская техника и оборудование в соответствии с приложением №4 договора об организации практической подготовки обучающихся (договор № 9180066 от 09.04.2018)	ГБУ "Курганская областная клиническая больница" Курганская область, г. Курган, ул. Томина, 63
		Типовой набор профессионального оборудования, медицинская техника и оборудование в соответствии с приложением №4 договора об организации практической подготовки обучающихся (договор № 9180086 от 20.04.2018)	ГАУЗ ТО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Медицинский город» г. Тюмень, Барнаульская улица, 32
		Типовой набор профессионального оборудования, медицинская техника и оборудование в соответствии с приложением №4 договора об организации практической подготовки обучающихся (договор № 9180161 от 16.11.2018)	ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» г. Тюмень, улица Мельникайте, 75

7.

:

4-

?

1.
A.

.
B.

2.

,

4-

:

А. Задняя стенка - верхний мозговой парус, верхние ножки мозжечка, боковая - средние ножки мозжечка, передняя - монроево отверстие

Б. Дорзально - крыша, образованная верхним и нижним мозговым парусом, сосудистым сплетением, медиальные края нижних мозжечковых ножек, мозжечок, вентрально - дно, образованное ромбовидной ямкой

В. Спереди - третий желудочек, сзади - спинальный канал, сбоку - мозжечковые ножки, снизу - пирамиды, сверху - мозжечок

3. Где расположен водопровод мозга?

А. Является полостью среднего мозга

Б. На уровне варолиева моста

В. Под сильвиевой бороздой

4. Назвать образования, ограничивающие водопровод мозга:

А. Спереди - третий желудочек, сзади - мост, сбоку - латеральная петля

Б. Дорзально - крыша, образованная четверохолмием и центральной серой субстанцией, вентрально - покрывка среднего мозга

В. Передняя - ножки мозга, задняя - мозжечок, нижняя - мост, верхняя - красные ядра

5. Перечислить ликворопроводящие отверстия желудочков мозга:

А. Межжелудочковое отверстие между боковыми и третьим желудочком, срединная и две боковые апертуры, соединяющие 4-й желудочек с субарахноидальным пространством, вход в центральный канал

Б. Вентрикулярное отверстие 3-го желудочка, сильвиев водопровод, начало спинального канала, субарахноидальные отверстия

В. Пахионовы грануляции, яремное отверстие 4-го желудочка, отверстие полости прозрачной перегородки

6. Перечислить основные образования дна ромбовидной ямки:

А. Верхний и нижний треугольник, боковые карманы, срединная борозда

Б. Срединная борозда, медиальные возвышения, лицевой бугорок, голубоватое место, верхняя и нижняя ямка, мозговые пограничные полосы, треугольник подъязычного нерва, треугольник блуждающего нерва, задвижка

В. Срединная и поперечная борозда, возвышение пирамид, нижняя олива, трапециевидное тело, боковые вывороты, слуховое поле, латеральная петля, вестибулярные ядра

7. Перечислить оболочки головного и спинного мозга:

А. Твердая (наружная), паутинная (средняя), мягкая (внутренняя)

Б. Эпидуральная, перидуральная, внутренняя, околomозговая

В. Церебральная, спинальная, периферическая

8. Куда обращены шероховатая и гладкая поверхности твердой мозговой оболочки?
- А. Шероховатая - внутрь к паутинной оболочке, гладкая - наружу к стенкам позвоночного канала и внутренней поверхности костей черепа
 - Б. Шероховатая - наружу, к внутренней поверхности костей черепа и стенкам позвоночного канала, гладкая - внутрь, к паутинной оболочке
 - В. Шероховатая к костям черепа и позвоночника, гладкая к головному и спинному мозгу
9. Является ли твердая мозговая оболочка замкнутым образованием?
- А. Да
 - Б. Нет
10. Перечислить места прикрепления твердой мозговой оболочки спинного мозга:
- А. К большому затылочному отверстию, С 1,2,3, передней продольной связке, спинномозговым корешкам, внутренней поверхности крестца
 - Б. К надкостнице позвонков от С 1 до L 5, копчику, межпозвонковым отверстиям
 - В. Надкостница большого затылочного отверстия и С1, покровная и задняя атланта-окципитальная мембрана, тяжами к задней продольной связке, конечной нитью к надкостнице копчика, к внутренней поверхности межпозвонковых отверстий
11. Ориентировкой при пункции заднего рога бокового желудочка служит следующее: по ходу сагиттального шва отступить вверх от наружного затылочного бугра:
- А. На 4 см и в сторону на 4 см
 - Б. На 6 см и в сторону на 5 см
 - В. На 5 см и в сторону на 3 см
 - Г. На 2 см и в сторону на 3 см
12. Для пункции переднего рога бокового желудочка необходимо ориентироваться так:
- А. 2 см кпереди от коронарного шва и 2 см в сторону от сагиттального синуса
 - Б. 2 см в сторону от сагиттального на уровне коронарного шва
 - В. На 4 см выше ушной раковины
 - Г. На середине расстояния от сагиттального синуса до ушной раковины
 - Д. На 2 см в сторону от сагиттального синуса по линии, соединяющей слуховые проходы
13. При пункции заднего рога бокового желудочка канюля вводится на глубину:

- А. 3-4 см
- Б. 5-6 см
- В. 6-7 см
- Г. 7-8 см
- Д. 8-9 см

14. Глубина введения канюли при пункции переднего рога бокового желудочка составляет:

- А. 2-3 см
- Б. 2,5-3,5 см
- В. 4-5 см
- Г. 4,5-5,5 см
- Д. 6-7 см

15. Резекционная трепанация показана при:

- А. Переломе основания черепа
- Б. Выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме
- В. Внутримозговой гематоме
- Г. Подострой субдуральной гематоме
- Д. Подострой эпидуральной гематоме

16. Костно-пластическая трепанация показана при:

- А. Эпидуральных гематомах, сочетающихся со стволовым ушибом головного мозга и выраженным отеком
- Б. Эпидуральных гематомах, не сочетающихся с выраженным отеком головного мозга
- В. Внутримозговых гематомах и витальными нарушениями
- Г. Обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами
- Д. Все верно

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

- А. 1:1
- Б. 1:1,5-2
- В. 1,5:1
- Г. 2:1
- Д. 3:1

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

- А. Разрез в премоторной зоне
- Б. Разрез по гребню второй лобной извилины в зоне полей 8-9 на протяжении 3-4 см, параллельно верхнему сагиттальному синусу

В. Круговую резекцию мозга соответственно верхней стенке переднего рога желудочка

Г. Доступ по межполушарной щели

Д. Разрез в моторной зоне

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

А. Вдоль верхней височной извилины длиной 3-4 см

Б. По гребню средней височной извилины

В. Со стороны основания головного мозга

Г. Субфронтально-интерламинарный доступ

Д. Транскалезный доступ

20. Доступами к III желудочку являются:

А. Субфронтально-интерламинарный

Б. Трансвентрикулярный

В. Транскалезный

Г. Комбинированный супра-и субтенториальный

Д. Все верно

21. К основным признакам кранио-вертебрального симптомокомплекса относятся:

А. Снижение чувствительности в слизистой рта

Б. Поражение VII нерва

В. Нарушение обоняния

Г. Поражение XI нерва

Д. Поражение V нерва

22. Обонятельные галлюцинации - это:

А. Общемозговой признак

Б. Проявление височной эпилепсии

В. Симптом раздражения обонятельного нерва

Г. Это вторичный дислокационный признак

Д. Верно Г и Д

23. Выпадение вкуса на передних 2/3 языка - это:

А. Общемозговой признак

Б. Очаговый височный симптом

В. Симптом поражения V нерва

Г. Очаговый симптом при невриномах VIII нерва

Д. Стволовый симптом

24. Одностороннее снижение или выпадение роговичного рефлекса в предварительном диагнозе:
- А. Указывает на патологию V нерва
 - Б. Характерно для опухолей IV желудочка
 - В. Входит в синдром Брунса
 - Г. Наблюдается при невриномах VIII нерва
 - Д. Имеет значение в комплексе с другими признаками
25. Вынужденное патологическое изменение положения головы встречается при опухолях:
- А. Лобной доли
 - Б. Теменной доли
 - В. Затылочной доли
 - Г. Срединной локализации
 - Д. III желудочка
26. Нарушение обоняния в общем комплексе симптомов - это:
- А. Кранио-спинальный признак
 - Б. Общемозговой признак
 - В. Локальный симптом при опухолях ольфакторной ямки
 - Г. Все зависит от функциональной зоны поражения
 - Д. Все перечисленное
27. Основными признаками поражения центрального нейрона обонятельного пути являются:
- А. Нарушение восприятия запахов
 - Б. Одностороннее снижение восприятия запахов
 - В. Оценка качества и различия в заданной программе восприятия запахов
 - Г. Обонятельные галлюцинации, которые могут быть предвестником эпилептиформной активности
28. Квадрантная гемианопсия - это:
- А. Признак порционного поражения зрительного нерва
 - Б. Симптом поражения височной доли
 - В. Входит в синдром Кнаппа
 - Г. Входит в синдром Градениго
 - Д. Составная часть синдрома верхней глазничной щели
29. Что общего между галлюцинациями и фотопсией?
- А. Обе являются общемозговыми проявлениями
 - Б. Это нарушение зрительных образов, конфигурации
 - В. Нарушение цветовых образов
 - Г. Это симптомы раздражения мозга
 - Д. Единый очаг поражения

30. Шум имеет топическое значение, как начальный признак заболевания:
- А. В случаях одностороннего возникновения
 - Б. Не имеет
 - В. Если он предшествует снижению слуха
 - Г. Имеет значение в комплексе других признаков
 - Д. При сосудистых заболеваниях
31. Перечислите физиологические свойства мышечного волокна:
- А. Возбудимость, проводимость, сократимость
 - Б. Возбуждение и торможение
 - В. Деполяризация и поляризация
32. Назовите основные нейрофизиологические процессы:
- А. Торможение и возбуждение
 - Б. Восприятие, опознание, память, сознание
 - В. Взаимодействие электрической и нейрохимической передачи импульсов
33. Перечислите процессы нейрофизиологического обеспечения функций нервной системы:
- А. Взаимодействие процессов торможения и возбуждения
 - Б. Возбуждение, внутреннее и внешнее торможение, охранительное торможение, ритмическое изменение активности нейронов
 - В. Взаимодействие процессов возбуждения и торможения, избирательность торможения для целевого направления афферентного и эфферентного потока, сложное суммирование возбуждающих и тормозящих импульсов для обеспечения интегративной реакции эфферентного аппарата
34. Назовите наиболее универсальный принцип структурно-функциональной организации нервной системы:
- А. Конвергентно-дивергентная организация, морфологической основой которой служат множественные коллатерали на всех уровнях передачи информации
 - Б. Формирование динамического стереотипа
 - В. Взаимодействие нейро-электрических и нейро-химических процессов
35. Что такое сомато-топическое представительство в нервной системе?
- А. Это соответствие разных участков тела и клеток в передней и задней центральных извилинах
 - Б. Это представленность каждого участка тела в определенных волокнах и клетках на всех уровнях нервной системы с расширением зоны представительства от периферии к центру (дивергенция путей)

36. Выбор средств и методов предоперационной подготовки нейрохирургических больных определяется следующими основными факторами:

А. Характером и локализацией основного очага и общемозговыми проявлениями заболевания

Б. Нарушением функций жизненно важных органов

В. Особенности предшествующей терапии

Г. Сочетанием вышеперечисленных факторов

37. Главная и принципиальная задача премедикации и вводного периода у нейрохирургических больных:

А. Предупреждение нарушений центральной и периферической гемодинамики

Б. Нормализация дыхания

В. Сочетание 1 и 2 ответов

Г. Предупреждение повышения внутривенного давления

38. Назначение наркотических анальгетиков больным с внутричерепной гипертензией:

А. Угнетенное дыхание

Б. Нарушение гемодинамики

В. Нарушение психики

Г. Бронхоспазм

39. Побочные действия (тошнота и рвота) наркотических анальгетиков у нейрохирургических больных вызывает:

А. Нарушение гемодинамики

Б. Ларингоспазм

В. Тахипноэ

Г. Повышение внутричерепного давления

40. Угнетение дыхания у больных с повышенным внутричерепным давлением приводит к развитию:

А. Гипоксемии

Б. Повышению внутричерепного давления

В. Развитие дислокационного синдрома

Г. Сочетание и последовательность А, Б, В

Д. Бронхоспазма

Е. Сочетание ответов А и Д

41. К основным отличительным офтальмологическим признакам трактуальной гемианопсии относятся:

А. Асимметричное снижение остроты зрения

Б. Гомонимная гемианопсия

- В. Биназальная гемианопсия
 - Г. Битемпоральная гемианопсия
 - Д. Застой на глазном дне
42. Выпадение полей зрения по типу скотомы свидетельствует о:
- А. Опухоли гипофиза
 - Б. Менингеоме околосолярной локализации
 - В. Оптохиазмальном арахноидите
 - Г. Опухоли затылочной доли
 - Д. Алкогольной интоксикации
43. Шум в ухе, как начальный признак заболевания, имеет топическое значение:
- А. В случаях двустороннего возникновения
 - Б. Топического значения не имеет
 - В. Если он предшествует снижению слуха
 - Г. Для диагностики неврита слуховых нервов
 - Д. При сосудистых заболеваниях мозга
44. Слуховые галлюцинации имеют топическое значение в случаях:
- А. Психических нарушений
 - Б. Поражения правой лобной доли
 - В. Поражения левой теменной доли
 - Г. Поражения медиобазальных отделов височной доли
 - Д. Поражения VIII нерва
45. Невестибулярные головокружения выражаются:
- А. Нарушением статики
 - Б. Чувством опьянения
 - В. Вращательными головокружениями
 - Г. Чувством проваливания
 - Д. Сопутствующим шумом в ухе
46. Отоневрологические признаки при поражении ствола мозга характеризуются:
- А. Ограничением взора вверх
 - Б. Выпадением движений глазных яблок вправо
 - В. Полным ограничением подвижности глазных яблок
 - Г. Нистагмом
 - Д. Всем перечисленным
47. В основе выпадения оптокинетического нистагма в одну сторону лежит патологический очаг в:
- А. Теменной области

- Б. Лобной области
- В. Медиальных отделах теменно-височной области
- Г. Медиальных отделах теменно-затылочной области
- Д. Стволе и черве мозжечка

48. Вынужденное патологическое положение головы чаще бывает при опухолях:

- А. Лобной доли
- Б. Теменной доли
- В. Затылочной доли
- Г. Желудочка мозга
- Д. Срединной локализации

49. Нарушение обоняния в общем комплексе симптомов это:

- А. Кранио-базальный признак
- Б. Общемозговой признак
- В. Локальный симптом при опухолях ольфакторной ямки
- Г. Все зависит от функциональной зоны поражения
- Д. Правильного ответа нет

50. Основными признаками поражения центрального нейрона обонятельного пути являются:

- А. Нарушение восприятия запахов
- Б. Одностороннее снижение восприятия запахов
- В. Оценка качества и различия восприятия запахов
- Г. Все зависит от стадии опухоли или предвестника эпилептического припадка

51. Фокальные эпилептические припадки при опухолях теменной доли характеризуются:

- А. Наличием судорог в руках
- Б. Наличием судорог в ногах
- В. Адверсивными типичными проявлениями
- Г. Парестезиями в противоположных конечностях
- Д. Всем перечисленным

52. Чувствительные выпадения при опухолях области задней центральной извилины:

- А. Локализуются в противоположных конечностях
- Б. Преимущественно локализуются в руке или в ноге
- В. Носят диффузный характер
- Г. Выражаются ощущениями гиперпатии
- Д. Правильно А и Г

53. Апраксия позы - симптом характерный для поражения:

- А. Лобной доли
- Б. Височной доли
- В. Верхней теменной доли
- Г. Нижней теменной доли
- Д. Все верно

54. Парез в конечностях при опухоли теменной доли характеризуется:

- А. Повышением тонуса по пирамидному типу
- Б. Повышением тонуса по экстрапирамидному типу
- В. Гипотонией в паретичных конечностях
- Г. Трофическими расстройствами в паретичных конечностях
- Д. Правильно В и Г

55. Эпилептический синдром при опухолях нижней теменной доли характеризуется:

- А. Слуховой аурой
- Б. Зрительной аурой
- В. Клоническими судорогами в ноге
- Г. Параксизмально возникающим астереогнозом
- Д. Ничто неверно

56. К особенностям чувствительных выпадений при опухолях теменной доли относятся:

- А. Наличие астереогноза
- Б. Выпадение только болевой чувствительности
- В. Сопровождаются нарушением простых видов чувствительности
- Г. Все верно
- Д. Верно А и В

57. Астереогноз - симптом, заключающийся в:

- А. Утрате способности производить целесообразные действия
- Б. Утрате способности правильно ориентироваться в частях своего тела
- В. Отсутствии возможности создать общий суммированный чувствительный образ предмета
- Г. Отсутствии способности узнавать температуру предмета
- Д. Правильно В и Б

58. Апраксия - симптом, заключающийся в:

- А. Утрате способности узнавать знакомые предметы
- Б. Утрате способности производить планомерные и целесообразные действия
- В. Утрате способности понимать речь
- Г. Утрате способности читать
- Д. Верно все

59. Алексия и акалькулия - характерные симптомы при поражении:
- А. Задней центральной извилины
 - Б. Передней центральной извилины
 - В. Верхней теменной доли
 - Г. Нижней теменной доли
 - Д. Верно А и Г
60. Психосенсорные расстройства при правополушарной локализации опухоли височной доли включают:
- А. Грубое снижение памяти
 - Б. Психомоторные возбуждения
 - В. Слуховые музыкальные галлюцинации
 - Г. Аффективно-депрессивные расстройства
 - Д. Верно Б и В
61. Оперировать при артериальных аневризмах следует при:
- А. 30-кратном увеличении микроскопа или лупы
 - Б. 12-кратном "-"
 - В. 8-кратном "-"
 - Г. 5-кратном "-"
 - Д. В зависимости от оперативной ситуации
62. Цель применения микрохирургической техники:
- А. Исключить травматизацию окружающих тканей
 - Б. Исключить повреждение вен
 - В. Исключить повреждение тела аневризмы
 - Г. Создать условия для наложения клипс на шейку аневризмы
 - Д. Верно В и Г
63. Моделирование шейки аневризмы необходимо в случаях:
- А. Если она широкая
 - Б. Если шейка аневризмы спаяна с важной артерией
 - В. Ее повреждения
 - Г. Избежания повреждения черепно-мозговых нервов
 - Д. Ее отсутствия
64. Ваше отношение к клипированию шейки аневризмы:
- А. Безопаснее и надежнее окутывание аневризмы хирургической марлей
 - Б. Клипировать крайне опасно в случаях, если невозможно выделить припаянную функционирующую артерию
 - В. Опасно в случаях, если функционирующая артерия является продолжением

аневризматического мешка

Г. Нельзя, если аневризма представляется выпячиванием стенки артерии (без шейки)

Д. Все верно, кроме А

65. Основным показанием к хирургическому вмешательству при артерио-венозных мальформациях является:

А. Эпилептический синдром

Б. Многократные кровоизлияния

В. Болевой синдром

Г. Неврологический дефицит

Д. Поражение VI, VII пар черепно-мозговых нервов

66. Оперировать больных с артерио-венозными мальформациями, проявляющих себя эпилептическими припадками:

А. Не следует

Б. Следует при отсутствии в анамнезе кровоизлияний

В. Ограничиться консервативным лечением

Г. Оставить больных под активным наблюдением

Д. Следует при неэффективности противосудорожной терапии

67. Основные этапы хирургического вмешательства при артерио-венозных мальформациях зависят от:

А. Правильного выбора доступа и техники

Б. Объема глубины расположения мальформации

В. Расположения черепно-мозговых нервов

Г. Необходимости выделения афферентных артерий

Д. Необходимости удалять мальформацию по периферии

68. Следующие артерио-венозные мальформации следует оперировать:

А. В диаметре до 2 см

Б. В диаметре до 5 см

В. В диаметре более 5 см

Г. Если они располагаются в хирургически доступной зоне

Д. Все верно

69. При удалении артерио-венозных мальформаций следует пользоваться увеличивающей оптикой:

А. В зависимости от этапа операции

Б. 15-кратным увеличением микроскопа или лупы

В. 12-кратным "-"

Г. 8-кратным "-"

Д. 5-кратным "-"

70. Основные этапы эндоваскулярных вмешательств при артерио-венозных мальформациях включают:

- А. Нейроанестезию
- Б. Пункцию сонных артерий или по Селдингеру с последующей катетеризацией афферентных артерий
- В. Введение баллон-катетера в приводящую артерию
- Г. Введение в баллон-катетер самоотверждающихся гелей
- Д. Все перечисленное

71. При переломе пирамиды височной кости наблюдаются:

- А. Ушная ликворея.
- Б. Парез лицевого нерва.
- В. Глухота.
- Г. Поражение барабанной струны.
- Д. Все перечисленное.

72. При переломах основания черепа наблюдаются следующие симптомы поражения стриопаллидарной системы:

- А. Гиподинамия.
- Б. Гипомимия.
- В. Тремор в конечностях.
- Г. Изменение тонуса.
- Д. Все перечисленное.

73. Мезенцефало-бульбарная симптоматика при переломах основания черепа характеризуется:

- А. Двусторонними патологическими стопными знаками.
- Б. Нарушением ритма дыхания.
- В. Дискоординированными плавающими движениями глазных яблок.
- Г. Неустойчивостью АД
- Д. Все перечисленное.

74. К клиническим проявлениям перелома костей задней черепной ямки относятся:

- А. Ушная ликворея.
- Б. Локальная боль в области сосцевидного отростка.
- В. Головная боль оболочечного характера.
- Г. Атаксические расстройства.
- Д. Координаторные расстройства.

75. При кольцевидном переломе основания черепа наблюдается поражение:

- А. Языкоглоточного нерва.
- Б. Подъязычного нерва.
- В. Блуждающего нерва.

- Г. Добавочного нерва.
- Д. Языкоглоточного и подъязычного нервов.

76. К бульбарной симптоматике, которая может наблюдаться при переломе костей задней черепной ямки, относятся:

- А. Дисфагия.
- Б. Дизартрия.
- В. Дисфония.
- Г. Отсутствие глоточного рефлекса.
- Д. Все перечисленное.

77. При переломах основания черепа необходима госпитализация в:

- А. Терапевтическое отделение.
- Б. Неврологическое отделение.
- В. Нейрохирургическое отделение.
- Г. Травматологическое отделение.
- Д. Правильно В и Г.

78. Травматические субарахноидальные кровоизлияния чаще развиваются в результате:

- А. Ангионевротических изменений.
- Б. Ангиодистрофических изменений.
- В. Ангионекротических изменений.
- Г. Всех перечисленных.
- Д. Ни одно из перечисленных.

79. Возможны следующие виды травматических субарахноидальных кровоизлияний:

- А. Постконтузионные.
- Б. Кровоизлияния при повреждении сосудов мягкой мозговой оболочки.
- В. Кровоизлияния при повреждении сосудов мозга.
- Г. Кровоизлияния, обусловленные посттравматическими вторичными некротическими изменениями в сосудах.
- Д. Все перечисленное.

80. Клинические проявления при субарахноидальных кровоизлияниях выражаются:

- А. Головной болью гипертензионного характера.
- Б. Головной болью оболочечного характера.
- В. Головокружением.
- Г. Снижением зрения.
- Д. Болями в конечностях.

81. Причинами вегетативно-трофических нарушений при травме спинного мозга являются поражения:
- А. Задних рогов.
 - Б. Боковых рогов.
 - В. Эффекторных вегетативных волокон.
 - Г. Длинных волокон в боковых столбах.
 - Д. Верно Б и В.
82. Центральный парез мышц мочевого пузыря обусловлен поражением:
- А. Невронов в передних рогах спинного мозга.
 - Б. Надсегментарных пирамидных путей
 - В. Вегетативных нейронов в боковых рогах
 - Г. Невронов в задних рогах поясничного утолщения.
 - Д. Конуса спинного мозга
83. Стабильность позвоночника обеспечивает:
- А. Надостистые и межкостные связки.
 - Б. Тела позвонков и межпозвонковые диски.
 - В. Желтые связки.
 - Г. Сочленения суставных отростков.
 - Д. Все перечисленное.
84. Нестабильность позвоночника обычно не возникает:
- А. При полных вывихах.
 - Б. При переломах тела и ножек дуг позвонка.
 - В. При переломах остистых отростков.
 - Г. При переломо-вывихах.
 - Д. Правильно А и Г.
85. К особенностям неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника относятся перечисленные мероприятия, кроме:
- А. Адекватная вентиляция легких.
 - Б. Положение на спине при транспортировке.
 - В. Транспортная иммобилизация шеи.
 - Г. Противошоковые мероприятия
 - Д. Положение сидя для облегчения дыхания
86. Транспортную иммобилизацию шеи при переломах шейного отдела позвоночника целесообразно осуществлять с помощью:
- А. Петли Глиссона.
 - Б. Вытяжения за теменные бугорки.
 - В. Воротника Шанца.
 - Г. Вытяжения за скуловые дуги.
 - Д. Правильно А и Г.

87. Показаниями к трахеостомии при переломе шейного отдела позвоночника являются:

- А. Ухудшение дыхания за счет плегии диафрагмы.
- Б. Нарастающие расстройства дыхания.
- В. Регургитация.
- Г. Остановка дыхания.
- Д. Правильно все.

88. Расстройства мочеиспускания при острой травме спинного мозга выражаются:

- А. Задержкой мочи.
- Б. Недержанием мочи.
- В. Задержкой мочи, которая сменяется недержанием.
- Г. Недержанием мочи, которое сменяется задержкой.
- Д. Парадоксальным дыханием

89. Нарушения мочеиспускания при последствиях поражения спинного мозга на уровне первого поясничного позвонка проявляются:

- А. Истинным недержанием мочи.
- Б. Задержка мочи сменяется недержанием.
- В. Моча выделяется по мере накопления в мочевом пузыре.
- Г. Недержание мочи сменяется задержкой.

90. Нарушения мочеиспускания при последствиях поражения конуса спинного мозга характеризуются:

- А. Истинным недержанием мочи.
- Б. Задержка мочи сменяется недержанием.
- В. Парадоксальная ишурия.
- Г. Недержание мочи сменяется задержкой.
- Д. Правильно А и Г.

91. Седалищный нерв отходит от:

- А. Поясничного сплетения.
- Б. Крестцового сплетения.
- В. Оба принимают участие

92. Первичные стволы плечевого сплетения располагаются:

- А. Между передней и средней лестничными мышцами.
- Б. В толще средней лестничной мышцы.
- В. На передней лестничной мышце.

93. Характерные для каузалгии признаки:

- А. Преимущественно после огнестрельных ранений конечностей.

- Б. При частичном поражении нерва.
- В. Усиление боли при физическом и эмоциональном раздражении.
- Г. Гиперпатия на фоне гипалгезии.
- Д. Исчезновение боли после блокады симпатического узла.
- Е. Все правильно.

94. У больного с переломом костей конечностей и клиникой поражения нерва:

- А. Показан неотложный шов нерва.
- Б. Необходима репозиция отломков, консервативная терапия, в случае неэффективности - операция.

95. При тракционном повреждении плечевого сплетения в остром периоде показано:

- А. Консервативная терапия.
- Б. Операция.

96. Для профилактики рубцеобразования и невром после шва нерва показано:

- А. Укутывание области шва пластическими материалами.
- Б. Помещение области шва и нерва в новое ложе.
- В. Герметичное ушивание эпинеуря.
- Г. Верно сочетание В и А
- Д. Все бесполезно

97. У больного с ранением нерва и радиационной болезнью:

- А. Показан шов в остром периоде.
- Б. Шов нерва показан после ликвидации признаков лучевой болезни.

98. Сколько раз ликвор обновляется у детей за сутки?

- А. 1 раз.
- Б. 2 раза.
- В. 3 раза.
- Г. 4 раза.
- Д. 6 раз.

99. У больного жалобы на боли в области локтя с иррадиацией по ульнарному краю предплечья до мизинца и 4-го пальца, снижена чувствительность в зоне иннервации нерва. Что поражено?

- А. Передний рог на уровне С8.
- Б. Корешок С8 в межпозвонковом отверстии.
- В. Лучевой нерв на уровне локтевого сустава (борозды).

100. Больной жалуется на боли и слабость в кистях и стопах, неловкость при выполнении тонких движений, испытывает затруднения при ходьбе в

темноте. Объективно: вялый дистальный тетрапарез, гипестезия в виде носков и перчаток, расстроено суставно-мышечное чувство в пальцах кистей и стоп, сенситивная атаксия. Назовите синдром:

А. Синдром TABES DORSALIS.

Б. Полный полиневритический синдром.

В. Заднероговой синингомиелитический синдром.

Задачи:

1. Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При по-ступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Невроло-гически: сознание ясное, горизонтальный мелко-размашистый нистагм при взгляде в сто-роны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пира-мидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

2. Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (упал с лестницы, ударился головой о ступеньки, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове. Объективно: В теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 6x2 см, дном раны является неповрежденная надкостница. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелко-размашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центрально-му типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и ме-нингеальных знаков нет.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

4. Больной Ю., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 1,5 часа после травмы (получил удар топором по голове). При поступлении: сознание

угнетено до сопора, адек-ватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, лег-кий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками. В левой теменной области имеется рубленая рана размерами 8x1 см, из которой поступает кровь с примесью ликвора.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

5. Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (ав-тодорожная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы 1, движения в конеч-ностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому кон-такту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемоли-кворея.

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

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

Решение: Сформулируйте предварительный диагноз.

План обследования.

Тактика лечения.

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ по нейрохирургии

1. Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга.

Рентгенография черепа, люмбальная пункция.

Лечение консервативное.

2. Открытая травма черепа с наличием кожно-апоневротической раны теменной области, сотрясение головного мозга.

Рентгенография черепа, люмбальная пункция.

Первичная хирургическая обработка раны, консервативное лечение.

3. Закрытая травма черепа с переломом левой теменной кости, ушиб головного мозга, суб-арахноидальная геморрагия.

Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).

Лечение консервативное.

4. Открытая проникающая травма черепа, вдавленный перелом левой теменной кости, ушиб головного мозга.

Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.

Операция – ПХО вдавленного перелома.

5. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в передней че-репной ямке, назоликворрея, ушиб головного мозга.

Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).

Лечение консервативное.

6. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в средней череп-ной ямке, отоликворрея, ушиб головного мозга.

Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ).

Лечение консервативное.

7. Закрытая травма черепа со сдавлением головного мозга острой внутричерепной гематомой справа.

Рентгенография черепа, ЭхоЭС, компьютерная томография головного мозга.
Лечение хирургическое - резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.

8. Спонтанная субарахноидальная геморрагия.

Компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция.
Лечение консервативное.

9. Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, сдавление головного мозга острой внутримозговой гематомой.

Компьютерная томография головного мозга.
Лечение хирургическое резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.

10. Постинфекционный абсцесс головного мозга.

Компьютерная томография головного мозга.

Лечение хирургическое - трепанация черепа, удаление и дренирование абсцесса.