

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"



Нейрохирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Кардиологии	
Учебный план	о310842-Неврол-21-1.plx Специальность: Неврология	
Квалификация	Врач-невролог	
Форма обучения	очная	
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах:
в том числе:		зачеты 1
аудиторные занятия	32	
самостоятельная работа	40	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	16			
Неделя	уп	рп	уп	рп
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	28	28	28	28
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):
к.м.н., доцент, Смертина Л.П.



Рабочая программа дисциплины
Нейрохирургия

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1084)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Неврология

утвержденного учёным советом вуза от 17.06.2021 протокол № 6.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Кардиологии

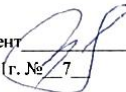
Протокол от 26__04__2021__ г. №__6__

Зав. кафедрой к.м.н. доцент Урванцева И. А. _____



Председатель УМС к.м.н., доцент _____ Лопаткая Ж.Н.

Протокол от __21__05__2020__г. №__7__



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовка квалифицированного врача-специалиста невролога, обладающего системой обще-культурных и профессиональных компетенций, готового для самостоятельной профессиональной деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи; а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях нервной системы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Государственная итоговая аттестация
2.2.2	Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
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 неврологической медицинской помощи	
--	--

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном	
В результате освоения дисциплины обучающийся должен	

3.1	Знать:
3.1.1	– организацию работы неотложной неврологической помощи;
3.1.2	– международную классификацию болезней;
3.1.3	– анатомию и физиологию человека;
3.1.4	– общую патологию;
3.1.5	– клиническую лабораторную диагностику;
3.1.6	– анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
3.1.7	– нормальную и патологическую физиологию центральной и периферической нервной системы;
3.1.8	– этиологию и патогенез заболеваний нервной системы;
3.1.9	– классификации болезней нервной системы;
3.1.10	– современные методы обследования неврологического больного;
3.1.11	– современные методы лечения в неврологии;
3.1.12	– показания и противопоказания к нейрохирургическому лечению, применению физиотерапии и лечебной физкультуры, санаторно-курортному лечению при заболеваниях нервной системы;
3.1.13	– основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике;
3.1.14	– основные принципы неотложной терапии нервных болезней;
3.1.15	– основы клинической фармакологии и нейрофармакологию;
3.1.16	– экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы.
3.1.17	– организацию диспансеризации неврологических больных, анализ ее эффективности;

3.1.18	– профилактику неврологических заболеваний и сан - просветительную работу;
3.2 Уметь:	
3.2.1	<input type="checkbox"/> получить анамнестическую информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания, установить топический диагноз и неврологический синдром;
3.2.2	<input type="checkbox"/> определить необходимость применения тех или иных методов клинического и инструментального обследования;
3.2.3	<input type="checkbox"/> оценить результаты клинических и биохимических показателей, данные рентгеноскопии и рентгенографии, нейровизуализации, ЭКГ, эхографии как способов диагностики патологических процессов и их активности;
3.2.4	<input type="checkbox"/> установить диагноз и провести дифференциальный диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10, с выделением основного заболевания или синдрома, сопутствующих заболеваний и осложнений;
3.2.5	<input type="checkbox"/> назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стандартами оказания неврологической помощи;
3.2.6	<input type="checkbox"/> оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению возможных и лечению развившихся осложнений заболевания;
3.2.7	<input type="checkbox"/> определить показания для консультации других специалистов, консилиума специалистов;
3.2.8	<input type="checkbox"/> владеть методами обезболивания, уметь купировать острые болевые синдромы различного генеза;
3.2.9	<input type="checkbox"/> оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость реанимационных мероприятий;
3.2.10	<input type="checkbox"/> провести комплекс реанимационных мероприятий при клинической смерти и терминальных
3.2.11	<input type="checkbox"/> оказать срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности, острой дыхательной недостаточности, острых интоксикациях, термических и электротравмах;
3.2.12	<input type="checkbox"/> дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования;
3.2.13	оценить результаты рентгенологического исследования черепа и позвоночника, церебральной ангиографии, электроэнцефалографии, ультразвуковых методов исследования, электромиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также картины глазного дна и исследования полей
3.2.14	<input type="checkbox"/> оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.3 Владеть:	
3.3.1	– неврологического осмотра;
3.3.2	– люмбальной пункции;
3.3.3	– проведения лечебных блокад, в том числе паравerteбральных, блокады триггерных точек;
3.3.4	– остановки наружного кровотечения;
3.3.5	– фиксации позвоночника и конечностей при травмах и переломах;
3.3.6	– проведения реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких) на догоспитальном этапе;
3.3.7	– промывания желудка через зонд;
3.3.8	– измерения АД;
3.3.9	– работы на персональном компьютере;
3.3.10	– проведения эхоэнцефалоскопии.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1.						
1.1	Организация и обеспечение нейрохирургических операций /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	У	

1.2	Нейрохирургическое лечение патологии по-звоночника и спинного мозга /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	
1.3	Организация и обеспечение нейрохирургических операций /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос
1.4	Нейрохирургическая техника /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос, тестовый контроль
1.5	Нейрохирургическое лечение патологии по-звоночника и спинного мозга /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач
1.6	Нейрохирургическое лечение сосудистой патологии /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач
1.7	Гидроцефалия, пороки развития головного мозга и черепа /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач
1.8	Гнойно-воспалительные и паразитарные поражения ЦНС /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач
1.9	Функциональная нейрохирургия /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Устный опрос, тестовый контроль
1.10	Организация и обеспечение нейрохирургических операций /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация

1.11	Нейрохирургическая техника /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация
1.12	Нейрохирургическое лечение патологии по-звоночника и спинного мозга /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация
1.13	Нейрохирургическое лечение сосудистой патологии /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация
1.14	Гидроцефалия, пороки развития головного мозга и черепа /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация
1.15	Гнойно-воспалительные и паразитарные поражения ЦНС /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация
1.16	Функциональная нейрохирургия /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Реферат или презентация
1.17	Контрольная работа	1	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3	0	Презентация клинического случая
1.18	Зачёт /Ср/	1	4		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.3 Л2.4Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	Устный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены в приложении 1

5.2. Темы письменных работ

Представлены в приложении 1

5.3. Фонд оценочных средств
Представлены в приложении 1
5.4. Перечень видов оценочных средств
Текущий контроль: Устный опрос, решение ситуационных задач, тестовый контроль, защита реферата или презентации Контрольная работа: Презентация клинического случая Промежуточный контроль: Устный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-
Л1.1	Ходос Х.-Б. Г.	Нервные болезни: руководство для врачей	Москва: Медицинское информационное агентство, 2013	29

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-
Л1.2	Никифоров А.С., Гусев Е.И.	Общая неврология	Moscow: ГЭОТАР- Медиа, 2007, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970405154.html?SSr=4901343eff182dfd379e558	1
Л1.3	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	Неврология и нейрохирургия. Т. 1	Moscow: ГЭОТАР- Медиа, 2015, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426043.html?SSr=5301343eff180977736c558	1
Л1.4	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	Неврология и нейрохирургия. Т. 2	Moscow: ГЭОТАР- Медиа, 2015, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426050.html?SSr=5701343eff1838989561558	1

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-
Л2.1	Триумфов А. В.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы:	М.: МЕДпресс, 1998	12
Л2.2	Кохен М. Э, Даффнер П. К.	Детская неврология: [руководство]	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010	16
Л2.3	Смертина Л. П.	Частная неврология: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2010 https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/95650/info	35
Л2.4	Авдейко В. М., Одинак М. М.	Топическая диагностика заболеваний и травм нервной системы: учебное пособие для студентов медицинских вузов	Москва: Медицинское информационное агентство, 2010	15

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-
Л3.1	Смертина Л. П.	Принципы поликлинической реабилитации при заболеваниях нервной системы: Методические	Сургут: Изд-во СурГУ, 2001	15
Л3.2	Смертина Л. П.	Неврологические осложнения остеохондроза: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2014 https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111325/info	176

ЛЗ.3	Смертина Л. П., Богданов А. Н.	Хронические нейроинфекции: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015 https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/2383 Смертина Л П Богданов А Н Хрони ческие нейроинфекции/info	59
------	-----------------------------------	---	--	----

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронная библиотека РНБ: фонд авторефератов диссертаций
Э2	Научная электронная библиотека «КиберЛенинка»
Э3	ВИНИТИ
6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	http://www.garant.ru Информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	http://www.consultant.ru Справочно-правовая система Консультант Плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	1. Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультации, текущего контроля и
7.2	- типовой учебной мебелью
7.3	- стационарной учебной доской для мела
7.4	- табличным фондом
7.5	- Ноутбук
7.6	- Медиапроектор
7.7	- Стационарный экран
7.8	2. БУ-ХМАО-СОКБ
7.9	- Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе
7.10	связанные с медицинскими вмешательствами
7.11	- медицинскими изделиями(тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские ве-сы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профи-лактических и лечебных мероприятий, негатоскоп, камертон, молоточек неврологический)
7.12	- Универсальный передвижной палатный рентге-новский аппарат
7.13	- Высокоскоростной сканирующий томограф
7.14	- Мультисрезовой рентгеновский компьютерный томограф
7.15	- Томограф магнитный резонансный (МРТ)
7.16	- Передвижной рентгенодиагностический ком-плекс
7.17	- Электроэнцефалограф-анализатор
7.18	- Электромиограф
7.19	3. Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фан-томной и симуляционной техникой, лабораторными инстру-ментами и расходными материалами.

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по УМР

Е.В. Коновалова

« 26 » 04 2021 г.



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

Нейрохирургия

Специальность:

31.08.42 Неврология

(наименование специальности с цифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - невролог

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры кардиологии
« 26 » 04 2021 года, протокол № 6

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент И.А. Урванцева

(ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.)

Сургут, 2021 г.

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция <ПК5>

< готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем >		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> – международную классификацию болезней; – распространенность, смертность от неврологических заболеваний среди населения. значение этих показателей в оценке состояния здоровья населения; – медицинскую статистику, учет и анализ основных показателей здоровья населения; – анатомию и физиологию человека; – общую патологию; – клиническую лабораторную диагностику; – анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы; – нормальную и патологическую физиологию центральной и периферической нервной системы; – этиологию и патогенез заболеваний нервной системы 	<ul style="list-style-type: none"> – определить необходимость применения тех или иных методов клинического и инструментального обследования; – оценить результаты клинических и биохимических показателей, данные рентгеноскопии и рентгенографии, нейровизуализации, ЭКГ, эхографии как способов диагностики патологических процессов и их активности; – установить диагноз и провести дифференциальный диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10, с выделением основного заболевания или синдрома, сопутствующих заболеваний и осложнений; 	<p>методами неврологического осмотра; люмбальной пункции; проведения лечебных блокад, в том числе паравертебральных, блокады триггерных точек; остановки наружного кровотечения; фиксации позвоночника и конечностей при травмах и переломах; проведения реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких) на догоспитальном этапе, промывания желудка через зонд; измерения АД; работы на персональном компьютере; проведения эхоэнцефалоскопии.</p>

Компетенция <ПК6>

< готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи >		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> – классификации болезней нервной системы; – современные методы обследования 	<ul style="list-style-type: none"> – назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стандартами 	<p>методами неврологического осмотра; люмбальной пункции; проведения</p>

<p>неврологического больного;</p> <ul style="list-style-type: none"> – современные методы лечения в неврологии; – основные принципы неотложной терапии нервных болезней; – основы клинической фармакологии и нейрофармакологию; – экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы. – клинику, лабораторную, функциональную, инструментальную диагностику, терапию смежных заболеваний: сердечно-сосудистых, эндокринных; болезней крови; васкулитов и диффузных заболеваний соединительной ткани, болезней мочеполовой системы и печени, лор-органов; – перинатальную патологию нервной системы и неврологические заболевания детского возраста. 	<p>оказания неврологической помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению возможных и лечению развившихся осложнений заболевания; – определить показания для консультации других специалистов, консилиума специалистов; – организовать изоляцию больных с карантинными заболеваниями и противоэпидемические мероприятия; – владеть методами обезболивания, уметь купировать острые болевые синдромы различного генеза; – оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость реанимационных мероприятий; – провести комплекс реанимационных мероприятий при клинической смерти и терминальных состояниях; – оказать срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности, острой дыхательной недостаточности, острых интоксикациях, термических и электротравмах; – провести анализ неврологической заболеваемости на обслуживаемом участке (отделении, поликлинике, МСЧ, районе, регионе), определить задачи по улучшению неврологической ситуации, решить вопросы прогноза; – определить срок временной потери 	<p>лечебных блокад, в том числе паравертебральных, блокады триггерных точек; остановки наружного кровотечения; фиксации позвоночника и конечностей при травмах и переломах; проведения реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких) на догоспитальном этапе, промывания желудка через зонд; измерения АД; работы на персональном компьютере; проведения эхоэнцефалоскопии.</p>
---	--	--

	<p>трудоспособности и направления на КЭК, установить показания для направления на МСЭК;</p> <ul style="list-style-type: none"> – дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования; оценить результаты рентгенологического исследования черепа и позвоночника, церебральной ангиографии, электроэнцефалографии, ультразвуковых методов исследования, электромиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения; – оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; – организовать работу среднего медицинского персонала; – установить диагноз и провести лечение при заболеваниях 	
--	--	--

Компетенция <ПК8>

< готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении >

Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> – показания и противопоказания к нейрохирургическому лечению, применению физиотерапии и лечебной физкультуры, санаторно-курортному лечению при заболеваниях нервной системы; – основы рационального питания и 	<ul style="list-style-type: none"> – назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стандартами оказания неврологической помощи; – оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению возможных и лечению развившихся осложнений заболевания; 	<p>методами неврологического осмотра; люмбальной пункции; проведения лечебных блокад, в том числе паравerteбральных, блокады триггерных точек; остановки наружного кровотечения; фиксации позвоночника и конечностей при травмах и переломах; проведения реанимационных</p>

принципы диетотерапии неврологической клинике	в	мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких) на догоспитальном этапе, промывания желудка через зонд; измерения АД; работы на персональном компьютере; проведения эхоэнцефалоскопии.
--	---	--

Этап: Проведение текущей и промежуточной аттестации

Результаты текущего и промежуточного контроля знаний оцениваются по четырех балльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	-патологические состояния, симптомы, синдромы заболевания, нозологические форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5); - тактику ведения и лечения пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии (МК-6); - как применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (МК-8);	Отлично	Раскрывает полное содержание теоретических основ предмета. Хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на все предложенные вопросы
		Хорошо	Демонстрирует знание по предмету трансфузиология. Допускает незначительные неточности.
		Удовлетворительно	Допускает значительные неточности. Слабо владеет материалом
		Неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать ответ на поставленный вопрос или неправильно отвечает. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Умеет	-определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5); - вести и лечить	Отлично	Обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
		Хорошо	Обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
		Удовлетворительно	Обучающийся ориентирован

	<p>пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии (ПК-6);</p> <p>- применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p>	но	в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
		Неудовлетворительно	Обучающийся не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Владеет	<p>-готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p> <p>- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в трансфузионной терапии (ПК-6);</p> <p>-готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p>	Отлично	Ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.
		Хорошо	Ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.
		Удовлетворительно	Обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.
		Неудовлетворительно	Обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

1. Этап проведение текущей аттестации:

модуль № 1.1 , 1.3 , 1.10 «Организация и обеспечение нейрохирургических операций»

Список вопросов для устного опроса модуль №1.3

1. Виды нейрохирургических операций. Основа техники их выполнения.
2. Обеспечение нейрохирургических операционных и отделений
3. Структура нейрохирургического отделения
4. Распределение ресурсов отделения
5. Развитие нейрохирургической службы в России
6. Абсолютные и относительные противопоказания к нейрохирургической операции
7. Показания к экстренной и плановой нейрохирургической операции

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.10 для самостоятельной работы ординатора

1. Система КВОТ в нейрохирургии и их распределение.
2. История развития нейрохирургии
3. Система нейрохирургической помощи в вашем регионе

модуль № 1.2 , 1.5 , 1.12 «Нейрохирургическое лечение патологии позвоночника и спинного мозга»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.5

1. Кровоснабжение спинного мозга.
2. Патогенез неврологических расстройств при позвоночно-спинальной травме.
3. Биомеханика неврологических расстройств при позвоночно-спинальной травме.
4. Клиника, диагностика и лечение сотрясения спинного мозга повреждения корешков конского хвоста.
5. Клиника, диагностика и лечение ушиба спинного мозга
6. Клиника, диагностика и лечение травматической гематомииелии спинного мозга.
7. Клиника, диагностика и лечение повреждения корешков конского хвоста.
8. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга.
9. Недифференцированное медикаментозное лечение позвоночно-спинальной травмы.
10. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
11. Нейрохирургические доступы при операциях на позвоночнике и спинном мозге

Список тестовых заданий к модулю № 1.5

1. Крестцовое нервное сплетение формируются за счет корешков
 - а) L5 - S5
 - б) S1 - S5
 - в) L3 - S5
 - г) L4 - S3
 - д) L4 - S5

2. Клинические симптомы нижнего уровня очага поражения спинного мозга включают
 - а) сегментарные расстройства чувствительности
 - б) проводниковые расстройства чувствительности
 - в) уровень трофических расстройств
 - г) выявление защитных рефлексов
 - д) ни одно из перечисленного

3. При хирургическом лечении опухолей спинного мозга использование микрохирургических инструментов позволяет
 - а) уточнить отношение опухоли спинного мозга к его сосудам
 - б) снизить травматизм операции
 - в) предупредить продолженный рост опухоли
 - г) увеличить радикализм операции
 - д) все перечисленное

4. Клиника опухолей грудного отдела спинного мозга исключает
 - а) синдром Горнера
 - б) синдром Броун-Секара
 - в) синдром Эльсберг-Дайка
 - г) трофические расстройства в руках
 - д) боли в области сердца

5. Интенсивная терапия после удаления опухолей спинного мозга проводится чаще всего у больных
 - а) с нижнегрудной локализацией неврином
 - б) при верхнешейной локализации менингиом
 - в) при интрамедуллярных опухолях области шейного утолщения
 - г) при интрамедуллярных опухолях поясничного утолщения
 - д) всех перечисленных локализациях

6. Опухоли спинного мозга высокой шейной локализации сопровождаются следующей клиникой
 - а) боли в руках
 - б) боли в шейно-затылочной области
 - в) спонтанный нистагм
 - г) проводниковые расстройства
 - д) все верно

7. Использование ультразвуковых инструментов наиболее целесообразно при удалении следующих опухолей спинного мозга
 - а) менингиом
 - б) неврином
 - в) холестеатом

- г) глиом
 - д) метастический опухолей
8. Опухоли спинного мозга дорзальной локализации вызывают
- а) преимущественно чувствительные расстройства
 - б) преимущественно двигательные расстройства
 - в) атактические расстройства
 - г) симптом Клод Бернара-Горнера
 - д) ни одно из перечисленного
9. Показаниями к хирургическому лечению экстремедуллярных опухолей являются
- а) наличие опухоли спинного мозга как таковой
 - б) симптом Броун-Секара
 - в) корешковый болевой синдром
 - г) атрофия мышц ноги
 - д) все перечисленное
10. В раннем послеоперационном периоде у больных после удаления опухолей конского хвоста наблюдаются
- а) боли в ноге
 - б) боли в месте операции
 - в) задержка мочи
 - г) недержание мочи
 - д) все перечисленное

Список задач к модулю № 1.5

1. Пострадавший нырнул на мелководье, ударившись головой о дно. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в руках и ногах. Нарушилась чувствительность с уровня надплечий. Решение: Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего? Способы транспортировки. План обследования.
2. Пострадавший упал с высоты 2 этажа на ноги. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в ногах. Руки интактны. Чувствительность нарушилась с уровня паховых складок. Решение: Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего? Способы транспортировки. План обследования.
3. Пострадавший получил удар острым предметом на уровне грудного отдела позвоночника. После травмы отмечается истечение ликвора из раны. Решение: К какому виду травмы относится данное повреждение позвоночника и спинного мозга? Объективные методы обследования. Тактика лечения.

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.12 для самостоятельной работы ординатора

- 1. Анатомия спинного мозга и позвоночника.
- 2. Механизм движения позвонков, честа прикрепления мышц.
- 3. Радикулопатия, классификация, диагностика, методы лечения в рамках нейрохирургии.
- 4. Возрастные изменения позвоночника и спинного мозга.
- 5. Крепёжные и стабилизирующие системы в нейрохирургии

модуль № 1.4 , 1.11 «Нейрохирургическая техника»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.4

1. Люмбальная пункция. Показания. Техника выполнения.
2. Перечислите травматические факторы, приводящие к сдавлению головного мозга.
3. КТ. Показания для её использования.
4. МРТ. Показания для её использования.
5. Классификация нейрохирургических операций
6. Основные нейрохирургические доступы при операциях в полости черепа
7. Основные нейрохирургические доступы при операциях на позвоночнике и спинном мозге.
8. Основные нейрохирургические доступы при операциях на периферической нервной системе
9. Метод стереотаксиса, его использование, аппаратура, способы наложения.
10. Методы нейровизуализации и контроля хода операции в нейрохирургии.
11. Деление на плановую и экстренную нейрохирургию. Их основные задачи.

Список тестовых заданий к модулю № 1.4

1. Кожный разрез при хирургическом лечении опухоли хиазмально-селлярной области производится
 - а) по Зутеру
 - б) по краю волосистой части головы с одной стороны
 - в) по краю волосистой части головы с двух сторон
 - г) в лобно-височной области
 - д) ни один из перечисленных не применяется
2. Показаниями к вентрикуло-цистернальному анастомозу являются
 - а) неоперабельная опухоль IV желудочка
 - б) неоперабельная опухоль мозжечка
 - в) воспалительный стеноз сильвиева водопровода
 - г) медуллобластомы
 - д) все перечисленное
3. Дислокационный синдром при опухолях височной доли характеризуется
 - а) нарушением зрачковых реакций
 - б) нарушением сердечной деятельности
 - в) синдромом Парино
 - г) вертикальным нистагмом
 - д) всем перечисленным
4. Поражение лучевого нерва на предплечье характеризуется
 - а) симптомом "обезьяньей лапы"
 - б) симптомом "птичьей лапы"
 - в) параличом аддуктора большого пальца
 - г) болевым синдромом
 - д) гипестезией лучевой поверхности тыла кисти
5. Оптимальное соотношение линейного разреза кожи и апоневроза по отношению к диаметру трепанационного окна:
 - а) 1,5:1

- б) 1:1
 - в) 2:1
 - г) 2:1,5
 - д) 1:3
6. Мягкие покровы свода черепа состоят
- а) из трех слоев
 - б) из пяти слоев
 - в) из шести слоев
 - г) из восьми слоев
7. Точка вкола иглы для проведения блокады плечевого нервного сплетения по Куленкамифу располагается
- а) над грудинно-ключичным сочленением
 - б) под акромиальным отростком лопатки
 - в) под ключицей
 - г) над ключицей
 - д) все неверно
8. 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
 - д) на 3 см в сторону от наружного затылочного бугра
9. Для пункции переднего рога бокового желудочка необходимо ориентироваться
- а) 2 см впереди от коронарного шва и 2 см в сторону от сагиттального синуса
 - б) 2 см в сторону от сагиттального синуса 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
10. Резекционная трепанация показана
- а) при переломе основания черепа
 - б) при выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме
 - в) при внутримозговой гематоме
 - г) при подострой субдуральной гематоме
 - д) при подострой эпидуральной гематоме

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.11 для самостоятельной работы ординатора

1. Виды лечения при опухолях головного мозга.
2. Техника выполнения трепанации черепа. Методы ее выполнения. Инструментарий.
3. Инструментарий хирурга в нейрохирургии
4. История развития нейрохирургического оборудования и инструментария.
5. Устройство нейрохирургической операционной
6. Нейрохирургические узлы.

модуль № 1.6, 1.13 «Нейрохирургическое лечение сосудистой патологии»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.6

1. Кровоснабжение головного мозга. Источники, регуляция, компенсация.
2. Сроки выполнения нейрохирургических операций и их виды при ишемическом инсульте.
3. Бассейны кровообращения головного мозга.
4. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
5. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
6. Этиология, патогенез, классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
7. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов внутренней сонной, передней и средней мозговой, позвоночно-основной артерий, диагностика, лечение и профилактика.
8. Техника выполнения и подготовка, при выполнении эндоваскулярной эмболизации при ишемическом инсульте
9. Нарушения спинального кровообращения. Лечение спинальных сосудистых мальформаций (радиохирургия, открытая хирургия), показания. Основной метод диагностики – селективная ангиография.
10. Внутрижелудочковые кровоизлияния.
11. Артериальные аневризмы (разорвавшиеся и неразорвавшиеся).
12. Артерио-венозные мальформации головного и спинного мозга;
13. Кавернозные ангиомы головного и спинного мозга;
14. Каротидно-кавернозные соустья.
15. Кавернома/кавернозная гемангиома.
16. Компрессионный синдром сосудов.

Тестовые задания к модулю №1.6

01. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является
 - а)альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
 - б)альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
 - в)альтернирующий оптикопирамидный синдром
 - г)сенсорная афазия
 - д)все перечисленное
02. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие
 - а)классических альтернирующих синдромов
 - б)глазодвигательных расстройств
 - в)двигательных и чувствительных нарушений
 - г)"пятнистости" поражения ствола по длиннику
 - д)вестибуломозжечковых нарушений

03. К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится
- а) нарушение психики
 - б) преобладание пареза в руке
 - в) хватательный рефлекс
 - г) моторная афазия
 - д) апраксия левой руки
04. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие
- а) апраксии левой руки
 - б) левосторонней гемианопсии
 - в) левосторонней гемиплегии
 - г) анозогнозии
05. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- а) гомонимной гемианопсии
 - б) битемпоральной гемианопсии
 - в) биназальной гемианопсии
 - г) концентрического сужения полей зрения
06. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медулярный синдром) возникает при закупорке
- а) коротких циркулярных артерий моста
 - б) длинных циркулярных артерий моста
 - в) парамедианных артерий моста
 - г) нижней передней артерии мозжечка
 - д) нижней задней артерии мозжечка
07. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения не относятся рецепторы
- а) синокаротидной зоны
 - б) магистральных и мозговых сосудов
 - в) вазомоторных центров ствола
 - г) симпатических узлов на шее
 - д) гипоталамуса
08. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства
- а) притока крови по артериям мозга
 - б) кровотока в системе микроциркуляции
 - в) оттока по интракраниальным венам
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
09. Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения
- а) катехоламины
 - б) пептиды
 - в) липопротеины
 - г) простагландины
10. Где чаще локализуется кровоизлияние в мозг
- а. Большие полушария

- б. Ствол
- в. Мозжечок

Задачи к модулю №1.6

1. Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемипаносию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

2. 55ти летний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм. рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

3. Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации?
- 6) Возможные осложнения и исходы заболевания?

4. Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически:

сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексы D>S, симптом Бабинского справа.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?

5. На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

6. Мужчина 54х лет, работает преподавателем в ВУЗе, вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правом глазу, и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексы S>=D, другой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 6) Составьте план профилактических мероприятий.
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.13 для самостоятельной работы ординатора

1. Нарушение венозного кровообращения головного мозга
2. Стереотаксические вмешательства. Пункционная аспирация внутримозговых и внутрижелудочковых гематом с использованием нейронавигации.
3. Эндovasкулярное вмешательство с применением адгезивных клеевых композиций и микроэмболов.
4. Стенозы прецеребральных сосудов (внутренней сонной артерии)

модуль № 1.7, 1.14. «Гидроцефалия, пороки развития головного мозга у детей»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.7

1. Физиологическая роль ликвора, механизмы его образования и всасывания. Состав ликвора в норме. Основные ликворологические синдромы. Пробы на проходимость ликворных путей.
2. Техника люмбальной пункции. Показания и противопоказания к ее проведению.
3. Церебральная ангиография. Инвазивная и неинвазивная. Принципы, методы, диагностическая информативность. Показания
4. Гидроцефалия. Патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
5. Врожденная гидроцефалия. Причины, методы лечения, профилактика.
6. Консервативные и хирургические методы лечения гидроцефалии.
7. Техника выполнения постановки внутрижелудочковой помпы.
8. Врожденные патологии головного мозга.
9. Гипоксия плода. Патогенез, методы профилактики, последствия.
10. Пороки развития черепа. Классификация проявления.
11. Классификация мальформаций головного мозга
12. Мальформации вследствие аномальной глиальной и нейрональной пролиферации или апоптоза.
13. Мальформации вследствие аномальной наейрональной миграции.
14. Мальформации вследствие аномальной кортикальной организации.
15. Оперативное лечение пороков развития головного мозга и черепа. Сроки проведения.

Список тестовых заданий к модулю № 1.7

1. Ликвородинамическая проба Пуссепса вызывается
 - а) сдавлением шейных вен
 - б) давлением на переднюю брюшную стенку
 - в) наклоном головы вперед
 - г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
2. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие
 - а) лимфоцитарного плеоцитоза
 - б) увеличения содержания белка
 - в) увеличения содержания глюкозы и хлоридов
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
3. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
 - а) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен

- б) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
- в) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
- г) нарастанием неврологической симптоматики после пункции

4. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе

- а) Квеккенштедта
- б) Стукея
- в) Пуссепа
- г) верно б) и в)
- д) верно а) и в)

5. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается

- а) невринома III в I (отриатрической) стадии клинического течения
- б) невринома III во II (отоневрологической) стадии клинического течения
- в) опухоль височной доли
- г) опухоль лобной доли

6. На каком уровне нарушения развития возникают наиболее тяжелые пороки?

- а. Клеточном
- б. Тканевом
- в. Органном

7. Как называется черепно-мозговая грыжа, когда в грыжевом мешке находятся оболочки, ткань мозга и деформированные желудочки?

- а. Менингоцеле
- б. Энцефалоцеле
- в. Энцефалоцистоцеле

8. Как называется спинномозговая грыжа, когда в грыжевом мешке находятся оболочки, ткань мозга и деформированные корешки?

- а. Менингоцеле
- б. Менингоррадикулоцеле
- в. Миеломенингоррадикулоцеле
- г. Миелоцистоцеле
- д. Миелошизис

9. Ребенок 2 лет отстает в психомоторном развитии с рождения. Акушерский анамнез отягощен (затяжные роды, асфиксия). Беременность протекала нормально, УЗИ плода без патологии. Наследственность не отягощена. Мозговая часть черепа преобладает над лицевой. Окр. гол. 72 см., расхождение костей черепа, напряжение родничков. При перкуссии головы звук «треснувшего горшка». Парезов нет, сухожильные рефлексы оживлены. Спинномозговая жидкость: вытекает струей, белок – 0,099 г/л, цитоз – 10. На рентгенограмме признаки хронической внутричерепной гипертензии. Поставьте клинический диагноз:

- а. Опухоль головного мозга, гидроцефальный синдром
- б. Врожденная окклюзионная гидроцефалия
- в. Врожденный порок развития головного мозга, гидроцефалия
- г. Острый энцефалит, гидроцефальный синдром
- д. Перинатальная энцефалопатия, гидроцефальный синдром

е. Врожденная сообщающаяся водянка головного мозга

10. Ребенку 12 лет, эйфоричный, малоподвижный, безинициативный, не говорит, выполняет простые инструкции. Акушерский анамнез отягощен (в первом триместре мать перенесла коревую краснуху, преждевременные роды, легкая асфиксия). Наследственность не отягощена. Череп яйцевидной формы, лоб скошен. Лицевая часть черепа преобладает над мозговой. Окр. гол. 50 см. Определяется высокий порог стигматизации. Отстает в психомоторном развитии с рождения. Парезов нет, сухожильные рефлексы оживлены, мышечный тонус снижен. Порок сердца. На рентгенограмме черепа лицевая часть - преобладает над мозговой, швы обычные. Поставьте клинический диагноз:

- а Краниостеноз
- б. Врожденная окклюзионная гидроцефалия
- в. Врожденный порок развития головного мозга, микроцефалия
- г. Острый энцефалит, гидроцефальный синдром
- д. Перинатальная энцефалопатия, задержка психоречевого развития
- е. Минимальная церебральная дисфункция, задержка психоречевого развития

Задачи к модулю №1.8

1. У больного О., 12лет, окклюзионная гидроцефалия с равномерным расширением боковых и III желудочков мозга. На каком уровне может иметь место окклюзия ликворных путей у этого больного? Что значит «гидроцефальный отек мозга»?

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.14 для самостоятельной работы ординатора

1. Техника люмбальной пункции. Показания и противопоказания к ее проведению.
2. Причины и факторы риска пороков развития головного мозга и черепа.

модуль № 1.8, 1.15 «Гнойно-воспалительные и паразитарные поражения ЦНС» Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.8

1. Нейроинфекции. Энцефалиты: классификация, этиология, патоморфология. Синдром “энцефалита”.
2. Диагностический порядок и лечебно-диагностическая тактика при гнойно-воспалительных заболеваниях ЦНС
3. Диагностика и нейровизуализация паразитарных поражений ЦНС
4. Менингиты: этиология, классификация, патоморфология. Синдром “менингита”.
5. Гнойные менингиты: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
6. Туберкулезный менингит, туберкуломы: патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
7. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.

8. Гнойные инфекции ЦНС: острый эпидуральный спинальный абсцесс: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
9. Паразитарные поражения спинного мозга
10. Хирургическая тактика при гнойно-воспалительных и паразитарных заболеваниях ЦНС

Тестовые задания к модулю №1.8

01. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме
 - а) кортикостероидов
 - б) дезоксирибонуклеазы
 - в) трипсина
 - г) аскорбиновой кислоты
 - д) глицерина
02. Для вирусного двухволнового менингоэнцефалита не характерно наличие
 - а) лихорадки
 - б) атрофических спинальных параличей
 - в) плеоцитоза в ликворе
 - г) радикулоневрита
03. Характерными электроэнцефалографическими признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются
 - а) диффузное снижение вольтажа волн
 - б) появление d- и q-волн
 - в) наличие пиков (спайков) и острых волн
 - г) наличие асимметричных гигантских волн
 - д) наличие сонных веретен
04. Решающее значение в диагностике менингита имеет
 - а) острое начало заболевания с повышением температуры
 - б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
 - в) изменения спинномозговой жидкости
 - г) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
 - д) признаки застоя на глазном дне
05. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями
 - а) гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-менингит)
 - б) пневмококком
 - в) микобактерией туберкулеза
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
06. Наиболее эффективным антибиотиком при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является
 - а) бензилпенициллин
 - б) клиндамицин
 - в) эритромицин

г) гентамицин

- 07 Основными клиническими признаками цистицеркоза больших полушарий мозга являются
- а) выраженные застойные диски зрительных нервов
 - б) различного характера эпилептические припадки
 - в) подходящие психические расстройства
 - г) головокружения
 - д) верно все, кроме г)
- 08 Основные проявления однокамерной формы эхинококкоза включают
- а) галлюцинации
 - б) частые фокальные эпилептические припадки
 - в) симптомы интоксикации
 - г) различная степень выраженности застойных дисков
 - д) очаговые симптомы в зависимости от локализации
- 09 При однокамерном эхинококкозе головного мозга, техника оперативного вмешательства предусматривает
- а) адекватный доступ
 - б) вскрытие твердой мозговой оболочки
 - в) уточнение расположения эхинококка
 - г) тотальное удаление пузыря
 - д) гемостаз
- 10 Возможными клиническими симптомами рассеянного пузырьчатого эхинококкоза являются
- а) ранние изменения на глазном дне
 - б) галлюцинации
 - в) многоочаговое поражение ЦНС
 - г) общая интоксикация
 - д) все перечисленное

Задачи к модулю №1.8

1. Во время эпидемии гриппа, к 48 летнему мужчине была вызвана скорая помощь. Жена рассказала, что заболел остро, температура поднялась до 39С, беспокоила сильная головная боль, рвота. Постепенно стал сонлив, перестал отвечать на вопросы, жена рассказала, что были судороги. Из анамнеза известно, что неделю назад вернулся из командировки с Дальнего Востока. При объективном осмотре врач выявил: лицо гиперемировано, ЧСС – 110 в мин., на теле – геморрагическая сыпь. При неврологическом осмотре: сознание спутано, левосторонний центральный гемипарез, ригидность мышц шеи, верхний симптом Брудзинского положительный.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?

5) Предложите дополнительные методы обследования

6) Предложите план лечения.

7) Возможные исходы заболевания?

2. 3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предварительный клинический диагноз?

3) Предложите дополнительные методы обследования.

4) Предложите план лечения.

5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.

6) Возможные исходы заболевания?

3. Студент 5 курса медицинского ВУЗа, через 14 дней после окончания цикла инфекционных болезней, заболел эпидемическим паротитом. На фоне высокой температуры, через 3 дня после припухания желез, появилась интенсивная головная боль, сопровождающаяся рвотой. В связи с ухудшением состояния повторно вызвал участкового врача. При осмотре выявлены положительные менингеальные симптомы.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предварительный клинический диагноз?

3) Предложите дополнительные методы обследования.

4) Предложите план лечения.

5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.

6) Существуют ли меры первичной профилактики?

7) Возможные исходы заболевания?

4. У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предварительный клинический диагноз?

3) Предложите дополнительные методы обследования.

4) Предложите план лечения.

5) Предположите возможный источник заражения.

6) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.

7) Возможные исходы заболевания?

5. Женщина 39 лет, проживающая в Санкт-Петербурге, доставлена в больницу в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что две недели назад была с друзьями в походе, жили в палатке. При поступлении: жалуется на головную боль и выраженную слабость в руках. Объективно: сознание спутанное, высокая температура, умеренно выраженный менингеальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних конечностей. Анализ ликвора: давление 350 мм водного столба, бесцветный, белок 2,0 г/л, цитоз 40 в 1 мм³ (лимфоциты)

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Существуют ли меры первичной профилактики?
- 7) Возможные исходы заболевания?

6. Больная 42 лет поступила в клинику неврологии с жалобами на головные боли, периодически возникающие тошноту и рвоту, общую слабость, слабость и неуверенность в левой руке и ноге. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы появились около 7-8 месяцев назад и постепенно нарастают. В течение последнего года в доме живет кошка. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, правильно ориентирована. Беспокоит диффузная головная боль, перкуссия черепа умеренно болезненна. Легкая ригидность мышц шеи, слабopоложительный симптом Кернига с 2 сторон. Отмечается центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, тетрапарез со снижением силы в левой руке до 3, в левой ноге - до 2 баллов, в правых конечностях - до 4 баллов. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева, нечеткие расстройства поверхностной чувствительности по проводниковому типу справа, больше выраженные в руке. Элементы сенсомоторной афазии. В цереброспинальной жидкости выявляется белково-клеточная диссоциация (цитоз - 12 лимфоцитов, белок - 1,6 мг %). На МРТ с контрастированием в полушариях головного мозга выявляются множественные накапливающие контраст очаги. Внутрикожная аллергическая проба на токсоплазмоз положительная.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.15 для самостоятельной работы ординатора

1. Абсцесс головного мозга.
2. Менингиты: этиология, классификация, патоморфология. Синдром "менингита".
3. Редкие паразитарные заболевания головного мозга (Амеба неглерия Фоулера, плазмодий и др.)
4. Поражение нервной системы при паразитарных заболеваниях. Эпидуриты и пахименингиты головного и спинного мозга

модуль № 1.9, 1.16 «Функциональная нейрохирургия»

Список вопросов для устного опроса к модулю № 1.9

1. История возникновения функциональной нейрохирургии
2. Основные методы функциональной нейрохирургии
3. Глубокая стимуляция мозга
4. Противоболевая стимуляция
5. Методы стимуляции головного и спинного мозга
6. Нейромодуляция. Цели, задачи, методы выполнения.
7. Разрушающие операции. Цель выполнения. История возникновения.
8. Техника выполнения функциональных операций
9. Виды разрушающих операций.
10. Лекарственная нейромодуляция

Тестовые задания к модулю №1.9

01. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области в с/з синуса является
а)разрез по средней линии
б)поперечной или полукруглый линейный разрез позади коронарного шва
в)подковообразный разрез
г)бифронтальный разрез
02. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области з/з синуса является
а)разрез по средней линии на этом уровне
б)поперечный разрез на середине расстояния между коронарным швом и затылочным бугром
в)разрез полукруглой формы, начинающийся над ушной раковиной, проходящий над ламбдовидным швом, достигающий средней линии или переходящий за нее и заканчивающийся над верхней затылочной линией
г)подковообразный разрез в затылочной области, основанием обращенный книзу
д)правильно в) и г)
03. Доступами к хиазмально-селлярной области являются
а)лобно-височный
б)височный
в)односторонний или двусторонний субфронтальный
г)трансфеноидальный
04. К рентгенологическим методам, применяемым при стереотаксических операциях относятся перечисленные, кроме
а)пневмоэнцефалографии
б)вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами в)ангиографии
г)компьютерной рентгеномографии
05. Рентгенологическим ориентиром на рентгенограммах при стереотаксических операциях относятся все перечисленные, кроме
а)верхнего края межжелудочкового отверстия
б)передней комиссуры
в)турецкого седла
г)межкомиссуральной линии
д)линии, соединяющей задний край межжелудочкового отверстия с задней комиссурой

06. При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению
- а) вентро-латеральное ядро таламуса
 - б) зубчатые ядра мозжечка
 - в) субталамическая область
 - г) латеральное гипоталамическое ядро
 - д) правильно а) и в)
07. Основными этапами операции ламинэктомии являются все перечисленные, кроме
- а) скелетирования остистых отростков позвонков с обеих сторон
 - б) скелетирования остистых отростков позвонков с одной стороны
 - в) резекции остистых отростков позвонков
 - г) резекции обеих дужек
08. Начальным этапом гемиламинэктомии является
- а) скелетирование остистых отростков с обеих сторон
 - б) скелетирование остистых отростков с одной стороны
 - в) резекция остистых отростков
 - г) резекция обеих дужек
09. Основными этапами интерламинэктомии являются
- а) скелетирование остистых отростков
 - б) отслаивание мышцы от остистых отростков и дужек
 - в) резекция дужки
 - г) иссечение желтой связки
 - д) правильно б) и г)
10. Твердая мозговая оболочка спинного мозга вскрывается преимущественно
- а) линейным разрезом
 - б) дугообразным разрезом
 - в) Х-образным разрезом
 - г) все верно
 - д) все неверно
11. Схема Кренлейна позволяет определить все перечисленные проекции, кроме
- а) роландовой борозды
 - б) сильвиевой борозды
 - в) поперечной затылочной борозды
 - г) передней ветви средней оболочечной артерии

Список тем рефератов или презентаций к модулю №1.16 для самостоятельной работы ординатора

1. Электростимулятор в нейрохирургии. Метод его работы. Уход за прибором.
2. Лечение хронической боли и фантомной боли путем функциональной нейрохирургии.
3. Стимуляция спинного мозга

модуль № 1.17 Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами модулей 1.1-1.16)

Список вопросов к промежуточной аттестации

1. Физиологическая роль ликвора, механизмы его образования и всасывания.
2. Виды нейрохирургических операций. Основа техники их выполнения.
3. Основные нейрохирургические доступы.
4. Нейрохирургическое оборудование.
5. Хирургия боли. Стереотаксическая нейрохирургия.
6. Состав ликвора в норме.
7. Основные ликворологические синдромы. Пробы на проходимость ликворных путей.
8. Техника люмбальной пункции. Показания и противопоказания к ее проведению.
9. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
10. Гнойные инфекции ЦНС: острый эпидуральный спинальный абсцесс: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
11. Кровоснабжение спинного мозга.
12. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
13. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
14. Этиология, патогенез, классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
15. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов внутренней сонной, передней и средней мозговой, позвоночно-основной артерий, диагностика, лечение и профилактика.
16. Биомеханика и классификация черепно-мозговой травмы .
17. Понятие закрытой, открытой и проникающей ЧМТ. Особенности течения и лечения ОПЧМТ.
18. Общие принципы консервативного лечения ЧМТ. Показания к оперативному лечению. Выбор хирургического метода лечения в зависимости от сроков и причин компрессии мозга.
19. Клиника, диагностика и лечение сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести.
20. Клиника, диагностика и лечение ушиба головного мозга средней степени тяжести.
21. Родовая травма спинного и головного мозга.
22. Врожденные патологии спинного и головного мозга. Классификация. Показания к оперативному лечению.
23. «Хирургия новорожденных». Внутрижелудочковые кровоизлияния. Принципы малоинвазивной нейрохирургии.
24. Оценка уровня сознания у неврологических и нейрохирургических больных.
25. Клиника, диагностика и лечение тяжелого ушиба головного мозга.
26. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутричерепной гематомой.
27. Биомеханика и патогенез неврологических расстройств при позвоночно-спинальной травме.
28. Клиника, диагностика и лечение сотрясения, ушиба спинного мозга, травматической гематомии и повреждения корешков конского хвоста.

29. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Недифференцированное медикаментозное лечение позвоночно-спинальной травмы. Лечение тазовых расстройств и пролежней.
30. Нарушения спинального кровообращения. Лечение спинальных сосудистых мальформаций (радиохирургия, открытая хирургия), показания. Основной метод диагностики – селективная ангиография.
31. Показания к оперативному лечению при патологиях спинного мозга. Показания к стабилизирующим операциям. Виды оперативных вмешательств и стабилизирующих трансплантатов и систем.
32. Паразитарные поражения ЦНС. Клиника, патогенез, лечение.
33. Показания к нейрохирургическому лечению паразитарных поражений ЦНС.
34. Теории возникновения опухолей ЦНС и патогенетические механизмы воздействия опухоли на головной мозг.
35. Классификация опухолей головного мозга.
36. Клиника, диагностика и лечение супратенториальных опухолей головного мозга. Экстренные мероприятия при височно-тенториальной дилокации.
37. Клиника, диагностика и лечение опухолей мозжечка. Экстренные мероприятия при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
38. Клиника, диагностика и лечение опухолей гипофиза.
39. Классификация, клиника, диагностика и лечение экстрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
40. Классификация, клиника, диагностика и лечение интрамедуллярных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.
41. Экстренные лечебные мероприятия при дислокации и вклинении мозга в щель Биша и большое затылочное отверстие (указать дозировку лекарств и характер немедикаментозных мероприятий).
42. «Хирургия новорожденных». Внутривентрикулярные кровоизлияния. Принципы малоинвазивной нейрохирургии.

Список тестовых заданий

1. Вертебро-базиллярная и каротидная системы мозгового кровотока анастомозируют через артерию:
 1. переднюю соединительную
 2. задние соединительные
 3. глазную
 4. мозговой оболочки
2. Передняя соединительная артерия - анастомоз между артериями:
 1. сонной и базилярной
 2. двумя передними мозговыми
 3. двумя вертебральными
 4. средней и передней мозговыми
3. Виллизиев круг может обеспечить адекватный мозговой кровоток при тромбозе артерии
 1. средней мозговой
 2. задней мозговой
 3. внутренней сонной
 4. наружной сонной
4. Давление в крупных сосудах артериального круга большого мозга:
 1. выше в каротидной системе

2. выше в вертебрально-базилярной системе
 3. одинаковое
5. Кровь в крупных мозговых сосудах в физиологических условиях:
1. смешивается в базилярной системе
 2. смешивается в каротидной системе
 3. не смешивается
6. Постоянство мозгового кровотока обеспечивается:
1. системой ауторегуляции мозгового кровообращения
 2. вегетативной нервной системой
 3. стволом головного мозга
7. Мозговой кровоток у здорового человека не зависит от общей гемодинамики при колебаниях АД между:
1. 100 - 200 мм.рт.ст.
 2. 60 - 200 мм.рт.ст.
 3. 60 - 250 мм.рт.ст.
8. При подъеме АД мозговые сосуды:
1. суживаются
 2. не меняют диаметр просвета
 3. расширяются
9. При снижении содержания кислорода в артериальной крови мозговые сосуды:
1. суживаются
 2. расширяются
 3. не меняют диаметр просвета
10. При снижении содержания углекислого газа в крови мозговые сосуды:
1. суживаются
 2. не меняют диаметр просвета
 3. расширяются
11. Начало при геморрагическом инсульте по типу гематомы:
1. внезапное
 2. нарастание симптомов в течение часов
 3. мерцание симптомов
12. Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:
1. ночью во время сна
 2. утром после сна
 3. днем в период активной деятельности
13. Головная боль при кровоизлиянии в мозг:
1. не характерна
 2. внезапная острая
 3. умеренная
14. Менингеальные симптомы при кровоизлиянии в головной мозг встречаются:
1. практически всегда
 2. редко

3. не встречаются

15. Кожные покровы больного с кровоизлиянием в мозг чаще:

1. бледные
2. обычной окраски
3. гиперемированы

16. Ликвор при геморрагическом инсульте:

1. кровянистый
2. опалесцирующий
3. бесцветный

17. ЭХО-ЭГ при кровоизлиянии в паренхиму мозга /по типу гематомы/:

1. М-ЭХО без смещения
2. смещение М-ЭХО больше 3 мм
3. смещение М-ЭХО больше 14 мм

18. В анализе крови при геморрагическом инсульте:

1. норма
2. лейкопения
3. лейкоцитоз

19. Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:

1. норма
2. кровоизлияния в сетчатку
3. ангиосклероз сетчатки
4. застойный диск зрительного нерва

20. Сознание при ишемическом инсульте чаще:

1. кома
2. сопор
3. не нарушено

21. Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима-Адамса) проявляется триадой симптомов

1 головная боль, снижение памяти, дезориентированность

2 головная боль, снижение зрения. Атаксия

3 нарушение походки, недержание мочи, деменция

4 головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия.

22. Больному 7 лет. Заболел остро. Внезапно среди полного здоровья возникла сильная диффузная головная боль, рвота, озноб, боли в мышцах, повысилась температура до 39,5о . В классе карантин по менингококковому менингиту. Неврологически: заторможен, зрительная гиперестезия, выраженные менингеальные симптомы, парезов и патологических рефлексов нет. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ. Спинномозговая пункция: ликвор мутный, вытекает под повышенным

давлением, белок – 3 о /оо, цитоз – 20000 в мкл., преимущественно нейтрофилы. Поставьте диагноз:

1. Лимфоцитарный хориоменингит
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Туберкулезный менингит
4. Первичный гнойный менингит
5. Вторичный гнойный менингит

23. Ребенок 10 лет. Заболел остро: повысилась температура, появилась сильная головная боль, многократная рвота, вялость. Перед этим, в течении 5 дней, лечился по поводу паротита. Объективно: определяется незначительная припухлость в околоушных областях, лежит на боку с приведенными к животу ногами, положительные симптомы Кернига, верхний Брудзинский. Парезов и чувствительных расстройств не выявлено. Спинномозговая пункция: ликвор прозрачный, вытекает под повышенным давлением, белок – 0,6 г/л, цитоз – 200 в мкл. (лимфоциты). Поставьте диагноз:

1. Вторичный гнойный менингит
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Первичный серозный менингит
4. Первичный гнойный менингит
5. Вторичный серозный менингит

24. Пункционный (по Спасокукоцкому - Бакулеву) метод лечения абсцессов мозга показан

- 1 в стадии гнойно - воспалительного очагового энцефалита
- 2 в стадии формирования капсулы
- 3 в терминальной стадии
- 4 при поверхностном расположении абсцесса
- 5 при глубинном абсцессе

25. Показаниями к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга являются

1. нарастание неврологической симптоматики
2. нарушение проходимости субарахноидального пространства
3. наличие костных отломков в позвоночном канале
4. синдром острого переднего повреждения спинного мозга
5. все верно

26. Противопоказаниями к раннему хирургическому лечению при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга являются

1. повреждение II и IV шейных сегментов со значительными расстройствами дыхания
2. наличие травматического шока
3. комбинированные повреждения при тяжелом состоянии больного

4. быстрое развитие уросепсиса, сепсиса, пневмонии
 5. все перечисленное
27. К особенностям техники ламинэктомии при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга относятся
1. нет особенностей
 2. резекция дужек суставных отростков
 3. резекция дужек с захватом суставных отростков для лучшего обзора
 4. разрез мягких тканей на уровне ламинэктомии
 5. разрез мягких тканей на 1-2 остистых отростков выше и ниже уровня ламинэктомии
28. К особенностям техники удаления костных отломков и инородных тел при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга относятся
1. удаление ламинотомными кусачками
 2. удаление ножницами
 3. удалять только отломки, видимые глазом
 4. для уточнения локализации инородных тел использовать повторную Р-графию на операционном столе
 5. все перечисленное
29. Вскрытие твердой мозговой оболочки при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга показано
1. во всех случаях
 2. при подозрении на интрадуральную компрессию спинного мозга
 3. показано лишь при воспалительных процессах
 4. правильно а) и в)
 5. правильно б) и в)
30. Внутричерепная гипертензия обусловлена
1. гиперсекрецией ликвора
 2. набуханием мозга
 3. гипоксией
 4. нарушением ликворопродукции
 5. всем перечисленным

Список задач

ЗАДАЧА 1

Больной 45 лет, жалуется на постоянную головную боль в затылочной области и двоение в глазах. В течение последних двух месяцев у него периодически отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр с ознобом и потливостью по ночам.

Неврологически: сознание ясное. Выраженная ригидность мышц шеи, двусторонний положительный симптом Кернига, слабopоложительные симптомы Брудзинского. В позе Ромберга неустойчив с отклонением вправо. Ограничение движений правого глазного яблока кнаружи, снижение роговичного рефлекса справа. Слабость мышц левой носогубной складки. Снижение слуха на левое ухо. Чувствительных, двигательных и рефлекторных расстройств на туловище и конечностях не определяется.

Люмбальная пункция: ликворное давление 300 мм вод. ст., ликвор мутноватый, слегка опалесцирующий. Белок 0,644 г/л, цитоз 847 лимфоцитов, 13 нейтрофилов; сахар 1,74 ммоль/л, хлориды 69 ммоль/л. При стоянии в течение 10 минут на поверхности ликвора образовалась фибриновая сетка.

Под влиянием лечения состояние больного улучшилось: отмечено уменьшение интенсивности головной боли, регрессировала симптоматика со стороны черепных нервов.

Контрольные вопросы:

1. Оцените показания ликвора.
2. Ваш предположительный диагноз
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести
4. Лечебная тактика ведения больного в остром и отдаленном периоде.

ЗАДАЧА 2

Больная, 40 лет, поступила в неврологическое отделение в тяжелом состоянии. Больная сонлива, при раздражении открывает глаза, но речевой контакт отсутствует. На внешние раздражители (свет, звуки, осмотр врача) отвечает гримасой боли, закрыванием глаз, отдергиванием конечностей.

Из анамнеза болезни (при расспросе родственников) установлено, что в течение 10 лет больную беспокоили приступы головных болей в одной половине головы, начинающиеся постепенно со зрительных ощущений мелькания точек, вспышек света перед глазами. Приступ сопровождался тошнотой, рвотой, головокружением и длился от нескольких часов до 2-3 суток. Во время приступа появлялось обостренное обоняние, все раздражало. Иногда в этот период появлялось онемение и слабость в левой руке; речь становилась нечеткой, прерывистой; больная уединялась и старалась уснуть. Цефалгии уменьшались или проходили при раннем приеме (в самом начале приступа) крепкого горячего чая, цитрамона (1-2 таблетки), после сна.

Последний приступ принял необычно тяжелый, затяжной характер (3 суток), сопровождался многократной рвотой, не приносящей облегчение. Возникло стойкое онемение и слабость в левой руке, дизартрия. Больная стала сонливой, заторможенной, мало контактной.

При осмотре: состояние тяжелое; в речевой контакт не вступает, лицо бледное. АД – 135/85 мм.рт.ст., пульс 82 уд. в 1 мин. Легко выражена ригидность мышц затылка и симптом Кернига. Мелкоразмашистый нистагм в обе стороны. Легко сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы оживлены, с четким акцентом слева. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо слева.

Вопросы:

1. Определить патогенетический вариант цефалгий.
2. Поставить предварительный диагноз. Определить уровень сознания больной.
3. В чем причина утяжеления состояния больной во время приступа?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечение и профилактика пароксизмов головной боли и описанного состояния больной.

ЗАДАЧА 3

Больной, 18 лет, доставлен в приемный покой районной больницы. С его слов- во время купания в реке нырнул на мелководье, ударился головой о дно. Сознание не терял. Самостоятельно выбраться на поверхность воды не смог из-за слабости в конечностях; доставлен в больницу товарищами.

Объективно: состояние больного тяжелое. Уровень сознания- умеренное оглушение. Одышка до 30 дыхательных движений в минуту; грудная клетка не совершает дыхательных экскурсий. Артериальное давление- 90/50 мм рт. ст.; отмечается тахикардия 90-100 ударов в минуту. Острая задержка мочи.

Неврологически: менингеальные симптомы не определяются. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Двусторонние боли в зоне иннервации С7-С8 сегментов. Анестезия всех видов чувствительности по проводниковому типу ниже уровня С 8- сегмента. Вялый парез в руках, выраженный

преимущественно в кистях, вялая плегия в ногах. Мышечный тонус в руках снижен; в ногах- атония. Рефлексы с рук снижены, D=S; с ног рефлексы не вызываются.

Проведено обследование: на обзорной краниографии- без патологии. Обзорная спондилография шейного отдела позвоночника не выявила костно-деструктивных изменений на протяжении пяти верхних шейных позвонков; нижележащие отделы не визуализируются из-за наложения плечевых суставов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ваша трактовка результатов МР-томографии.
3. Тактика лечения.
4. Ваш прогноз относительно характера изменения мышечного тонуса и рефлексов у данного больного через несколько недель лечения.

ЗАДАЧА 4

Больная С., 55 лет. Утром после пробуждения обнаружена слабость в правых конечностях, онемение правой половины тела. Слабость постепенно нарастала, присоединились речевые расстройства. Больная машиной «Скорой помощи» доставлена в стационар.

Из анамнеза выяснено, что у больной ишемическая болезнь сердца, стенокардия. 6 месяцев назад у пациентки отмечалась преходящая слабость в правых конечностях, которая быстро прошла самостоятельно.

При осмотре: больная в сознании, на вопросы не отвечает, произносит отдельные нечленораздельные слоги. Инструкции выполняет. АД 140/90 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Неврологически: зрачки симметричные, фотореакция сохранена. Сглаженность правой носогубной складки. Девиация языка влево. Отсутствуют активные движения в правых конечностях, наблюдается спастическое повышение тонуса в руке и ноге справа. Сухожильные рефлексы выше справа. Патологические стопные знаки Бабинского, Россолимо справа. Правосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

На глазном дне неравномерное сужение и извитость артерий, вены полнокровны, диски зрительных нервов розовые, контуры их четкие; при периметрии – правосторонняя гомонимная гемианопсия.

Контрольные вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Ваше лечение.

ЗАДАЧА 5

Больной Б., 42 лет, при поступлении в неврологическую клинику предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли и снижение чувствительности в правой руке и на правой половине грудной клетки, слабость и похудание правой кисти.

Из анамнеза болезни известно, что болевые ощущения и нарушение чувствительности появились постепенно уже в течение 15 лет, без видимой причины. Наблюдался и лечился неоднократно с диагнозом: шейно-грудной остеохондроз, но заболевание постепенно прогрессировало в виде появления слабости и похудания руки.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Сложен непропорционально, форма черепа башенная, высокое небо, кифосколиоз грудного отдела позвоночника. Множественные послеожоговые рубцы в области правого плеча. ЧМН без патологии. Определяется снижение болевой и температурной чувствительности в области правого уха, угла нижней челюсти справа, правого плечевого пояса, грудной клетки справа

до уровня реберного края и правой руки. Отмечается грубая деформация, увеличение размеров и ограничение движений в правом плечевом суставе. Кожа в правой половине грудной клетки и руке цианотична, кисть слегка отечна, деформирована по типу «обезьяньей лапы». Атрофия мышц плечевого пояса, правой лопатки. Сухожильные рефлексы с левой руки снижены, мышечный тонус низкий. Сила правой кисти снижена до 3 баллов. Сухожильные рефлексы с нижних конечностей оживлены, тонус и сила в ногах в норме, выявляются непостоянные патологические знаки Бабинского и Россололимо.

Общие анализы крови и мочи без патологии.

Контрольные вопросы:

1. Ваш диагноз? Основные критерии диагностики данного заболевания?
2. Дополнительные методы обследования, необходимые для подтверждения диагноза?
3. Лечение данного больного.

ЗАДАЧА 6

Больной 30 лет. При поступлении в стационар предъявляет жалобы на подъем температуры тела до 39°C, озноб, головную боль, ломящие боли в области поясницы, икроножных мышцах. Указанные симптоматика развилась через 2 недели после работ по расчистке лесополосы.

На фоне антибактериальной терапии температура тела снизилась, но через 5 дней вновь поднялась до 40°C, появились менингеальные симптомы. Кроме этого, возникла слабость в мышцах шеи, верхнего плечевого пояса, охриплость голоса, поперхивание при еде.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, температура тела 37°C, умеренное оглушение, умеренно выражены симптомы Кернига и ригидность мышц затылка. Выявляется отклонение языка влево, парез мягкого неба слева, снижение тонуса и силы мышц шеи и верхнего плечевого пояса. Симптом «отвислой головы». Сухожильные рефлексы с рук угнетены, с ног – равные, живые.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, давление лежа 220 мм. вод. ст. Белок 0,89 г/л, цитоз 240 клеток в 1 мм³ (лимфоциты). Сахар ликвора 2,8 ммоль/л; хлориды- 108 ммоль/л.

Контрольные вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Лечение данного больного.
4. Профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 7

Больная 30 лет жалуется на головную боль, больше в глазных яблоках и лобной области, ожирение (в последние два месяца прибавила в весе 15 кг). В течение последних 3 месяцев отмечает снижение зрения на левый глаз, ухудшение памяти, быструю утомляемость. При осмотре: вес 94 кг, рост 160 см, АД - 160/80 мм рт. ст., кожные покровы бледные, пастозность лица, кистей и стоп, на бедрах - стрии. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, двигательных нарушений, парезов, нарушений статики и координации, расстройств чувствительности не выявлено. Острота зрения справа - 0,9, слева – 0,07, поля зрения изменены по типу битемпоральной гемианопсии. На МРТ: в хиазмально-селлярной области образование, имеющее основной

узел в полости турецкого седла, распространяющееся параселлярно, прорастающее кавернозные синусы и распространяющееся супраселлярно.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

Ответы к тестам и задачам: нейрохирургия.

тестовых заданий к модулю № 1.5

1. д) 2. г) 3. д) 4. а) 5. б) 6. д) 7. г) 8. а) 9. а) 10. д)

Ответы к задачам модуль № 1.5

Задача 1.

Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Иммобилизация с помощью транспортной шины ЦИТО или воротника Шанца. Рентгенография шейного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Задача 2.

Травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Транспортировка на щите. Рентгенография грудного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга.

Задача 3.

Открытая проникающая травма позвоночника и спинного мозга. Рентгенография грудного отдела позвоночника, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Оперативное вмешательство – первичная хирургическая обработка проникающего ранения.

Тестовые задания модуль №1.4

001. в)002. д)003. д)004. а)005. а)006. а)007. г)008. в)009. а)010. б)

Тестовые задания модуль №1.6

01. в)002. г)003. г)004. а)005. а)006. д)007. а)008. г)009. в)010. а)

Задачи модуль №1.6

1. Ответ:

- 1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.
- 2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).
- 3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.
- 4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)

5) В остром периоде:

а) базисная недифференцированная терапия инсульта

При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:

б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).

в) тромболитическая терапия (при отсутствии противопоказаний)

г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)

В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:

д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия)

Ранняя реабилитация.

6) Вторичная профилактика инсульта:

А) антигипертензивная терапия

Б) дезагрегантная терапия

В) антикоагулянтная терапия

Г) гиполипидемическая терапия

Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:

А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки

Г) соблюдение режима труда и отдыха

Профилактика инвалидизации:

А) Своевременная госпитализация

Б) Адекватное лечение

В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:

а) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ

б) физиотерапия, массаж

в) эрготерапия

г) занятия с логопедом

7) Экспертиза трудоспособности потребуется

2. Ответ:

1) Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.

2) Госпитализация показана.

3) Методы выбора коррекции терапии:

А) выбрать комбинированную терапию - добавить гипотензивные препараты других групп: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или диуретики.

Б) заменить ингибитор АПФ на препарат из группы сартанов (лазап, атаканд, эдарби).

4) Санаторно-курортное лечение не показано

5) После выписки из больницы пациент трудоспособен

3. Ответ:

1) Поражение правого полушария головного мозга.

2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.

3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.

4) Тактика лечения:

А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.)

Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)

В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)

Г) хирургическое лечение (по показаниям).

Д) базисная недифференцированная терапия инсульта

5) Профилактика инвалидизации:

- А) Своевременная госпитализация
- Б) Адекватное лечение
- В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:
 - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ
 - Б) физиотерапия, массаж
 - В) эрготерапия
 - Г) Занятия с логопедом
- б) а) исходы: смертность достигает 60-70%, вероятно инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.
- б) осложнения: отек и дислокация мозга, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии

4. Ответ:

- 1) Ишемический инсульт (предположительно кардиоэмболический) в бассейне левой средней мозговой артерии.
- 2) Госпитализация обязательна.
3. КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта
При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
 - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
 - в) тромболитическая (при отсутствии противопоказаний)
 - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
- В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
 - д) хирургическое лечение (стентирование, эндартерэктомия)

5. Ответ:

- 1) Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое).
- 2) Срочная госпитализация, поддержание витальных функций во время транспортировки.
- 3) ЛП, КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ТК УЗДГ.
- 4) Тактика лечения:
 - А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы).
 - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация)
 - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин)
 - Г) базисная недифференцированная терапия инсульта
- 5) смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает

6. Ответ:

- 1) Оптико-пирамидный синдром.
- 2) Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой внутренней сонной артерии.
- 3) Госпитализация показана.
- 4) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭКГ мониторинг, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 5) А) при обнаружении гемодинамически значимых стенозов – эндоваскулярная хирургия (напр. стентирование).
- Б) при отсутствии стенозов – дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)
- В) нейропротективная терапия

Г) при выявлении заболевания внутренних органов (например, кардиогенной патологии) соответствующее лечение.

Тестовые задания к модулю 1.7

1. в)2 в)3. г)4. б)5. в)6. в)7. в)8. в)9. е)10. в)

Ответы к задачам модуль № 1.7

- 1) Окклюзия большого водопровода или отверстий межанди и люшки . избыточное содержание тканевой жидкости в веществе атрофированного мозга вследствие его пропитывания большим количеством цереброспинальной жидкости из системы желудочков.

Тестовые задания модуль №1.8

- 01 б)002. б)003. в)004. в)005. в)006. г)007. б)008. д)009.г)010. д)

Задачи модуль №1.8

1. Ответ:

- 1) Правое полушарие головного мозга, оболочки головного мозга
- 2) Японский комариный энцефалит
- 3) Экстренная госпитализация обязательна
- 4) Другие энцефалиты (герпетический), абсцесс головного мозга, ОНМК, опухоль головного мозга
- 5) Анализ ликвора (общий, ПЦР), МРТ головного мозга
- 6) Специфического лечения не существует
- А) поддержание витальных функций (респираторная поддержка, нормализация сердечно-сосудистой деятельности)
- Б) борьба с отеком мозга (маннитол)
- В) поддержание электролитного баланса
- Г) антиконвульсанты
- Д) симптоматическая терапия (антипиретики, анальгетики)
- Е) ранняя реабилитация
- 7) летальность достигает 30%, резидуальный неврологический дефицит с инвалидизацией до 50%-70%, возможно полное выздоровлен

2. Ответ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Менингококковый менингит
- 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
- 4) Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р), цефалоспорины III (цифтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
- 5) Ясли закрываются на 10 ти дневный карантин, все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным, контактным детям профилактически вводится нормальный иммуноглобулин.

6) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия)

3. Ответ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Вторичный паротитный менингит
- 3) Анализ ликвора общий, серологическое исследование, ПЦР
- 4) Лечение симптоматическое
- 5) Госпитализировать больного, проводить клиническое наблюдение за контактными лицами, контактные лица не болевшие и не привитые подлежат иммунизации.
- 6) Первичная профилактика касается эпидемического паротита (а не менингита), вакцинация по графику.
- 7) Обычно наступает полное выздоровление.

4. Ответ:

- 1) Оболочки головного мозга
- 2) Менингококковый менингит
- 3) Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР
- 4) Пенициллины (ампициллин 6-8 г х 6 р), цефалоспорины III (цифтриаксон 1-4 г х 2р), дезинтоксикационная терапия, снижение ВЧД (осмотические диуретики, дексаметазон), восстановление водно-электролитного баланса, симптоматическое лечение.
- 5) Носитель или больной назофарингитом.
- 6) Все контактные лица обследуются бактериологически, проводится химиопрофилактика а/б всем контактным.
- 7) Полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).

5. Ответ:

- 1) Серое вещество передних рогов спинного мозга на уровне С1-С8, оболочки головного и спинного мозга
- 2) Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма
- 3) Анализ крови и ликвора методами иммуноферментного анализа с определением иммуноглобулинов М и G классов, выявление Ag вируса – ПЦР, МРТ шейного отдела спинного мозга.
- 4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – противоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная, витамины (мильгамма), ранняя реабилитация
- 5) Укус клеща
- 6) Вакцинация тканевой инактивированной вакциной
- 7) Полное выздоровление, стойкий резидуальный неврологический дефицит, летальность до 30%.

6. Ответ:

Токсоплазмоз центральной нервной системы.

Проведение специфической терапии хлоридином и сульфазиним.

Обсуждение возможности хирургического лечения при одиночном очаге.

Тестовые задания модуль №1.9

001 б)002. д)003. в)004. в)005. в)006. д)007. б)008. б)009.д)010. а)011. а).

1 семестр

001. 2)
002. 1)
003. 3)
004. 2)
005. 2)
006. 1)
007. 1)
008. 1)
009. 2)
010. 2)
011. 1)
012. 3)
013. 3)
014. 2)
015. 1)

016. 2)
017. 3)
018. 2)
019. 1)
020. 1)
021. 3)
022. 1)
023. 2)
024. 4)
025. 4)
026. 1)
027. 3)
028. 4)
029. 2)
030. 2)

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

Этап: проведение текущего контроля успеваемости

Текущая аттестация – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. Она может осуществляться в устной или письменной формах в виде опросов, рефератов, проверки домашних заданий, написания истории болезни и самостоятельной работы студентов, проведении различных работ, коллоквиумов, тестирования. В ходе текущего контроля успеваемости преподаватель устанавливает реальный уровень усвоения студентами учебной программы на данный момент времени в виде выявления областей незнания, неумения, непонимания.

Формы текущего контроля определены учебным планом и описаны в рабочей программе. По всем заданиям текущего контроля выставляется оценка в соответствии с критериями и шкалой оценивания.

Рекомендации по оцениванию устного опроса:

Требования к оценке:

при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме занятия,
- степень активности студента на занятии;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный опрос	ПК-5 ПК-6 ПК-8	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие	Отлично

		способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Схема оценивания тестовых заданий:

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение тестовых	ПК-5 ПК-6 ПК-8	80 – 100%	«отлично»
		66 – 79%	«хорошо»

заданий	46 – 65%	«удовлетворительно»
	45% и менее	«неудовлетворительно»

Схема оценивания правильности решения ситуационных задач (оценивается по четырехбалльной шкале с оценками):

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение ситуационных задач	ПК-5 ПК-6 ПК-8	студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	«отлично»
		если студент достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе при этом в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок;	«хорошо»
		студент недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;	«удовлетворительно»
		студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на	«неудовлетворительно»

		практике.	
--	--	-----------	--

Критерии оценки результатов решения ситуационных задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Рекомендации по оцениванию рефератов и презентаций

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Реферат (от лат. *refereo* – докладываю, сообщаю) представляет собой особое сочинение, в котором определены цели, задачи и выводы излагающие основные положения темы или проблемы.

Тематика рефератов представлена в Фондах оценочных средств и в учебно-методических пособиях для самостоятельной работы ординатора соответствующей рабочей программы.

Рефераты докладываются на занятии соответственно выбранной теме и календарно-тематическому плану, сдаются преподавателю строго в указанный срок.

Сведение отобранной информации должно быть встроено в текст в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения;

а) во введении логичным будет обосновать актуальность темы (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью и наукой);

цель (должна соответствовать теме реферата);

задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы;

б) в основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д.

в) заключение содержит выводы по главам (1-1,5 листа). Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Реферат может быть представлен в виде презентации, при этом обязательно выполнение основных требований к реферату, включая правильность оформления списка литературы!

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких специализированных источников (как минимум 8-10 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации. Предпочтение отдается публикациям в специализированных журналах и монографиям признанных специалистов в соответствующей области знаний. Обязательно использование иностранной литературы.

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Схема оценивания правильности написания и защиты реферата или презентации

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Защита реферата или презентации	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Выполнены все требования к написанию и защите реферата или презентации: - обозначена проблема и обоснована её актуальность; - сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция; - сформулированы выводы; - тема раскрыта полностью; - выдержан объём работы; - соблюдены требования к внешнему оформлению реферата или презентации; - даны правильные ответы на дополнительные вопросы.	«отлично»
		Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты: - неточности в изложении материала; - отсутствует логическая последовательность в суждениях; - не выдержан объем реферата или презентации; - имеются упущения в оформлении; - на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы	«хорошо»
		Имеются существенные отступления от требований к реферированию: - тема освещена лишь частично; - допущены фактические ошибки в содержании реферата или презентации; - имеются ошибки при ответе на дополнительные вопросы; - во время защиты отсутствует вывод.	«удовлетворительно»
		Реферат абсолютно не подготовлен. Тема реферата или презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.	«неудовлетворительно»

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета. Задания на зачете содержат теоретические вопросы и ситуационные задачи.

Рекомендации по оцениванию устного опроса:

Требования к оценке:

при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме занятия,
- степень активности студента на занятии;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Схема оценивания правильности ответов на устный опрос:

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
-------------	-------------------------	-----------------	--------

Устный ответ	ПК-5 ПК-6 ПК-8	студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.	Аттестован
		студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Не аттестован

Схема оценивания тестовых заданий:

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение тестовых заданий	ПК-5 ПК-6 ПК-8	80 – 100%	Аттестован
		66 – 79%	Аттестован
		46 – 65%	Не аттестован
		45% и менее	Не аттестован

Схема оценивания правильности решения ситуационных задач (оценивается по четырехбалльной шкале с оценками):

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение ситуационных задач	ПК-5 ПК-6 ПК-8	студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу. В логическом рассуждении и решении нет	Аттестован

		ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	
		если студент достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе при этом в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок;	Аттестован
		студент недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;	Аттестован
		студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.	Не аттестован

Критерии оценки результатов решения ситуационных задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Методические рекомендации по подготовке к зачету

Для допуска и успешной сдачи промежуточной аттестации (зачет) студенту необходимо выполнить несколько требований:

- 1) регулярно посещать аудиторные занятия по дисциплине; пропуск занятий не допускается без уважительной причины;
- 2) в случае пропуска занятия студент должен быть готов ответить на зачете на вопросы преподавателя, взятые из пропущенной темы;
- 3) студент должен точно в срок сдавать письменные работы на проверку и к следующему занятию удостовериться, что они зачтены;
- 4) готовясь к очередному занятию по дисциплине, студент должен прочитать соответствующие разделы в учебниках, учебных пособиях, монографиях и пр., рекомендованных преподавателем в программе дисциплины, и быть готовым продемонстрировать свои знания на паре; каждое участие студента в обсуждении материала на практических занятиях отмечается оценкой преподавателем и учитывается при ответе на зачете;
- 5) в случае, если студент не освоил необходимый материал или что-то не понял, он должен подойти к преподавателю в часы консультаций и прояснить материал;
- 6) во время зачета студент получает один теоретический вопрос, готовится в течение 5-7 минут и рассказывает преподавателю все, что знает по этому материалу;
- 7) второй этап зачета – это решение тестового задания и ответы на вопросы преподавателя по материалу и содержанию задания;
- 8) третий этап зачёта - это решение ситуационной задачи и ответы на вопросы преподавателя по материалу и содержанию задания;

Схема оценивания промежуточного контроля знаний

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный опрос Тестовые задания Ситуационная задача	ПК-5 ПК-6 ПК-8	заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала по дисциплине, освоивший основную и дополнительную литературу, рекомендованной программой, показавший творческий подход в выполнении поставленной задачи. Получил «Аттестован» по всем заданиям.	зачтено
		выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Получил «Не аттестован» по одному из заданий.	не зачтено

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК-5 ПК-6, ПК-8.