



**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.В.01 (П) «Нейротравматология»
Специальность 31.08.56 Нейрохирургия
(программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)
Кафедра медицинской профилактики и реабилитации
Год обучения: 1,2
Семестр: 1,3
Вид практики: производственная
Способ проведения практики: стационарная, выездная
Форма проведения практики: дискретная
Зачетные единицы 12
Форма контроля (зачет) 3 семестр
Всего: 432 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.
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

- 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;

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 раз- дела практики	Место прохож- дения практи- ки	Продолжительность циклов		Формируемые компетенции	Форма контроля
			ЗЕТ	Часы		
Первый год обучения						
Первый семестр						
1	Вариативная часть / Отделение нейрохи- рургии	«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.

Основопологающие 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.

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 предварительного диагноза; составление плана обследования.
3. Определение необходимости госпитализации больного с нейрохирургической патологией 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;
 - выписка необходимых средств, для амбулаторного лечения;
7. Заполнение первичной документации при первичном выявлении инфекционного больного.
8. Оформление направления на стационарное лечение больного с инфекционным заболеванием или подозрением на него.
9. Оформление экстренного извещения на инфекционного больного.
10. Назначение методов лабораторной диагностики для подтверждения или исключения нейрохирургических заболеваний у больного.
11. Оценка полученных результатов специальных методов исследований:

12.	Труфанов Г.Е., Рамешвили Т.Е. Лучевая диагностика травм головы и позвоночника, руководство для врачей: ЭЛБИ-СПб, 2006г., ISBN:5-93979-143-3	3	0
13.	Медик, В.А., Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник.-2-е изд., испр. и доп.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012	-	50 экз
14.	Медик В.А., Лисицин В.И., Токмачев М.С. Общественное здоровье и здравоохранение. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 400с	-	50 экз.
	Дополнительная литература		экз
15.	Басков А.В. Техника и принципы хирургического лечения заболеваний и повреждений позвоночника. М. ГЭОТАР-Медиа, 2007.	1	0
16.	Практика спинальной хирургии в условиях частной клиники. И. А. Борщенко, В. В. Лялина, Практика, 2014 г.- 172 стр.	1	0
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.: Триадa-X, 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.	Терновой, С.К., Сеницын, 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

- 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

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. 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 эпилептического приступа
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

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

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

- 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 припа-
янную
функциональную 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, проявляю-
щих 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

- 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. Ангioneвротических изменений.
 - Б. Ангидистрофических изменений.
 - В. Ангioneкротических 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.

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:

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, чувствительная 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 поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокоразмашистый 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, временно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове. Объективно: В теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 6х2 см, дном раны является неповрежденная надкостница. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных 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 правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками, выраженный менингеальный синдром. На рентгенограммах черепа определяется линейный перелом левой теменной кости. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено. При лумбальной 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, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками. В левой теменной области име-

бальная 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 геморагия. 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.

ется рубленая рана размерами 8х1 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 конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому контакту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемаликворея. 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, движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы повышены справа, выраженный менингеальный синдром, двусторонние патологические стопные знаки, периферический паралич левого лицевого нерва. Объективно: подапоневротическая гематома затылочной области, отогемаликворея 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, люм-

- 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 эпинеурия.
- 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.

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

- 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:

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:

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 обонятельной 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 приступа

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 гиподинамики
- В. Нарушение психики
- Г. Бронхоспазм

- 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 невринах 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 невринах 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. 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, трапезиевидное 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

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

7. Фонд оценочных средств по дисциплине

Тестовые задания:

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

биохимических;
серологических;
бактериологических исследований.

**4. Учебно-методическое и информационное обеспечение
дисциплины**

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

тация 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. Долеживание 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.

- методами проведения противозидемических 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 противозидемических мероприятий в очаге нейрохирургических заболеваний;
- методами информации эпидслужбы и вышестоящих организаций об эпидситуации (КЭС, информация по телефону и т.д.).

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;

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