

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Ястребов Олег Александрович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 02.06.2022 12:03:54  
Уникальный программный ключ:  
ca953a0120d891083f939673078ef1a989dae18a

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»

Медицинский институт  
факультет/институт

ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Направление подготовки/специальности

31.08.56 Нейрохирургия

*(указываются код и наименование направления подготовки/специальности)*

Направленность программы (направленность (профиль), специализация)

клиническая медицина

*(наименование образовательной программы в соответствии с направленностью (профилем))*

Квалификация выпускника врач-нейрохирург

*указывается квалификация выпускника в соответствии с приказом Минобрнауки России от 12.09.2013г. №1061)*

2021 г.

## 1. Общие положения

1.1. Ответственность и порядок действий по подготовке и проведению государственных итоговых испытаний в РУДН, а также перечень, очередность, сроки прохождения документов, необходимых для осуществления государственной итоговой аттестации, между структурными подразделениями определяет Порядок проведения итоговой государственной аттестации обучающихся.

1.2. Государственная итоговая аттестация по  
31.08.56 нейрохирургия  
включает НЕЙРОХИРУРГИЯ

1.3. Результаты любого из видов аттестационных испытаний, включенных в государственную итоговую аттестацию, определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

## 2. Цели и задачи государственной итоговой аттестации

2.1. Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных образовательных программ требованиям ОС ВО РУДН.

Государственная итоговая аттестация включает государственный экзамен, установленный Ученым советом университета, и (или) защиту выпускной квалификационной работы (ВКР).

2.2. Задачами государственной итоговой аттестации являются:

- проверка качества обучения личности основным естественнонаучным законам и явлениям, необходимым в профессиональной деятельности;
- определение уровня теоретической и практической подготовленности выпускника к выполнению профессиональных задач в соответствии с получаемой квалификацией;
- установление степени стремления личности к саморазвитию, повышению своей квалификации и мастерства;
- проверка сформированности устойчивой мотивации к профессиональной деятельности в соответствии с предусмотренными ОС ВО РУДН видами профессиональной деятельности;
- проверка способности находить организационно-управленческие решения в нестандартных ситуациях и готовность нести за них ответственность;
- обеспечение интеграции образования и научно-технической деятельности, повышение эффективности использования научно-технических достижений, реформирование научной сферы и стимулирование инновационной деятельности;
- обеспечение качества подготовки в соответствии с требованиями ОС ВО РУДН.

## 3. Программа государственного экзамена.

3.1. Государственный экзамен проводится в  
устной форме,

3.2. В рамках проведения государственного экзамена проверяется степень освоения выпускников следующих компетенций:

Универсальные компетенции (далее – УК):

УК 1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

УК3- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке,

установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

ПК1- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

ПК3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

ПК4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

диагностическая деятельность:

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 (далее – МКБ);

лечебная деятельность:

ПК6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи;

ПК7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

ПК8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

психолого-педагогическая деятельность:

ПК9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

ПК10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

ПК11 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

ПК12- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

3.3. Объем государственного экзамена: 25 билетов, в каждом билете три вопроса и одна задача. Экзаменационный тест состоит из 50 вопросов. Банк экзаменационных тестов состоит из 200 вопросов

3.4. Объем государственного экзамена: 27 билетов, в каждом билете три вопроса и одна задача. Экзаменационный тест состоит из 50 вопросов. Банк экзаменационных тестов состоит из 130 вопросов

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

1. Краниостеноз. Классификация, диагностика и лечение.
2. Черепно-мозговые грыжи. Классификация, диагностика и лечение.
3. Миелодисплазия. Диагностика и лечение.
4. Осложнения ликворшунтирующих операций.
5. Краниовертебральные аномалии.
6. Сирингомиелия
7. Врожденные опухоли головного мозга.
8. Гидроцефалия. Классификация, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
9. Оперативные доступы к опухолям мозжечкового намета.
10. Опухоли ствола головного мозга. Клиника, диагностика, методы лечения.
11. Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
12. Опухоли 4 желудочка. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
13. Опухоли 3 желудочка. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
14. Оптохиазмальный арахноидит (арахноэнцефалит). Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
15. Первичные опухоли основания черепа. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
16. Классификация черепно-мозговой травмы.
17. Классификация позвоночно-спинномозговой травмы.
18. Современные методы диагностики и лечения диффузно-аксонального поражения головного мозга.
19. Клиника, показания и техника оперативного лечения при посттравматических грыжах межпозвоночного диска. Послеоперационное ведение.
20. Дискогенные радикулопатии. Клиника, диагностика и лечение.
21. Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания, исходы ком.
22. Аномалия Арнольда – Киари, классификация, клиника, эпидемиология. Методы хирургического лечения.
23. Методика декомпрессивной ламинэктомии. Стабилизирующие операции на шейном отделе позвоночника.
24. Сочетанная черепно-мозговая травма, особенности течения, принципы хирургического лечения и ведения больных.
25. Диагностика и тактика лечения открытых и проникающих повреждений головного мозга.
26. Консервативная терапия острого периода тяжелой ЧМТ.
27. Диагностика и лечение посттравматической ликворреи.
28. Осложнения ликворшунтирующих операций, методы их профилактики
29. Опухоли шишковидного тела, клиника и возможности хирургического лечения.
30. Повреждение добавочного нерва (диагностика и лечение).
31. Каверномы головного мозга, клиника, возможности хирургического лечения.
32. Менингиомы крыльев основной кости. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
33. Преодоление больших дефектов нервных стволов.
34. Синус-тромбоз. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
35. Опухоли орбиты. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
36. Понятие первично-отсроченной и поздней краниопластики, основные виды пластических материалов.

37. Классическая электродиагностика, кривая «интенсивность-длительность» и электромиография.
38. Опухоли боковых желудочков. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
39. Показания к стабилизирующим операциям на позвоночнике, виды стабилизирующих операций.
40. Хирургические доступы к ПЧЯ
41. Методика наружного вентрикулярного дренирования. Профилактика вентрикулита в послеоперационном периоде.
42. Опухоли червя мозжечка. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
43. Внутримозговые гематомы гипертонической этиологии. Тактика хирургического лечения.
44. Компьютерно-томографическая семиотика опухолей головного и спинного мозга. Применение методики контрастирования.
45. Менингиомы конвексимальной поверхности головного мозга. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
46. Лучевая терапия и химиотерапия в лечении опухолей головного и спинного мозга.
47. Вертеброгенный болевой синдром. Диагностика, клиника, лечение.
48. Фантомно-болевой синдром и боли в культе (диагностика и лечение).
49. Магнитно-резонансная томография, показания и противопоказания к исследованию. Современные возможности МРТ.
50. Виды повреждений нервов. Общая симптоматика и диагностика повреждений нервов.
51. Субдуральные и эпидуральные эмпиемы, этиопатогенез, методы хирургического лечения. Остеомиелит костей черепа, его консервативное и хирургическое лечение.
52. Эпилепсия у детей, особенности диагностики и лечения.
53. Нейрогенные опухоли нервных стволов конечностей
54. Классификация травматических поражений периферических нервов
55. Опухоли зрительных нервов и хиазмы. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
56. Повреждение срединного и локтевого нервов на плече и предплечье (диагностика и лечение).
57. Особенности клинического течения опухолей головного мозга у детей и подростков.
58. Повреждение лучевого нерва на плече и предплечье (диагностика и лечение).
59. Современные представления о хирургическом лечении гидроцефалии у детей.
60. Клиника, диагностика, хирургическое лечение стенозов ВСА.
61. Повреждение лицевого нерва (диагностика и лечение).
62. Хирургические доступы к аневризмам СМА (развилки М1 – сегмента).
63. Невралгия тройничного нерва (диагностика и лечение).
64. Каузалгия (диагностика и лечение).
65. Геморрагические инсульты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
66. Опухоли кармана Ратке (краниофарингиомы). Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
67. Общая техника операций на нервах. Шов нерва (первичный, отсроченный).
68. Каротидно-кавернозные соустья. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
69. Абсцессы головного мозга (метастатические, отогенные). Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
70. Артериальные аневризмы головного мозга. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
71. Опухоли костей черепа. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
72. Классификация АВМ, принципы хирургического лечения АВМ головного мозга.
73. Опухоли спинного мозга. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.

74. Стенозы и тромбозы сонных артерий. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
75. Невринома VIII нерва. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
76. Методы лечения больных с внутрижелудочковыми гематомами.
77. Герминогенные опухоли. Эпидермойды. Дермойды. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
78. Аневризмы кавернозного отдела ВСА. Особенности клиники.
79. Ольфакторные менингиомы, менингиомы клиновидной кости. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
80. Виды оперативных вмешательств на аневризмах.
81. Полушарные глиомы. Клиника, диагностика и лечение.

### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

#### Экзаменационная задача № 1.

Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти. Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. Общее состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Больной малоактивен, говорит неохотно, мало. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексы D>S. Патологические рефлексы: положительные рефлексы орального автоматизма, двусторонний симптом Россолимо. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.
4. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).
5. Лечение данного заболевания.

#### Экзаменационная задача № 2.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст. Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гипертоническая болезнь 2 ст.,

хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики (см. приложение к задаче).
4. Лечение данной больной.

Экзаменационная задача № 3

Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах. Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли. Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен. Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Больной сонлив, мало разговаривает. Ориентирование в месте, времени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимопопаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.

2. Клинический диагноз.
3. Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
4. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

#### Экзаменационная задача № 4

Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы. В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает. В анамнезе жизни- хронический калькулезный холецистит (на данный момент- вне обострения), фибромиома матки. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Плохо понимает обращенную речь, сама говорит с ошибками. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (в руке- 3 балла, в ноге- 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена. При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания. (см. приложение к задаче).  
Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
4. Лечение данного заболевания.

#### Экзаменационная задача № 5

Больная 54 года, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на умеренную головную боль, головокружение, шаткость, неустойчивость при ходьбе, с тенденцией падения вправо, снижение слуха на правое ухо, нарушение почерка. Со слов больной, заболевание началось с незначительного снижения слуха на правое ухо, отмеченное около 6 лет назад. Консультирована сурдологом. Патологии не выявлено. Через 3 года присоединилось головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к неврологу по месту жительства. Лечилась консервативно с положительным эффектом. Данные жалобы постепенно прогрессировали. Резкое ухудшение произошло 1,5 месяца назад. Усилилось головокружение, шаткость при ходьбе с тенденцией падения вправо. Перенесенные заболевания – грипп. Венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает.



Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение снижено. Движения глаз в полном объеме. Снижен правый корнеальный рефлекс. Глазные щели D=S. Горизонтально-ротаторный нистагм при взгляде в обе стороны. Зрачки D=S. Гипестезия лица справа. Носогубные складки симметричны. Слух справа отсутствует. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, повышены с расширением рефлексогенных зон. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива, с тенденцией падения вправо. Аудиодохокинез справа. Координаторные пробы выполняет с мимопаданием справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения

Экзаменационная задача № 6

Больная 60 лет, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, сковывающего характера, усиливающуюся при поворотах и наклонах головы, периодическое головокружение, общую слабость. Боли начали беспокоить 3 месяца назад, возникновение боли связывает с падением. В ходе проведенного обследования (МРТ шейного отдела позвоночника) установлено очаговое поражение С3 позвонка, с патологическим его переломом. Перенесенные заболевания - ОРЗ, ОРВИ. Узловой зоб ( 2 месяца назад произведена тотальная струмэктомия (принимает L-тироксин)), гипертоническая болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 160/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы на ногах D>S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Экзаменационная задача № 7

Больная 67 лет, поступила в нейрохирургическое отделение с жалобами на периодическую головную боль, локализирующуюся в области лба слева, головокружение, снижение зрения, памяти, опущение левого верхнего века, двоение в глазах. Впервые головная боль начала беспокоить 5 месяцев назад. Возникновение боли пациентка связывает с эпизодом падения в общественном транспорте. Через 2 месяца появилось двоение в глазах. Через месяц возникло прогрессирующее опущение левого верхнего века. Данные жалобы прогрессировали до госпитализации. Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь II ст. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Птоз и расходящееся косоглазие слева. Глазные щели D>S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Девиация языка вправо. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Экзаменационная задача № 8

Больная 51 года жалуется на жгучие боли в правой верхней конечности с уровня локтевого сустава и до III, IV, V пальцев, снижение силы в правой кисти. Боли плохо купируются приемом анальгетиков. Заболела около двух месяцев назад, когда упала с высоты 2 метров на правый локтевой сустав. Лечилась с диагнозом ушиб локтевого сустава у травматолога-ортопеда. Через 2 недели после травмы появились и стали нарастать выше описанные боли. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц

нормальный. Сила мышц правой кисти снижена до 4 баллов. Движения IV, V пальцами умеренно ограничены. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Гипэстезия в зоне иннервации локтевого, срединного нервов справа с уровня локтевого сустава до кисти.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Экзаменационная задача № 9

Больной 40 лет, жалуется на интенсивные диффузные головные боли влобной области, снижение зрения, тошноту, многократную рвоту. Головные боли и головокружение отмечает в течение года. Улучшение состояния достигается на фоне дегидратационной терапии в неврологическом отделении по месту жительства: (до 120 мг лазикса в сутки). Перенесенные заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей. Общее состояние средней тяжести. Стонет, держится за голову. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 56 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Больной замедлен в движениях, с задержкой отвечает на поставленные вопросы, сонлив. Положительные симптомы Кернига с обеих сторон. Обоняние не нарушено. Экзофтальм. Сходящееся косоглазие. Наблюдается парез взора вверх. Глазные щели D=S. Нистагм крупноразмашистый при взгляде во все стороны. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц снижен. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, высокой амплитуды с ног. Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы не выполняет из-за тяжести состояния. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

#### Экзаменационная задача № 10

Больной, 65 лет, жалуется на частые головные боли, сопровождающиеся головокружением, общую слабость, двоение в глазах при взгляде в стороны, снижение остроты зрения больше на правый глаз. Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые появилось снижение зрения, позднее присоединились головные боли, двоение в глазах. Перенесенные заболевания: грипп. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 65 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 65 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочевыделение нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено, снижение зрения больше на правый глаз, диплопия при взгляде вправо. Не доводит правое глазное яблоко до крайнего правого положения. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Правосторонняя тугоухость. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчив с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с мимопаданием правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения и его детальная характеристика

#### Экзаменационная задача № 11

Пациент 38 лет, жалуется на периодические приступообразные боли в шее с иррадиацией в левую теменно-затылочную область, сильное головокружение, шаткость при ходьбе. Болен в течение 7 лет. Консервативное лечение у невролога обеспечивает временный эффект. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: язвенная болезнь 12 перстной кишки (резекция желудка в 1989 г). Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В

легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. При движении в шее возникает крупноразмашистый нистагм. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Двусторонние рефлексы Россолимо (верхний и нижний). В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы руками выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Лечение данного пациента.

Экзаменационная задача № 12

Больной 39 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие по передней поверхности левой ноги, усиливающиеся при физической нагрузке, онемение передней поверхности левого бедра. Боли в поясничной области около 20 лет. Ухудшение возникло около 3 лет назад, курсы консервативной амбулаторной терапии у невролога без эффекта. В течение 2 лет возникла иррадиация болей по передней поверхности левой нижней конечности. Перенесенные заболевания: хронический обструктивный бронхит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких жестковатое дыхание, единичные сухие хрипы. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в

полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительных и мимических нарушений на лице нет. Слух не нарушен. Фокация и глотание в норме. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Коленный рефлекс S<D. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены. Правосторонний сколиоз в поясничном отделе. Симптом Ласега отрицателен. Гипестезия в зоне иннервации L1-L2 слева.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Лечение.

Экзаменационная задача № 13

Больной 47 лет, жалуется на онемение правой руки и ноги, онемение по наружному краю левой стопы, слабость в правой руке. Боли в шейном отделе в течение многих лет. Онемение правой ноги отмечает в течение 5 лет. Проходил курсы консервативного лечения с незначительным эффектом. Ухудшение развилось около 2 лет назад, когда больной отметил появление слабости, онемения в правой руке. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, в анамнезе отсутствуют. Перенесенные операции- аппендэктомия. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 84 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц в правой стопе- 3 балла, в левой- 4 балла. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S рук, D=S с ног, оживлены, двусторонние рефлексы Бабинского. Патологические рефлексы Россолимо, Маринеску-Радовичи. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище сохранена. Гипестезия в зоне иннервации C6-Th1 справа, L4-L5 справа. Слабость тыльного сгибания правой стопы.

Вопросы:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.

3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

4. Тактика лечения

#### Экзаменационная задача № 14

Пациент 53 лет жалуется на общую слабость, шаткость при ходьбе, приступы судорог в левой руке. Болен в течение года, когда впервые возник приступ судорог в левой руке. Приступы регулярно повторялись с частотой 2-3 раза в месяц; больному не лечился. Около месяца назад окружающие заметили изменение в поведении - больной стал заторможенным, присоединилась легкая слабость в левой руке. **ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** острые респираторные инфекции. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют. **STATUS PRAESENS** Общее состояние средней тяжести. Умеренное оглушение. Телосложение астеническое. Кожные покровы чистые, землистой окраски. Тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 84 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочиспускание нормальное. Больному заторможен, медленно отвечает на вопросы, устает в беседе. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубная складка справа сглажена. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Легкий левосторонний гемипарез, более выраженный в руке. Положительная проба Барре слева. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, S>D. Определяются патологические рефлексы Россолимо, Маринеску-Радовичи с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием слева. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена. Больному обследован. Заключение офтальмолога: Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Предварительный клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.
5. Прогноз заболевания.

#### Экзаменационная задача № 15

Женщина 50 лет жалуется на головные боли, преимущественно по утрам, снижение остроты зрения на правый глаз. Полгода назад внезапно на фоне полного здоровья появилась сильная головная боль, тошнота со рвотой. Машиной «Скорой помощи» была переведена в городскую больницу по месту жительства, где госпитализирована в неврологическое отделение с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения. Был проведен курс консервативной терапии с постепенным улучшением состояния. Месяц назад возник повторный эпизод интенсивной головной боли, в связи с чем

госпитализирована повторно. Сознание ясное. Ригидность затылочных мышц + 2 см, двусторонние положительные симптомы Кернига. Обоняние не нарушено. Зрение снижено на правый глаз. Слабость конвергенции справа. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S с оживлением коленных. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предположительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Экзаменационная задача № 16.

Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти. Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. Общее состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Больной малоактивен, говорит неохотно, мало. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексы D>S. Патологические рефлексы: положительные рефлексы орального автоматизма, двусторонний симптом Россолимо. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
2. Топический диагноз
3. Клинический диагноз
4. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).
5. Лечение данного заболевания.

Экзаменационная задача № 17.

Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст. Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ



**ЗАБОЛЕВАНИЯ:** гипертоническая болезнь 2 ст., хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормально. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики (см. приложение к задаче).
4. Лечение данной больной.

Экзаменационная задача № 18

Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах. Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли. Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен. Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Больной сонлив, мало разговаривает. Ориентирование в месте, времени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимоподпаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
4. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

#### Экзаменационная задача № 19

Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы. В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает. В анамнезе жизни - хронический калькулезный холецистит (на данный момент - вне обострения), фибромиома матки. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Плохо понимает обращенную речь, сама говорит с ошибками. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (в руке - 3 балла, в ноге - 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена. При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания. (см. приложение к задаче). Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
4. Лечение данного заболевания.

#### Экзаменационная задача № 20

Больная 54 года, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на умеренную головную боль, головокружение, шаткость, неустойчивость при ходьбе, с тенденцией падения вправо, снижение слуха на правое ухо, нарушение почерка. Со слов больной, заболевание началось с незначительного снижения слуха на правое ухо, отмеченное около 6 лет назад. Консультирована сурдологом. Патологии не выявлено. Через 3 года присоединилось головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к неврологу по месту жительства. Лечилась консервативно с положительным эффектом. Данные жалобы постепенно прогрессировали. Резкое ухудшение произошло 1,5 месяца назад. Усилилось головокружение, шаткость при ходьбе с тенденцией падения вправо. Перенесенные заболевания – грипп. Венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют.

Наследственность неотягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение снижено. Движения глаз в полном объеме. Снижен правый корнеальный рефлекс. Глазные щели D=S. Горизонтально-ротаторный нистагм при взгляде в обе стороны. Зрачки D=S. Гипестезия лица справа. Носогубные складки симметричны. Слух справа отсутствует. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, повышены с расширением рефлексогенных зон. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива, с тенденцией падения вправо. Аудиодохокинез справа. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения

### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ

1. Укажите наиболее частую локализацию артериальных /мешотчатых/ аневризм: /2/

1. передняя мозговая артерия
2. передняя мозговая-передняя соединительная артерия
3. вертебро-базилярная система
4. внутренняя сонная артерия /интракраниальный отдел/
5. средняя мозговая артерия

2. Наиболее частый тип клинического течения артериальных аневризм:  
/2/

1. с судорожным синдромом
2. с геморрагическим синдромом
3. с гипертензионно-гидроцефальным синдромом
4. с псевдотуморозным синдромом
5. с психическими нарушениями

3. Характерные признаки артерио-венозной мальформации покровов головы? /3/

1. бледность кожных покровов головы
2. локальная синюшность, нарушение трофики кожи
3. локальная болезненная припухлость
4. пульсирующий шум над припухлостью
5. расширение подкожных вен головы и шеи

4. Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то нейрохирург должен:

А. Отказаться от операции

Б. Принять решение оперировать больного

В. Созвать консилиум в составе старшего по клинике, анестезиолога, терапевта для решения вопроса об операции

Г. Предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска

5. Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то нейрохирург должен:

А. Отказаться от операции

Б. Принять решение оперировать больного

В. Созвать консилиум в составе старшего по клинике, анестезиолога, терапевта для решения вопроса об операции

Г. Предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска

Д. Правильно В) и Г).

6. Больной после операции находится в реанимационном отделении, ответственность за лечение больного возлагается на:

А. Врача-реаниматолога

Б. Врача-анестезиолога

В. Оперировавшего нейрохирурга

Г. Всех вместе во главе с реаниматологом

Д. Всех вместе во главе с оперировавшим нейрохирургом

7. Иннервация твердой мозговой оболочки осуществляется ветвями:

А. Тройничного и блуждающего нервов

Б. Тройничного, лицевого и языкоглоточного нервов

В. Лицевого, добавочного и блуждающего нервов

8. Кости черепа снабжаются кровью от:

А. Ветвей наружной сонной артерии

Б. Сифона внутренней сонной артерии

В. Передней мозговой артерии

Г. Оболочечных артерий

Д. Позвоночной артерии

9. Внутренняя капсула расположена:

А. Между хвостатым и чечевицеобразным ядрами

Б. Между зрительным бугром и чечевицеобразным ядром

В. Между наружной стенкой III желудочка и зрительным бугром

Г. Между скорлупой и оградой

Д. Правильно А и Б

9. Нижнюю стенку 3-го желудочка составляют:

А. Ножки мозга и заднее продырявленное вещество

Б. Хориоидальная эпителиальная пластинка

В. Медиальная поверхность зрительных бугров

Г. Задние и передние спайки мозга

Д. Сосковидное тело, серый бугор, хиазма

Е. Правильно А и Д

10. В кровоснабжении спинного мозга принимают участие:

А. Аорта

Б. Позвоночная артерия

В. Межреберные артерии

Г. Общие подвздошные артерии

Д. Все перечисленное

11. Через кавернозный синус проходят:

А. Передняя мозговая артерия

Б. Внутренняя сонная артерия

В. Нервы мосто-мозжечкового угла

Г. III, IV, VI пары черепно-мозговых нервов

Д. Правильно Б и Г

12. Локтевой нерв образуется из:

- А. Медиального вторичного ствола плечевого сплетения
- В. Латерального вторичного ствола плечевого сплетения
- В. Заднего вторичного ствола плечевого сплетения
- Г. Из медиального и латерального стволов плечевого сплетения

13. В верхней 1/3 бедра седалищный нерв располагается:

- А. Между большой ягодичной и запирательной мышцами
- Б. Между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и большой приводящей мышцей
- В. Кнутри от подвздошной артерии
- Г. Между полусухожильной и двуглавой мышцами бедра

Д. Под грушевидной мышцей

14. Перечислить основные образования на основании мозга:

А. Орбитальная поверхность лобной доли, нижние поверхности височной и затылочной долей

Б. Обонятельная луковица, обонятельный тракт, обонятельный треугольник, продырявленные пластинки, зрительный нерв, хиазма, гипофиз, серый бугор, маммилярные тела, зрительный тракт, ножки мозга, мост, продолговатый мозг, пирамиды, оливы, мозжечок, черепно-мозговые нервы III-XII

В. Лобная, затылочная, теменная, височная доли больших полушарий, мозжечок, ствол, черепно-мозговые нервы

Г. Ствол, ножки мозга, теменная и височная доли полушарий, обонятельный и зрительный тракты, мозолистое тело, таламус, гипофиз

Д. Правильно А и Б

15. Назвать стенки переднего рога бокового желудочка:

А. Верхняя, передняя и частично нижняя - волокна мозолистого тела; частично нижняя и наружная - головка хвостатого тела

Б. Верхняя и передняя – головка хвостатого ядра, медиальная - пластинка прозрачной перегородки. сзади переходит в центральную часть желудочка

В. Верхняя - передняя центральная извилина, передняя - лобная доля, нижняя - мозолистое тело,

Г. Передняя - полюс лобной доли, верхняя - нижняя лобная извилина, нижняя - мозолистое тело, задняя - таламус

16. Чем иннервируется твердая мозговая оболочка спинного мозга?

А. Иннервации не имеет

Б. Менингеальными ветвями спинальных нервов

В. Передними корешкам

17. Через какие отверстия покидают череп главные ветви тройничного нерва?

А. Глазной нерв через верхнюю глазничную щель, верхнечелюстной - через круглое отверстие, нижнечелюстной - через овальное отверстие

Б. Глазной нерв - через зрительное отверстие, верхнечелюстной - через овальное отверстие, нижнечелюстной - через круглое отверстие

В. Глазной нерв - через верхнюю глазничную щель, верхнечелюстной - через рваное отверстие, нижнечелюстной - через яремное отверстие

18. Какой вид чувствительности обеспечивается языкоглоточным нервом?

А. Температурная

Б. Болевая

В. Глубокая

Г. Вкусовая и общая

19. Опишите ход блуждающего нерва после выхода из черепа до верхней грудной апертуры:

А. В области шеи входит в состав сосудистого пучка, располагаясь между задней поверхностью внутренней яремной вены и медиальнее внутренней сонной, а затем наружной сонной артерии, кнутри от симпатического ствола

Б. Выходя из отверстия X нерв делает изгиб вперед и вверх и располагается впереди и кнутри от сосудов шеи, с которыми идет в грудную полость

В. Выходя из черепа, располагается позади симпатической цепочки и идет вдоль позвоночника до задних отделов грудной апертуры

20. Костно-пластическая трепанация показана при:

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

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

В. Внутримозговых гематомах и витальными нарушениями

Г. Обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами

Д. Все верно

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

А. 1:1

Б. 1:1.5-2

В. 1,5:1

Г. 2:1 Д. 3:1

22. При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению:

А. Вентро-латеральное ядро таламуса

Б. Миндалевидный комплекс

В. Субталамическая область

Г. Латеральное гипоталамическое ядро

Д. Правильно А и В

23. К аневризмам верхней 1/3 основной артерии оптимальным доступом является:

А. Парамедианный доступ

Б. Затылочный доступ

В. По Нафцигер-Тауну

Г. Теменно-затылочный доступ

Д. Трансфарингеальный доступ

24. При болевых синдромах, вызванных преганглионарным поражением плечевого сплетения, операция выполняется на:

А. Первичных стволах плечевого сплетения



- Б. Вторичных стволах плечевого сплетения
- В. Задне-боковых входных зонах спинного мозга
- Г. Симпатической нервной системе
- Д. Все перечисленное, кроме В

25. При травмах плечевого сплетения могут быть выполнены:

- А. Невролиз
- Б. Невротизация
- В. Эндоневролиз
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

26. У больного остро развилась гемиплегия центрального типа, равномерно выраженная в левых конечностях, гемианестезия слева, анозогнозия двигательного дефекта. Где очаг?

- А. В белом веществе правого полушария ближе к коре
- Б. Во внутренней капсуле справа
- В. В интерпариетальной борозде справа

27. О чем свидетельствует выявление следующих симптомов: положительные пробы Будды, Барре, Бехтерева, Нери, симптомы Вендеровича, комбинированной флексии Бабинского, Клиппель-Фейля, тиббиальный феномен Штрюмпеля при сохранности движений и силы мышц?

- А. о наличии множественных рассеянных мелких очагов в головном и спинном мозге
- Б. О поражении экстрапирамидных путей
- В. О минимальной выраженности центрального пирамидного пареза

28. У больного выявлены три ведущих симптома ("три геми"): гемиплегия, гемианестезия, гемианопсия. Где очаг?

- А. В области коленчатого тела на противоположной гемианопсии стороне
- Б. Во внутренней капсуле на противоположной стороне
- В. Имеется два очага: один в зрительном тракте на противоположной стороне и в верхних отделах спинного мозга на стороне пареза

29. У больного выявлен синдром "пяти геми": гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия, центральные боли по гемитипу, трофические расстройства в кисти на стороне боли. Где очаг?

- А. В таламусе на противоположной стороне
- Б. В нижних отделах ствола на стороне симптомов
- В. Во внутренней капсуле на противоположной стороне

30. К опухолям менингосудистого ряда относятся:

- А. Пинеалома
- Б. Астропитома
- В. Менингиома
- Г. Гемангиобластома
- Д. Глиома

31. К нейроэпителиальным опухолям относятся все перечисленные, исключая:

- А. Хориоидпапилломы
- Б. Астроцитомы
- В. Эпендимомы
- Г. Олигодендроглиомы
- Д. Нейрофибромы

32. К опухолям, растущим из аденогипофиза, относятся все перечисленные, кроме:

- А. Эозинофильных аденом
- Б. Базофильных аденом
- В. Ганглиом
- Г. Хромофобных аденом
- Д. Прولاктином

33. Различают следующие виды краниофарингиом:

- А. Узловые
- Б. Кистозные
- В. Распространенные
- Г. Дистрофические
- Д. Все указанные формы, кроме Г

34. Характерными признаками злокачественных опухолей головного мозга являются все перечисленные, кроме:

- А. Полиморфизма
- Б. Диффузности
- В. Метастазирования
- Г. Четкой ограниченности узла
- Д. Измененной структуры клетки опухоли

35. Характерными морфологическими изменениями больших полушарий мозга при энцефалите являются:

- А. Утолщение оболочек мозга
- Б. Размягчение вещества
- В. Сглаженность борозд
- Г Скопление гноя под сосудистой оболочкой
- Д. Все перечисленные

36. Основными патоморфологическими признаками височно-тенториального вклинения являются:

- А. Сдавление и деформация ствола
- В. Истончение мозжечкового намета
- В. Кровоизлияния в ствол мозга
- Г. Сглаженность поверхности ствола мозга
- Д. Правильно А и В

37. Прорыв крови в субарахноидальное пространство головного мозга при артериальных аневризмах возникает вследствие разрыва:

- А. Непосредственно артерии
- Б. Артерии, впадающей в аневризму
- В. Шейки
- Г. Дна
- Д. Тела

38. К анатомическим элементам артерио-венозных мальформаций относятся:

- А. Вены притока
- Б. Капилляры
- В. Патологически измененный клубок сосудов
- Г. Афферентные артерии и вены оттока
- Д. Верно В и Г

39. Основными структурными слоями кавернозного синуса являются:

- А. Арахноидальная оболочка
- Б. Эндотелий
- В. Соединительно-тканная оболочка
- Г. Наружный листок твердой мозговой оболочки
- Д. Правильно все, кроме А

40. Патологоанатомическая сущность каротидно-кавернозного соустья выражается в:

- А. Разрыве сосудов стенки кавернозного синуса
- Б. Повреждении глазничной вены
- В. Повреждении трабекулярных артерий
- Г. Разрыве стенки кавернозной части внутренней сонной артерии
- Д. Разрыве глазной артерии

41. Возможными патологоанатомическими изменениями в стволе мозга при тромбозах магистральных сосудов являются все перечисленные, исключая:

- А. Мелкоточечные кровоизлияния
- Б. Ишемические нарушения
- В. Размягчение ствола мозга
- Г. Прорыв крови в желудочек мозга
- Д. Атрофию одной половины ствола мозга

42. Возможными изменениями в подкорковых структурах при окклюзии магистральных артерий могут быть:

- А. Инфаркты
- Б. Гематомы
- В. Мелкоточечные кровоизлияния
- Г. Ишемические нарушения
- Д. Правильно А и Г

43. Начальный период черепно-мозговой травмы характеризуется патологоанатомическими признаками:

- А. Некрозом
- Б. Нарушением ликвороциркуляции
- В. Ишемическими нарушениями
- Г. Нарушениями метаболизма мозга
- Д. Всем перечисленным

44. К возможным видам первичных некрозов ткани головного мозга при черепно-мозговой травме относятся:

- А. Контузионные очаги
- Б. Мелкоклеточные разрушения
- В. Размозжение мозга
- Г. Периаксональные нарушения

Д. Все верно

45.К основным патологоанатомическим признакам раннего периода черепно-мозговой травмы относятся:

А. Ранние инфекционные осложнения

Б. Гематомы

В. Множественные абсцессы

Г. Ограниченный мозговой рубец

Д. Правильно А и Б

46.Патологоанатомическая характеристика промежуточного периода черепно-мозговой травмы включает все перечисленное, кроме:

А. Наличия ликворных кист

Б. Дефектов мозга

В. Мозговых рубцов

Г. Менингита

Д. Менингоэнцефалита

47.К патологоанатомическому понятию диффузно-аксонального повреждения мозга (ДАП) относятся:

А. Гипотензия

Б. Микроскопические разрывы в области мозолистого тела

В. Разрыв в области перехода ствола мозга в спинной мозг

Г. Ушиб лобной доли

Д. Разрывы аксонов

48.Продолжительность позднего периода черепно-мозговой травмы составляет:

А. 3 недели

Б. 4 месяца

В. 6 месяцев

Г. 9 месяцев

Д. Свыше года

49. Причинами синдрома дислокации мозга являются:

А. Повышенное содержание воды в полости черепа

Б. Разница давлений в желудочках мозга на супра-субтенториальном уровнях

В. Гипертензия

Г. Смещение мозга в естественные отверстия черепа

Д. Мелкоочаговые кровоизлияния в подкорковых узлах

50. Перечислите основные влияния ацетилхолина в головном мозге:

А. Передача импульсов в парасимпатических клетках головного мозга; участие в регуляции температуры и сна; снижение артериального давления

Б. Длительная активация коры, регуляция сосудодвигательного и дыхательного центров

В. Ритмическая активация коры, обеспечение пассивно-оборонительных реакций и трофических процессов в нервных клетках, вагоинсулярные вегетативные эффекты

51. Причинами развития внутричерепной гипертензии является все перечисленное, исключая:

А. Венозную гиперемия

Б. Артериальную гипотензию

В. Нарушение ликворооттока

Г. Нарушение секреции ликвора

Д. Затруднение в системе венозного оттока

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

А. Нарушение гемодинамики

Б. Ларингоспазм

В. Тахипноэ

Г. Повышение внутричерепного давления

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

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

54. Чем обусловлено повышение внутричерепного давления при введении деполаризующих миорелаксантов для интубации трахеи?

- А. Фибрилляцией мышц
- Б. Остановкой дыхания
- В. Повышением давления в полых венах
- Г. Увеличением кровенаполнения мозга, а, следовательно, и увеличением объема мозга
- Д. Сочетанием и последовательностью ответов А, В; Г'

55. Возможные осложнения операций на головном мозге в положении больного сидя:

- А. Резкое усиление кровотечения из операционной раны
- Б. Отек-набухание головного мозга
- В. Воздушная эмболия
- Г. Дислокационный синдром
- Д. Все перечисленные

56. Салуретики, уменьшающие образование ликвора:

- А. Фуросемид
- Б. Диакарб
- В. Бринальдинс
- Г. Гипотиазид
- Д. Урегит (этакриновая кислота)

57. Фуросемид:



- А. Повышает реакцию сосудов на катехоламины
- Б. Снижает реакцию сосудов на катехоламины
- В. Усиливает действие ганглиоблокирующих веществ
- Г. Сочетание ответов А и В
- Д. Сочетание ответов Б и В

58. При несахарном мочеизнурении используют:

- А. Лазикс
- Б. Питуитрин
- В. Гиподиазид
- Г. Диакарб
- Д. Эуфиллин

59. В целях диагностики характера и степени поражения центральной нервной системы планируется произвести ангиографию головного мозга. Какой препарат для в/венного общего обезболивания наиболее целесообразно использовать в данном случае с учетом возможности его положительного влияния на качество ангиографии?

- А. Тиопентал
- Б. Седуксен
- В. Гексенал
- Г. Солебrevил
- Д. Фортрал

60. Операционное положение "на боку" применяется при операциях на височной доле мозга и пограничных с ней областях, на задней черепной ямке, при вмешательствах на позвоночнике и спинном мозге. Поворот больных со спины на бок после вводного наркоза, особенно у тяжелых ослабленных больных опасен:

- Л. Остановкой дыхания
- Б. Постуральной реакцией
- В. Повышением внутричерепного давления
- Г. Снижением внутричерепного давления

61. При тяжелой ЧМТ развиваются следующие нарушения в системе гемостаза:
- А. Гипокоагуляция
  - Б. Гиперкоагуляция
  - В. Тромбоцитопения
  - Г. Повышенная агрегация тромбоцитов
  - Д. Развитие ДВС-синдрома
62. Основные осложнения ДВС-синдрома у нейрохирургических больных:
- А. Печеночная недостаточность
  - Б. Развитие внутричерепных гематом
  - В. Легочная недостаточность
  - Г. Сочетание ответов Б и В
  - Д. Почечная недостаточность
  - Е. Сочетание ответов А и Д
63. Какие манипуляции при спинальном шоке могут привести к остановке сердца?
- А. Изменения положения тела
  - Б. Введение наркотических анальгетиков
  - В. Введение вазопрессоров
  - Г. Введение ганглиоблокаторов
  - Д. Сочетание ответов А, В, Г
64. Какие патофизиологические механизмы лежат в основе травматического шока?
- А. Увеличение объема сосудистого русла
  - Б. Снижение ОЦК
  - В. Боль
  - Г. Сочетание ответов А и Б
  - Д. Сочетание ответов Б и В

65. Основные принципы лечения травматического шока:

- А. Обезболивание
- Б. Иммобилизация
- В. Использование вазопрессоров
- Г. Восполнение ОЦК
- Д. Сочетание ответов А, Б и Г

66. Размеры турецкого седла в норме составляют:

- А. Сагитт. 7-9 мм, верт. 5-7 мм
- Б. Сагитт. 11-12 мм, верт. 9-10 мм
- В. Сагитт. 15-17 мм, верт. 12-14 мм
- Г. Сагитт. 12-15 мм, верт. 10-12 мм
- Д. Правильно Б и Г

67. Рентгенологическая картина при эндосупраселлярном росте опухоли гипофиза характеризуется:

- А. Деструкцией дна турецкого седла
- Б. Продавливанием дна турецкого седла в основную пазуху
- В. Атрофией боковых стенок турецкого седла с расширением входа в него
- Г. Приподнятостью и заостренностью отклоненных отростков
- Д. Правильно Б и Г

68. Зрительные расстройства при краниофарингиомах выражаются:

- А. Битемпоральной гемианопсией
- Б. Гомонимной гемианопсией
- В. Квадрантной гемианопсией
- Г. Центральными скотомами
- Д. Правильно Б и Г

69. Эндокринно-обменные нарушения у детей при краниофарингиомах выражаются:

- А. Несахарным диабетом
- Б. Адипозогенитальным синдромом
- В. Гипотонией
- Г. Гипотиреозом
- Д. Гипопитуитаризмом

70. Наиболее частые эндокринно-обменные нарушения при краниофарингиомах у взрослых это:

- А. Несахарный диабет
- Б. Импотенция или аменорея
- В. Адипогенитальный синдром
- Г. Гипотензия
- Д. Гипотиреоз

71. Краниофарингиомы развиваются из:

- А. Нейрогипофиза
- Б. Аденогипофиза
- В. Дна III желудочка
- Г. Кармана Ратке
- Д. Бугорка турецкого седла

72. Краниофарингиомы проявляют себя наиболее часто:

- А. С момента рождения
- Б. 1-3 года
- В. 3-19 лет
- Г. 20-30 лет
- Д. 30-50 лет

73. Клиническое проявление краниофарингиом выражается:

- А. Нарушением остроты зрения

Б. Адипозогенитальным синдромом

В. Гидроцефалией

Г. Гипофизарным нанизмом

Д. Правильно Б и Г

74. Клинически краниофарингиома чаще проявляется:

А. Как несекретирующая опухоль гипофиза с эндоселлярным ростом

Б. Как опухоль гипофиза с гипертензионным и хиазмальным синдромами

В. Преобладанием гипертензионных явлений и гипоталамических нарушений

Г. Синдромом поражения височных и базальных отделов лобных долей

Д. Зрительными расстройствами

75. В III желудочке чаще встречаются опухоли:

А. Хориоидпапиллома

Б. Эпендимома

В. Арахноидэндотелиома

Г. Коллоидные кисты

Д. Эпидермоиды

76. Основными клиническими проявлениями опухолей передне-верхнего отдела III желудочка являются:

А. Разлитые головные боли в области лба и затылка, возможны приступы со рвотой

Б. Застойные соски, иногда с вторичной атрофией, вынужденное положение головы

В. Гипофункция половых желез

Г. Полная или неполная битемпоральная гемианопсия, реже гомонимная

Д. Только А и Б

77. Основные клинические проявления опухолей дна III желудочка выражаются:

А. Разлитыми головными болями в области лба и затылка, возможны приступы со рвотой

Б. Застойными сосками, иногда с вторичной атрофией. вынужденным положением головы

В. Гипофункцией половых желез, диэнцефальным синдромом

Г'. Полной или неполной битемпоральной гемианопсией, реже гомонимной

Д. Только В и Г

78. Типичными эндокринными нарушениями при опухолях дна III желудочка являются все перечисленные, кроме:

А. Гипофункции половых желез

Б. Нарушения схемы сна

В. Нарушения углеводного и водного обмена

Г. Гипертиреоза

Д. Зрительных расстройств

79. Наиболее типичные зрительные нарушения при опухолях дна III желудочка:

А. Застойные соски зрительных нервов

Б. Застойные соски с вторичной атрофией зрительных нервов

В. Полная или неполная битемпоральная гемианопсия

Г. Изменение полей зрения по типу концентрического сужения

Д. Все перечисленное

80. Дифференцировать опухоли дна III желудочка в первую очередь следует с:

А. Аденомой гипофиза

В. Опухолью височной доли

В. Арахноидитом

Г. Глиомой зрительного нерва

Д. Всем перечисленным

81. Из всех менингиом головного мозга менингиомы бугорка турецкого седла составляют:

А. 1-2%

Б. 3-5%

В. 5-10%

Г. 10-13%

Д. 14-15%

82. Менингиомы бугорка турецкого седла чаще располагаются:

А. Антехиазмально

Б. Супрадиафрагмально

В. Супрахиазмально

Г. Параселлярно

Д. В передней черепной яме

83. Наиболее частые начальные зрительные нарушения при менингиомах бугорка турецкого седла:

А. Застойные соски зрительных нервов

Б. Первичная атрофия зрительных нервов

В. Асимметричное снижение остроты зрения

Г. Битемпоральная гемианопсия

Д. Правильно все, кроме Г

84. Глиомы зрительных нервов и хиазмы возникают в:

А. До 1% случаев всех опухолей головного мозга

Б. 1-1,5% случаев всех опухолей головного мозга

В. 2-2,5% случаев всех опухолей головного мозга

Г. 3% случаев всех опухолей головного мозга

85. Динамика зрительных нарушений при глиоме зрительного нерва выражается:

А. Снижением остроты зрения первоначально на один глаз

Б. Концентрическим сужением полей зрения и развитием простой атрофии зрительного нерва

В. Нарастанием аналогичных нарушений зрения с противоположной стороны

Г. Первичным двусторонним характером зрительных нарушений

Д. Правильно все, кроме Г

86. Зрительные нарушения при глиоме хиазмы зрительных нервов характеризуются:

Л. Асимметричными изменениями полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии

Б. Биназальной гемианопсией

В. Центральными скотомами

Г. Прогрессированием слепоты

Д. Всем перечисленным, кроме Б.

87. Симптомами повышения внутричерепного давления являются:

А. Утренние головные боли

Б. Приступообразные вечерние головные боли со рвотой

В. Застойные соски зрительных нервов с переходом в атрофию

Г. Вторичные изменения костей свода черепа и турецкого седла

Д. Все перечисленное, кроме Б

88. Симптомами окклюзионного приступа являются:

А. Усиление головной боли в области затылка

Б. Резкие головные боли, двигательное беспокойство

В. Внезапные головные боли, нарушение сознания, нарастание глазодвигательных нарушений, пирамидных и стволовых расстройств

Г. Кома, снижение тонуса в конечностях, патологические симптомы

Д. Правильно А и В

89. К наиболее частым интрамедулярным опухолям спинного мозга относятся следующие:

А. Астроцитомы

Б. Олигодендроглиомы



В. Эпендимомы

Г. Ангиоретикуломы

Д. Спонгиобластомы

90. К наиболее частым экстрамедулярным относятся следующие опухоли спинного мозга:

А. Невриномы

Б. Менингеомы

В. Менингосаркомы

Г. Эпендимомы

Д. Эпидермоиды

91. К наиболее частым первичным опухолям позвоночника относятся:

А. Саркомы

Б. Остеомы

В. Остеофибромы

Г. Остеобластокластомы

Д. Метастатические

92. Опухоли спинного мозга, часто растущие по типу "песочных часов" это:

А. Холестеатомы

Б. Менингиомы

В. Саркомы

Г. Невриномы

Д. Все перечисленные

93. Опухоли спинного мозга высокой шейной локализации сопровождаются следующей клиникой:

А. Вертикальный нистагм

Б. Боли в шейно-затылочной области

В. Дыхательные расстройства

Г'. Проводниковые расстройства центрального типа

Д. Все верно, кроме А

94. Клиника опухолей шейного утолщения спинного мозга складывается из:

А. Спастического пареза в руках

Б. Болей в спине и вялого тетрапареза

В. Болей в руках, атрофии мышц плечевого пояса и спастики в ногах

Г. Спастического тетрапареза

Д. Нижнего спастического парапареза

95. Клиника опухолей ТН 1-2 сегментов спинного мозга исключает:

А. Синдром Горнера

Б. Синдром Броун-Секара

В. Синдром Эльсберг-Дайка

Г. Нижний спастический парапарез

Д. Возможно все перечисленное

96. При опухолях области поясничного утолщения у больного выявляются:

А. Нижний вялый парапарез

Б. Нижний спастический парапарез

В. Боли в спине

Г. Недержание мочи

Д. Верно В и Г

97. Опухоли спинного мозга в области конуса вызывают:

А. Боли в межлопаточной области

Б. Боли в одной ноге

В. Задержку мочи

Г. Недержание мочи

Д. Верно Б и Г

98. При невритноме S1 корешка возникают:

А. Боли в поясничном отделе

Б. Боль по задней поверхности бедра и задне-наружной поверхности голени

В. Боли ослабевают в положении лежа

Г. Оживление коленного и ахиллова рефлексов

Д. Все верно

99. При опухолях крестцового канала возникают:

А. Ноющие боли пояснично-крестцовой локализации

Б. Боли в промежности

В. Тазовые расстройства

Г. Все перечисленное

Д. Оживление сухожильных рефлексов в ногах

100. Клинические симптомы верхнего уровня опухоли спинного мозга включают:

А. Сегментарные расстройства чувствительности

Б. Верхний уровень проводниковых расстройств чувствительности

В. Локальная болезненность при перкуссии остистых отростков

Г. Снижение рефлексов, формирующихся из пораженного сегмента мозга

Д. Все перечисленное

101. Основные клинические признаки цистицеркоза IV желудочка включают:

А. Брунсоподобные приступы

Б. Головокружения

В. Поражение VII, XII черепно-мозговых нервов

Г. Застойные диски зрительных нервов

Д. Отвращение к сладкой и жирной пище

102. 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

103. К кардинальным симптомам артериальных аневризм кавернозной части внутренней сонной артерии относятся все перечисленные, кроме:

А. Потери сознания

Б. Экзофтальма

В. Поражения III, VI, IV черепно-мозговых нервов

Г. Сосудистых шумов

Д. Эпилептических припадков

104. К основным признакам, характеризующим мешотчатые аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии, относятся все перечисленные, кроме:

А. Экзофтальма

Б. Болей в лобно-височной области

В. Поражения III пары черепно-мозговых нервов

Г. Гомонимной гемианопсии

Д. Снижения зрения

105. При разрыве аневризм передней мозговой передней соединительной артерии у больных отмечается все перечисленное, кроме:

А. Менингеального синдрома

Б. Экзофтальма

В. Преходящих парезов в конечностях

Г. Нарушений полей зрения

Д. Психических расстройств

106. Каков общий принцип кровоснабжения периферической нервной системы?

А. Периферические нервные стволы всех уровней получают приносящие ветви от магистральных артерий конечности и дополнительные от рядом расположенных сосудов, их ветви образуют периневральное сплетение, веточки которого распадаются на все более мелкие сосуды, образующие внутринервное сплетение.

Б. Периферические нервы снабжаются кровью длинными ветвями магистрального сосуда, прилегающего к нерву и питающего его диффузией и осмосом.

В. Периферические нервы питаются поперечными сегментарными ветвями основной артерии соответствующей конечности.

107. При разрыве артериальных аневризм средней мозговой артерии отмечается все перечисленное ниже, кроме:

А. Головной боли

Б. Пареза VI нерва

В. Субарахноидальных паренхиматозных кровоизлияний

Г. Гемипарезов

Д. Психических расстройств

108. Причинами развития очаговых неврологических симптомов обычно являются:

А. Субарахноидальные кровоизлияния

Б. Острое расширение субарахноидальных щелей

В. Внутримозговая гематома

Г. Ангиоспазм

Д. Правильно В и Г

109. Под открытой черепно-мозговой травмой следует понимать:

А. Любое повреждение мягких тканей головы.

Б. Рану с повреждением апоневроза.

В. Совпадение раны с переломом черепа.

Г. Скальпированную рану.

Д. Все перечисленное.

110. Ушиб головного мозга средней тяжести как правило не сопровождается:

А. Утратой сознания более часа.

Б. Утратой сознания на несколько суток.

В. Стволовой симптоматикой.

Г. Двухсторонней очаговой симптоматикой.

Д. Субарахноидальным кровоизлиянием.

111. К вегетативно-сосудистым нарушениям, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится:

А. Головная боль.

Б. Светобоязнь.

В. Повышенная потливость, озноб.

Г. Тошнота.

Д. Все перечисленное.

112. К астеническим симптомам, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится:

А. Головная боль.

Б. Повышенная потливость.

В. Повышенная утомляемость.

Г. Головокружение.

Д. Раздражительность.

113. При сотрясении головного мозга преходящим стволовым симптомом является:

А. Нистагм.

Б. Ограничение подвижности глазных яблок.

В. Двусторонние патологические знаки.

Г. Парез взора вверх.

Д. Симптом Ман-Гуревича.

114. При сотрясении головного мозга возможны следующие полушарные симптомы:

А. Преходящая анизорефлексия.

Б. Парезы конечностей.

В. Нарушение чувствительности.

Г. Афатические расстройства.

Д. Все перечисленное.

115. Мезенцефальная симптоматика при тяжелом ушибе головного мозга проявляется:

А. Симптомом Гертвига-Мажанди.

Б. Парезом взора вверх.

В. Спонтанным вертикальным нистагмом.

Г. Двусторонними патологическими знаками.

Д. Всем перечисленным.

116. Экстрапирамидная симптоматика при ушибе головного мозга проявляется:

А. Спонтанным вертикальным нистагмом.

Б. Изменением тонуса по экстрапирамидному типу и тремором в конечностях.

В. Симптомом Гертвига-Мажанди.

Г. Двусторонними патологическими знаками.

Д. Всем перечисленным.

117. Диэнцефальная симптоматика при ушибе головного мозга проявляется:

А. Повышенной потливостью.

Б. Неустойчивостью АД.

В. Нарушением дыхания.

Г. Повышением температуры тела.

Д. Всем перечисленным.

118. Мезенцефалобульбарная симптоматика при ушибе головного мозга проявляется:

- А. Нарушением ритма дыхания.
- Б. Нарушением гемодинамики.
- В. Глубокой утратой сознания.
- Г. Первично стволовой симптоматикой.
- Д. Всем перечисленным.

119. Под открытым переломом свода черепа понимают:

- А. Повреждение мягких тканей в проекции перелома.
- Б. Назальную и ушную ликворею.
- В. Сочетание раны с повреждением апоневроза и переломом костей черепа
- Г. Все перечисленное.
- Д. Ни то, ни другое.

120. При переломе пирамиды височной кости наблюдаются:

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

121. Возможны следующие виды травматических субарахноидальных кровоизлияний:

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



122. Субдуральные гематомы, локализующиеся на основании средней черепной ямки, чаще проявляются:

- А. Расширением зрачка.
- Б. Эпиприпадками.
- В. Гемипарезом.
- Г. Центральным парезом лицевого нерва.
- Д. Снижением роговичного рефлекса.

123. Типичный вариант клинического течения хронических субдуральных гематом:

- А. Бессимптомное течение.
- Б. Классический вариант с трехфазным нарушением сознания и светлым промежутком.
- В. Светлые промежутки не менее 3 недель.
- Г. Светлый промежуток 3-7 дней и более.
- Д. Светлый промежуток менее 3 дней.

124. Для внутрижелудочковых гематом характерна:

- А. Утрата сознания после травмы без светлого промежутка.
- Б. Трехфазное изменение сознания.
- В. Утрата сознания через определенное время после травмы.
- Г. Утраты сознания нет.
- Д. Все перечисленное.

125. Первичная назальная ликворея наблюдается при:

- А. Повреждении придаточных пазух носа.
- Б. Переломе костей носа.
- В. Переломах стенок основной пазухи
- Г. Разрыве слизистой носа.
- Д. Всем перечисленном.

126. При оптохиазмальном арахноидите не наблюдаются:

- А. Гомонимная гемианопсия.
- Б. Концентрическое сужение полей зрения.
- В. Снижение остроты зрения.
- Г. Парацентральные скотомы.
- Д. Центральные скотомы.

127. Для позднего травматического абсцесса головного мозга наиболее характерны:

- А. Гипертермия.
- Б. Цитоз в ликворе.
- В. Гипертензионный синдром.
- Г. Менингеальная симптоматика.
- Д. Очаговая симптоматика.

128. Для стадии формирования капсулы абсцесса характерно появление:

- А. Гипертермии.
- Б. Цитоза в ликворе.
- В. Очаговой симптоматики.
- Г. Менингеальной симптоматики.
- Д. Высокой СОЭ

129. Особенности анестезиологического обеспечения при черепно-мозговой травме на фоне алкогольной интоксикации включают:

- А. Назначение диуретиков.
- Б. Переливание большого количества жидкости.
- В. Гипервентиляцию.
- Г. Все перечисленное.
- Д. Верно А и Б.

130. Какие виды в\черепных гематом преобладают у детей грудного возраста?

- А. Эпидуральные.

Б. Субдуральные.

В. В\мозговые.

Г. Множественные.

131. Показания для диагностической трепанации:

А. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.

Б. Закрытый вдавленный перелом костей крыши черепа.

В. Открытый вдавленный проникающий перелом крыши черепа.

Г. Ушиб головного мозга средней тяжести, перелом затылочной кости, мозжечковая недостаточность, брадикардия.

Д. Ушиб головного мозга средней степени, перелом основания передней черепной ямки, пневмоцефалия.

132. При переломе основания черепа, когда показано срочное оперативное вмешательство в первые часы после травмы?

А. Перелом решетчатой кости, назоррея.

Б. Перелом решетчатой кости, пневмоцефалия.

В. Перелом пирамиды височной кости, сопровождающийся симптомокомплексом поражения мосто-мозжечкового угла.

Г. Перелом в области стенок зрительного канала со снижением зрения.

Д. Перелом затылочной кости, пирамидная недостаточность.

133. Противопоказания к краниопластике:

А. Дефект черепа 3x5 см теменной кости.

Б. 3 недели после ПХО открытого вдавленного проникающего перелома черепа с образованием дефекта лобной и смежных отделов теменной кости 5x5 см. Ткани над дефектом черепа западают. Состояние больного удовлетворительное.

В. Дефект черепа 5x5 см у ребенка 7 лет.

Г. 2 мес. после заживления гнойной раны по краю дефекта черепа 2x4 см.

Д. Верно Б и В.

134. Какой из антибиотиков противопоказан для эндолюмбального введения?

А. Натриевая соль пенициллина.

Б. Гентамицин.

В. Левомецитин.

Г. Морфоциклин.

Д. Хлоркальциевый комплекс стрептомицина.

135. Патологическая анатомия диффузного аксонального повреждения головного мозга:

А. Очаги ушиба и разможжения супратенториальных отделов головного мозга.

Б. Субпиальное диффузное кровоизлияние.

В. Множественные мелкие очаги некрозов в супра-и субтенторных отделах головного мозга.

Г. Разрыв аксонов белого вещества мозга.

Д. Нарушение венозного оттока с конвексительных отделов головного мозга.

136. Представители следующих соединений не являются антиконвульсантами:

А. Холинолитики.

Б. Бензодиазепины.

В. Адреноблокаторы.

Г. Соединения вальпроевой кислоты.

Д. Сульфаниламиды.

137. Непосредственную угрозу для жизни при неподдающемся лечению эпилептическом статусе представляет:

А. Судорожный синдром.

Б. Отек мозга.

В. Асфиксия.

Г. Ацидоз

Д. Аритмия.

138. Чаще для лечения отека мозга при эпилептическом статусе используют следующие препараты:

А. Вазодилататоры.

Б. Антигипоксанты.

В. Глюкокортикоиды.

Г. Осмодиуретики.

Д. Салуретики.

#### 4. Методические рекомендации к подготовке и сдаче итогового государственного экзамена

##### 4.1. Рекомендуемая литература

###### *Основная литература*

1. Мартынов Ю.С. Неврология : Учебник / Ю.С. Мартынов. - 4-е изд., исправ. и доп. ; Юбилейное издание. - М. : Изд-во РУДН, 2009. - 624 с. : ил. - (Библиотека классического университета). - ISBN 978-5-209-03390-5 : 368.45.
2. Чмутин Г.Е., Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Кабаева Е.Н. Периферическая нервная система. М.: РУДН. 2019, 72 с.
3. Чмутин Г.Е., Струценко А.А., Гарабова Н.И. [и др.]. Методы исследования в неврологии. М.: Изд-во РУДН. 2018, 64 с.
3. Калинин П.Л., Кутин М.А., Фомичев Д.В. Хирургическое лечение аденом гипофиза. М.:РУДН.2020, 216 с. Гриф УМО
4. Воронов В.Г., Чмутин Г.Е. Вертебромедуллярные пороки развития в детском возрасте. М.: Экон-Информ. 2016, 356 с.
5. В.Г. Воронов, Г.Е. Чмутин. Нейрохирургическая вертебромедуллярная патология у детей и подростков : в 2-х томах. Т. 1 / - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2017. - 442 с. : ил. - ISBN 978-5-209-08186-9. - ISBN 978-5-209-07490-8 : 589.39. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=466598&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=466598&idb=0)
6. В.Г. Воронов, Г.Е. Чмутин. Нейрохирургическая вертебромедуллярная патология у детей и подростков : в 2-х томах. Т. 2 / - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2018. - 516 с. : ил. - ISBN 978-5-209-08459-4. - ISBN 978-5-209-07490-8 : 844.86. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=466596&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=466596&idb=0)
7. Практикум по неврологии : учебное пособие / Н.В. Ноздрюхина, Н.И. Гарабова, М.Г. Буржунова [и др.]. - 8-е изд., испр. и доп. ; Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2020. - 164 с. : ил. - ISBN 978-5-209-09658-0 : 123.66. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=487641&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=487641&idb=0)
8. Неврология : национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-4405-4. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=475773&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=475773&idb=0)
9. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А.: Под ред. А.В.Амелина, Е.Р.Баранцевича. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. С-Пб. Политехника, 2017 г. 663 с
10. Методы исследования в неврологии : учебное пособие / Г.Е. Чмутин, А.А. Струценко, Н.И. Гарабова [и др.]. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2018. - 64 с. : ил. - ISBN 978-5-209-07080-1 : 35.58. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=463982&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=463982&idb=0)
11. Методические рекомендации по самоподготовке к практическим занятиям по нейрохирургии : учебно-методическое пособие / Г.Е. Чмутин, Е.Г. Чмутин. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2017. - 54 с. : ил. - ISBN 978-5-209-07654-4 : 50.66. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=471843&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=471843&idb=0)
12. Периферическая нервная система : учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Г.Е. Чмутин, Н.В. Ноздрюхина, А.А. Струценко, Е.Н. Кабаева. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2019. - 72 с. : ил. - ISBN 978-5-209-08978-0 : 75.30. [http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=481382&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=481382&idb=0)
13. Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Шувахина Н.А. [и др.]. Глоссарий по неврологии 2015
14. Пропедевтика нервных болезней : учебное пособие к практическим занятиям: В 2-х ч. Ч.1 / Н.В. Ноздрюхина, А.А. Струценко, Н.А. Шувахина, Н.И. Гарабова. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2016. - 67 с. : ил. - ISBN 978-5-209-06591-3 : 100.75.

[http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=449482&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=449482&idb=0)

15. Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Гарабова Н.И. [и др.] Сосудистые заболевания головного мозга 2018

Вегетативная нервная система : учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Н.В. Ноздрюхина, Е.Н. Кабаева, Н.И. Гарабова [и др.]. - Электронные текстовые данные. - Москва : РУДН, 2020. - 80 с. : ил. - ISBN 978-5-209-10543-5 :

69.50.[http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn\\_FindDoc&id=492077&idb=0](http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=492077&idb=0)

16. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : Учебник в 2-х томах. Т. 1 : Неврология / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; Под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

17. Сборник вопросов и задач для контроля знаний студентов по нервным болезням : учебно-методическое пособие / Н.В. Ноздрюхина, Н.И. Гарабова, А.А. Струценко, М.Г. Буржунова. - М. : Изд-во РУДН, 2018. - 63 с. - ISBN 978-5-209-08484-6 : 55.33.

#### Дополнительная литература

1. Потапов А.А., Горельшев С.К., Калинин П.Л. Нейрохирургические технологии в лечении заболеваний и повреждений основания черепа. Смоленск. Издательско – полиграфическая фирма «Алина» 2020, 208 с.

2. Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Кабаева Е.Н. [и др.]. Практикум по неврологии. М.: РУДН. 2020, 164 с.

3. Нейродегенеративные заболевания: от генома до целостного организма : Монография в 2-х томах. Т.1 / Под ред. М.В. Угрюмова. - М. : Научный мир, 2014. - 580 с. - ISBN 978-5-91522-400-0. - ISBN 978-5-91522-395-9 : 0.00.

28.991 - Н 46

4. Быков Ю.В. Резистентные депрессии [Текст] : Практическое руководство / Ю.В. Быков, Р.А. Беккер, М.К. Резников. - Киев : Медкнига, 2013. - 400 с. - (Библиотечка практикующего врача).

5. Организационные аспекты совершенствования диагностического процесса и технологий динамической оценки состояния пациентов с когнитивными расстройствами : Учебно-методическое пособие. - Иваново : Богородское, 2009. - 66 с. - 0.00.

с) Дополнительные рекомендации. На экзамене допускается использование лабораторных норм.

*(указывается рекомендуемая литература для подготовки к государственному экзамену)*

#### 4.2. Дополнительные рекомендации

##### а) программное обеспечение

1. Электронно-библиотечная система РУДН <http://lib.rudn.ru/>

2. Учебный портал РУДН (<http://web-local.rudn.ru/>);

3. Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/defaultx.asp>);

4. Универсальная библиотека ONLINE (<http://biblioclub.ru/>);

5. Библиотека электронных журналов BENTHAMOPEN

(<http://www.benthamscience.com/open/a-z.htm>);

6. Библиотека электронных журналов Elsevier (<http://www.elsevier.com/about/open-access/open-archives>)

7. Медицинская онлайн библиотека MedLib (<http://med-lib.ru/>)

8. Национальная библиотечная система США <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

9. <http://www.ispub.com/>

10. Медлайн-Каталог Основоположителем "Медлайна" является Национальная медицинская библиотека USA. Медлайн - это самая крупная открытая база данных медицинской информации в мире, в каталог Медлайна входят более 75% всех мировых медицинских изданий. MedLine содержит все статьи, собранные в трех основных медицинских справочниках: InternationalNursingIndex, IndexMedicus, Index to DentalLiterature. <http://www.medline-catalog.ru/>

11. Биомедицинский журнал Medline.ru Сайт содержит оригинальные статьи по

различным разделам медицины <http://www.medline.ru>

**Из читального зала РУДН возможен доступ к следующим ресурсам:**

1. Wiley Online Library - мультидисциплинарная коллекция журналов

Режим доступа: [www.wileyonlinelibrary.com](http://www.wileyonlinelibrary.com)

2. Thieme Verlagsgruppe (издает авторитетные журналы по медицине и химии. Авторитетность журналов подтверждается включением большинства из них в Web of Science и высокими значениями импакт-факторов в Journal Citation Reports (JCR).) Режим доступа: <https://science-of-synthesis.thieme.com/>
3. Nature. Режим доступа: <http://www.nature.com/siteindex/index.html> . На платформе размещены журналы, публикуемые Nature Publishing Group и издательствами-партнерами. Их авторитетность подтверждается высокими значениями импакт-фактора. Флагманский журнал — мультидисциплинарный Nature — и ряд журналов по отдельным предметным областям (Nature Medicine, Nature Nanotechnology и другие) имеют первый ранг в своих предметных категориях в Journal Citation Reports.
4. Cambridge University Press, журналы (грант РФФИ)  
Полная коллекция журналов Cambridge University Press включает более 370 журналов по различным отраслям знания. Журналы объединяются в тематические коллекции: Science, Technology, Medicine (естественные науки и медицина) .
5. Oxford Journals, полная коллекция журналов - 262 журнала (81 журнал по медицине). Режим доступа: <https://academic.oup.com/journals/>
6. SAGE Архив научных журналов издательства SAGE Publications  
Глубина архива: с 1 января 1800 года по 31 декабря 1998 года. Список доступных журналов

Режим доступа:

<http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/2757634/browse?type=sou>

7. ScienceDirect (ESD), «FreedomCollection», ИД "Elsevier" . Режим доступа: <http://www.sciencedirect.com>
8. Электронные ресурсы издательства Springer. Режим доступа: <https://rd.springer.com/>

с) Дополнительные рекомендации. На экзамене допускается использование лабораторных норм.

*(указывается рекомендуемая литература для подготовки к государственному экзамену)*

4.2. Дополнительные рекомендации

1. Электронно-библиотечная система РУДН – ЭБС РУДН <http://lib.rudn.ru/MegaPro/Web>

*(приводятся дополнительные рекомендации, такие как: возможность использования программных продуктов при подготовке к государственному экзамену, использования на экзамене вычислительной техники, печатных материалов и т.п. )*

5. Оценочные средства, предназначенные для установления в ходе аттестационных испытаний соответствия/несоответствия уровня подготовки выпускников, завершивших освоение ОП ВО по направлению подготовки/специальности, требованиям соответствующего ОС ВО РУДН.

*Оценочные средства представляются в виде фонда оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации, а именно:*



- перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания;
- типовые задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы;
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы.

*Например: шкала оценки за устный ответ на междисциплинарном экзамене:*

*Оценка «5» (отлично) ставится, если:*

- *полно раскрыто содержание материала экзаменационного билета;*
- *материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности;*
- *продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала;*
- *точно используется терминология;*
- *показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации;*
- *продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков;*
- *ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов;*
- *продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач;*
- *продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы;*
- *допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.*

*Оценка «4» (хорошо) ставится, если:*

- *вопросы экзаменационного материала излагаются систематизированно и последовательно;*
- *продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер;*
- *продемонстрировано усвоение основной литературы.*
- *ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков:*

*в изложении допущены небольшие пробелы, не искавшие содержание ответа;*  
*допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию экзаменатора;*  
*допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию экзаменатора.*

*Оценка «3» (удовлетворительно) ставится, если:*

- *неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала;*
- *усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам;*
- *имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов;*
- *при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации;*
- *продемонстрировано усвоение основной литературы.*

*Оценка «2» (неудовлетворительно) ставится, если:*

- *не раскрыто основное содержание учебного материала;*
- *обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала;*

подпись

инициалы, фамилия

- обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала;
- допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов.
- не сформированы компетенции, умения и навыки.

#### 6. Оценочные средства.

Оценочные средства представляются в виде фонда оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации, а именно:

- перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания;
- типовые задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы;
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы.

Программа составлена в соответствии с требованиями ОС ВО РУДН.

#### Разработчики:

Заведующий кафедрой нервных болезней  
и нейрохирургии, д.м.н. профессор  
должность, название кафедры

подпись

Г.Е.Чмутин  
инициалы, фамилия

Завуч кафедры нервных болезней  
и нейрохирургии, к.м.н. доцент  
должность, название кафедры

подпись

Н.В.Ноздрюхина  
инициалы, фамилия

Руководитель программы  
Заведующий кафедрой нервных болезней  
и нейрохирургии, д.м.н. профессор  
должность, название кафедры

подпись

Г.Е.Чмутин  
инициалы, фамилия

Заведующий кафедрой  
Заведующий кафедрой нервных болезней  
и нейрохирургии, д.м.н. профессор  
название кафедры

подпись

Г.Е.Чмутин