

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Братищев Игорь Викторович
Должность: Заведующий учебным центром
Дата подписания: 27.12.2024 11:58:56
Уникальный программный ключ:
7a2063fc2731e9bea93262c5b996a5ad4ab6bb10

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора
по научной работе



/М.Л. Рогаль/

« 20 » 03 2024г.

М. П.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

31.08.56 Нейрохирургия

Шифр/Название направления (специальности)

ОЧНАЯ

Форма обучения

Москва, 2024

Программа Государственная итоговая аттестация

Название дисциплины и модуля (при наличии)
составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки/специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

31.08.56 Нейрохирургия

Квалификация
выпускника

Код и наименование специальности/направления подготовки

Врач-нейрохирург

Уровень высшего
образования

Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения

очная

Очная/очно-заочная/заочная

СОСТАВИТЕЛИ

Полунина Наталья
Алексеевна

К.м.н., доцент РНИМУ им.
Н. И. Пирогова.

Крылов Владимир Викторович

Д.м.н., академик
РАН, профессор, и.о. зав. кафедрой РНИМУ им.
Н.И. Пирогова

СОГЛАСОВАНО

Заведующий учебным центром
Должность



И.В. Братищев
Расшифровка подписи

1. Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности **31.08.56 Нейрохирургия**

2. Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных образовательной организацией самостоятельно на основе требований профессионального стандарта «**Врач-нейрохирург**» и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «**Врач-нейрохирург**» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации, или об отчислении обучающегося из образовательной организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3. Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью 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 (УК-3).

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура, содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится в два этапа:

| 1 этап - Подготовка к сдаче государственного экзамена (тестирование) | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Предмет проверки | Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры |
| Особенности проведения | Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях образовательной организации в соответствии с расписанием. |
| Рекомендации по подготовке | Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т. д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения. |
| 2 этап - Сдача государственного экзамена | |
| Предмет проверки | Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения |
| Особенности проведения | Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование проводится в специально отведенной аудитории образовательной организации, предназначенной для проведения государственного экзамена. |
| Рекомендации по подготовке | Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики) |

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация). Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

5. Критерии оценивания результатов Государственной итоговой аттестации

5.1 Критерии оценивания результатов тестирования

Оценивание результатов тестирования осуществляется по двухбалльной шкале:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

5.2 Критерии оценивания уровня освоения компетенций

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

6. Учебно-методическое обеспечение государственной итоговой аттестации

6.1. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

| № п/п | Автор, наименование, место издания, издательство, год издания |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | 1. Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru . |
| 2. | Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] : Т. 2 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 644 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru . |
| 3. | Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст] / Белов Ю. В. - М. : МИА, 2011. |
| 4. | Sobotta. Атлас анатомии человека: в 3 т. Т. 3. Голова, шея и нейроанатомия / Ф. Паульсен, Й. Ва-шке, С. Е. Шемяков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Логосфера, 2021. – 584 с. – Режим доступа: http://books-up.ru . |
| 5. | Неврология и нейрохирургия: [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 1. Неврология / под ред. А. Н. Коновалова. – 4-е изд., испр. и доп. Москва : ГЭОТАР - Медиа, 2018. – 640 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . |

| | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. | Неврология и нейрохирургия : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 2. Нейрохирургия / под ред. А. Н. Коновалова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР - Медиа, 2015. – 408 с. – http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . |
| 7. | Нейрохирургия: учеб. для мед. вузов / С. В. Можаяев, А. А. Скоромец, Т. А. Скоромец. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 480 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . |
| 8. | Неврология и нейрохирургия [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2015. Т. 1 : Неврология. – 2015. – 639с. : ил. |
| 9. | Неврология и нейрохирургия [Текст] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР- медиа, 2015. Т. 2 : Нейрохирургия / под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – 2015. – 403 с. : ил. |
| 10. | Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 1. Неврология / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., испр. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . |
| 11. | Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 2. Нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова ; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 421 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . 12. Неврология [Электронный ресурс] : пер. с англ. / Д. Перлман ; под ред. Р. Полина. – Москва : Логосфера, 2015. – 392 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - Режим доступа: http://books-up.ru . |
| 12. | Мозг, познание, разум [Электронный ресурс] : введение в когнитивные нейронауки : в 2 т. / Б. Баарс, Н. Гейдж, В. Н. Егоров, В. В. Шульговский ; Б. Баарс, Н.Гейдж ; [пер. с англ. В. Н. Егорова и др.] ; пер. 2-го англ. изд под общ ред. В. В. Шульговского. – 5-е изд., электрон. – Москва, 2021. |
| 13. | Мозг, познание, разум [Электронный ресурс] : введение в когнитивные нейронауки : в 2 т. / Б. Баарс, Н. Гейдж, В. Н. Егорова, В. В. Шульговский ; Б. Баарс, Н. Гейдж ; [пер. с англ. В. Н. Егоровой и др.] ; пер. 2-го англ. изд под общ ред. В. В. Шульговского. – 5-е изд., электрон. – Москва, 2021. |
| 14. | Ясонов, С. А. Основные костные аутотрансплантаты в черепно-лицевой хирургии: методы подъема и особенности использования : учебно-методическое пособие / С. А. Ясонов, Н. Е. Мантурова ; С. А. Ясонов, Н. Е. Мантурова ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. пласт. и реконструктив. хирургии, косметологии и клеточ. терапии фак.доп. и проф. образования. – Москва, 2019. –Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . |
| 15. | Чехонин, В. П. Достижения молекулярной и клеточной нейробиологии и роль медицинских биотехнологий в ее развитии : (актовая речь) / Владимир Павлович ; В. П. Чехонин ; Российский государственный медицинский университет. – Москва : ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2010. – 64 с. : ил. – Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . |
| 16. | Ядерная медицина: физические и химические основы : учеб. для вузов / И.Н. Бекман. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2022. – 400 с. – (Высшее образование). – Режим доступа: http:// urait.ru . |

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт Института: адрес ресурса – <https://sklif.mos.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации;

2. ЭБС «Консультант врача» – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

6.3. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> Консультант – компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> Гарант – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. <https://www.elibrary.ru> – eLIBRARY.RU научная электронная библиотека.

7. Материально-техническое обеспечение Государственной итоговой аттестации

| № п/п | Наименование оборудованных учебных аудиторий | Перечень специализированной мебели, технических средств обучения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Учебные аудитории для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации | Мультимедиа-проектор, рабочее место преподавателя (компьютер персональный в комплекте), проекционный экран. |
| 2 | Компьютерные классы | Персональные компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Института |
| 3 | Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал) | Персональные компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Института |

Программное обеспечение

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10;
- MS Office (Word, Excel, Power Point) 2010, 2013;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- iSpring;

- ZOOM;
- Adobe Reader; – Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- Учебная версия медицинской информационной системы медицинской организации (InterinPromis, InterinPromisAlfa, ЕМИАС или аналогичные);
- Свободное программное обеспечение для создания блок-схем (draw.io);
- Сайт клинических рекомендаций Минздрава РФ (cr.rosminzdrav.ru);
- Портал нормативно-справочной информации Минздрава РФ (nci.rosminzdrav.ru);
- Клинический калькулятор (Clinicalcalc.com).

7. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1 Примеры тестовых заданий (1 этап)

1. Что характерно для стеноза водопровода мозга у взрослых
 - 1) головная боль;
 - 2) нарушение памяти;
 - 3) расстройство походки;
 - 4) нарушение координации;
 - 5) застойные диски зрительных нервов.

2. Какие методы исследования обязательны при подозрении на черепно-мозговую травму у пациента в ясном сознании при невозможности выполнения КТ и МРТ головного мозга:
 - 1) краниография;
 - 2) тар-тест;
 - 3) эхоэнцефалоскопия;
 - 4) церебральная ангиография;
 - 5) ЭЭГ.

3. Минимальный размер трепанационного окна при выполнении декомпрессивной трепанации черепа:
 - 1) 6x8;
 - 2) 8x10;
 - 3) 10x12;
 - 4) 12x15;
 - 5) 6x6.

4. Наиболее часто травму шейного отдела позвоночника и спинного мозга обуславливает:
 - 1) ныряние;
 - 2) падение с высоты;
 - 3) огнестрельные ранения;
 - 4) спортивная травма;
 - 5) все верно.

5. Показанием к установке датчика измерения внутричерепного давления при острой субдуральной гематоме является:

- 1) объем гематомы более 100 мл;
- 2) наличие отоликвореи;
- 3) угнетение сознания до комы;
- 4) нестабильность гемодинамики;
- 5) острый период черепно - мозговой травмы.

6. Дефицит трехглавой мышцы плеча свидетельствует о поражении

- 1) корешка С6;
- 2) корешка С7;
- 3) корешка С8;
- 4) корешка D1;
- 5) корешка С5.

7. Уровень бодрствования по шкале комы Глазго равный 10 баллам соответствует

- 1) умеренному оглушению;
- 2) глубокой коме;
- 3) умеренной коме;
- 4) ясному сознанию;
- 5) сопору.

8. Фантомно-болевым синдром при поражении нервов конечностей подразумевает:

- 1) безболезненный фантом в сочетании с болями в неповрежденной части конечности;
- 2) каузалгическая боль в неповрежденной конечности;
- 3) периодически возникающие боли в фантоме;
- 4) постоянные боли в фантоме;
- 5) радикулярная боль в неповрежденной конечности.

9. Какая вена относится к глубокой венозной системе:

- 1) вена Денди;
- 2) вена Розенталя;
- 3) вена Лаббе;
- 4) вена Троларда;
- 5) верхний сагиттальный синус.

10. Пациент жалуется на стреляющие боли в левой ноге, начинающиеся от поясницы, проходящие через ягодицу по задней поверхности бедра и голени до 4-5 пальцев левой стопы. Объективно: снижен ахиллов рефлекс, гипестезия полосой от нижнепоясничной области задней поверхности бедра, задненаружной поверхности голени и наружной части тыла стопы с захватом 4-5-го пальцев. Что поражено?

- 1) корешок S1 слева;
- 2) корешок L5 слева;
- 3) эпиконус;
- 4) малоберцовый нерв слева;

5) корешок L4 слева.

11. Основным прогностическим критерием у больных с глиомами является

- 1) возраст;
- 2) наследственная предрасположенность;
- 3) гистологический тип опухоли;
- 4) функциональный статус (индекс Карновского);
- 5) наличие гидроцефалии.

12. Преимущественным положением больного при операциях в области задней черепной ямки является

- 1) положение Фовлера;
- 2) положение лёжа на животе;
- 3) положение лёжа на боку;
- 4) положение сидя;
- 5) положение Тренделенбурга.

13. Стандартное лечение глиальных опухолей включает в себя

- 1) только хирургическое лечение;
- 2) после удаления опухоли проведение лучевой терапии;
- 3) проведение только симптоматической терапии;
- 4) динамическое наблюдение больного в течение 3 месяцев для решения вопроса об операции;
- 5) проведение только химиотерапии.

14. Химиотерапия наиболее эффективна при

- 1) лимфомах;
- 2) менингиомах;
- 3) невриномах;
- 4) остеомах;
- 5) краниофарингиомах.

15. Галакторея характерна для

- 1) менингиомы малого крыла основной кости;
- 2) пролактиномы;
- 3) краниофарингиомы;
- 4) эозинофильной аденомы гипофиза;
- 5) медуллобластомы.

16. Нарушение глубины дыхания, зрачки средней величины с отсутствием реакции на свет, низкий мышечный тонус соответствуют стадии дислокации

- 1) ранней диэнцефальной;
- 2) поздней диэнцефальной;
- 3) стадии среднего мозга – верхних отделов моста;

- 4) стадии нижних отделов моста – верхних отделов продолговатого мозга;
- 5) стадии продолговатого мозга.

17. Показания к декомпрессивной краниотомии у больного с массивным ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии

- 1) отсутствие дислокации головного мозга, наличие множественных петехиальных геморрагических очагов;
- 2) уровень бодрствования соответствующий умеренной/глубокой коме;
- 3) тяжелая сопутствующая патология;
- 4) поперечная дислокация головного мозга более 7 мм в первые 48 часов от начала заболевания;
- 5) протяженный тромбоз внутренней сонной артерии.

18. Показание к вертебропластике при гемангиоме

- 1) стойкий болевой синдром;
- 2) перелом позвонка с компрессией спинного мозга;
- 3) объем гемангиомы не менее 30% от объема тела позвонка;
- 4) множественный характер поражения;
- 5) локализация гемангиомы в теле грудного позвонка.

19. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Укажите предпочтительный вид анестезии при КЭА: 1. регионарная 2. общая А. детский возраст Б. соматические факторы риска В. выраженный неврологический дефицит Г. невозможность проведения и/о мониторинга Д. высокие деформации ВСА

- 1) 1Б, 2 АВГД;
- 2) 1АБ, 2ВГД;
- 3) 1БГ, 2 АВД;
- 4) 1 БГД, 2 АВ;
- 5) 1А, 2 БВ.

20. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Соотнесите наиболее характерные осложнения во время различных операций удаления АВМ с последствиями вмешательства:

- А. операция в положении «сидя»
Б. удаление АВМ больших размеров
В. преждевременное выключение дренирующих вен
Г. удаление АВМ в условиях кровотечения
1. неполное удаление АВМ
 2. отек мозга в результате гиперперфузии
 3. воздушная эмболия
 4. кровотечение из АВМ
- 1) АЗ, Б2, В4, Г1;

- 2) А1, Б2, В3, Г4;
- 3) А4, Б3, В2, Г1;
- 4) А3, Б4, В1, Г2;
- 5) А2, Б3, В1, Г4.

21. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Сопоставьте методы диагностики при различных сроках ОНМК:

А. T1/T2 режимы

Б. МРТ в диффузионно взвешенном режиме (DWI)

В. КТ

Г. МРТ с контрастным усилением

1. Острый период онмк (ишемия)

2. Хроническая ишемия

3. Острый период (кровоизлияние)

1) 1Б, 2А, 3В;

2) 1А, 2Б, 3В;

3) 1Г, 2В, 3Б;

4) 1А, 2Г, 3Б;

5) 1В, 2А, 3Б.

22. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Укажите предпочтительный вариант реконструкции при поражении ВББ:

1. ангиопластика и стентирование

2. открытая реконструкция/шунтирование

А. устьевой стеноз ПА более 95% + сочетанная деформация

Б. стеноз средней трети V1 сегмента ПА около 65% (без деформации)

В. стеноз первого сегмента подключичной артерии + стил-синдром

Г. окклюзия первого сегмента подключичной артерии + стил-синдром

1) 1 АБ, 2 ВГ;

2) 1БВ, 2АГ;

3) 1 АГ, 2 БВ;

4) 1 БА, 2 ВГ;

5) 1 БГ, 2 АВ.

23. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Выберите хирургическую тактику у больного с геморрагическим инсультом мозжечка в зависимости от клинической ситуации:

1. динамическое наблюдение, КТ-контроль через 12 и 24 часов

2. консервативное лечение

3. декомпрессивная краниотомия ЗЧЯ, удаление гематомы, вентрикулостома
4. Вентрикулостома
- А. объем гематомы 12 мл с умеренной компрессией 4-ого желудочка, без ООГ
- Б. объем гематомы 20 мл, компрессия ствола, ООГ, 10 баллов по ШКГ
- В. объем гематомы 5 мл с прорывом в 4-ый желудочек, с его тампонадой и ООГ
- Г. объем гематомы 50 мл, компрессия ствола, 3 балла по ШКГ
- 1) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
- 2) 1А, 2В, 3Г, 4Б;
- 3) 1Г, 2В, 3Б, 4А;
- 4) 1А, 2Г, 3Б, 4В;
- 5) 1Б, 2Г, 3А, 4В.

24. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Выберите наиболее подходящее противоболевое вмешательство:

1. Односторонняя боль в лице, шее, руке.
 2. Односторонняя боль ниже сосковой линии.
 3. Двусторонняя боль ниже диафрагмы
 4. Двусторонняя боль выше диафрагмы
- А. Хордотомия.
- Б. Стереотаксическая мезэнцефалотомия
- В. Интравентрикулярное введение наркотических препаратов.
- Г. Эндолюмбальное введение наркотических препаратов.
- 1) 1Б, 2А, 3Г, 4В;
- 2) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
- 3) 1Г, 2В, 3Б, 4А;
- 4) 1Б, 2А, 3В, 4Г;
- 5) 1В, 2А, 3Б, 4Г.

25. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие согласно классификации F. Magerl, 1994:

1. компрессионный перелом,
 2. дистракционный перелом,
 3. компрессионный перелом с ротацией,
- А. тип А,
- Б. тип В,
- В. Тип С
- 1) 1В, 2Б, 3А;
- 2) 1А, 2А, 3Б;
- 3) 1Б, 2А, 3В;
- 4) 1А, 2Б, 3В;
- 5) 1В, 2А, 3Б.

26. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между видом хирургического доступа к медиальным отделам височной доли и наиболее часто возникающим неврологическим дефицитом после его применения:

- А. транссильвиевый трансинсулярный
 - Б. задний межполушарный
 - В. супрацереллярный транстенториальный
 - Г. транскортикальный
1. верхнеквандрантная гомонимная гемианопсия
 2. Полная гомонимная гемианопсия
 3. мозжечковая атаксия
 4. акустико-мнестическая афазия
- 1) А4, Б3, В2, Г1;
 - 2) А2, Б3, В1, Г4;
 - 3) А1, Б2, В3, Г4;
 - 4) А3, Б4, В1, Г2;
 - 5) А1, Б4, В2, Г3.

27. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Охарактеризуйте методы пренатальной диагностики дефектов нервной трубки

- А. Альфа-фето протеин в плазме (на 15-20 неделе).
 - Б. Ультразвук плода
 - В. Амниоцентез
 - Г. МРТ
1. Обнаруживает не менее 90% случаев открытого спинального дизрафизма
 2. Не позволяет диагностировать аненцефалию
 3. Создает 6% риск потери плода
 4. Есть риск ошибки, обусловленной не верной оценкой срока беременности
 5. Часто дает ложно-положительный результат
 6. Сочетание не высокой стоимости и не высокого риска позволяет использовать метод для скрининга
- 1) А12, Б34, В56, Г6;
 - 2) А12456, Б16, В23, Г1;
 - 3) А123, Б156, В235, Г14;
 - 4) А123456, Б123, В345, Г16;
 - 5) А3, Б2345, В1456, Д23.

28. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между опухолью и ее наиболее вероятным первым симптомом:

- А) Невринома слухового нерва
- Б) Невринома Гассерова узла
- В) Невринома области яремного отверстия
- Г) Невринома лицевого нерва

- 1) Снижение чувствительности на лице
- 2) Нарушение глотания
- 3) Снижение слуха, шум в ухе
- 4) Мозжечковая атаксия
- 5) Парез лицевой мускулатуры
- 6) Сходящееся косоглазие

- 1) А3, Б1, В2, Г5;
- 2) А1, Б2, В3, Г4;
- 3) А6, Б5, В4, Г3;
- 4) А3, Б4, В1, Г2;
- 5) А2, Б1, В5, Г6.

29. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

- 1. сотрясение головного мозга
- 2. ушиб головного мозга
- 3. диффузное аксональное повреждение
- А. утрата сознания на период времени менее 15 мин
- Б. наличие гемипареза
- В. наличие субарахноидального кровоизлияния
- Г. кома без признаков патологии по данным КТ
- Д. наличие анизокории

- 1) 1АБ, 2ВГ, 3Д;
- 2) 1А, 2БВД, 3Г;
- 3) 1А, 2БВГ, 3Д;
- 4) 1АВ, 2БД, 3Г;
- 5) 1АГ, 2БВ, 3Д.

30. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Выбор методики КЭА:

- 1. По Де-Бейки
- 2. Комбинированная эверсионная
- 3. Прямая без заплаты
- 4. Прямая с заплатой
- А. Прямая ВСА диаметром менее 4мм
- Б. Наличие выраженной извитости ВСА

В. Прямая широкая ВСА (более 4мм) с АСБ в области ОСА

Г. Наличие деформации/стеноза ОСА и ВСА

1) 1Г, 2Б, 3В, 4А;

2) 1А, 2Б, 3В, 4Г;

3) 1Г, 2В, 3Б, 4А;

4) 1Г, 2А, 3В, 4Б;

5) 1А, 2Г, 3В, 4Б.

31. Сенсорная афазия преимущественно характеризуется

1) приступами торможения речи;

2) невозможностью артикуляции;

3) наличием словесных эмболов;

4) непониманием речи;

5) наличием парафазий.

32. Методом выбора хирургического лечения однокамерной хронической субдуральной гематомы является:

1) закрытое наружное дренирование гематомы;

2) костно-пластическая трепанация черепа, удаление гематомы и иссечение ее капсулы;

3) костно-пластическая трепанация черепа, удаление гематомы без иссечения ее капсулы;

4) декомпрессивная трепанация черепа, удаление гематомы вместе с капсулой;

5) резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.

33. Пациент 60 лет внезапно упал с высоты собственного роста, ударился головой. При КТ головного мозга выявили путаменальную внутримозговую гематому справа объемом 50 мл, эпидуральную гематому левой височной области объемом 5 мл, перелом чешуи левой височной кости. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

1) черепно-мозговая травма, травматические внутримозговая и эпидуральная гематомы;

2) разрыв артериовенозной мальформации головного мозга;

3) геморрагический инсульт, нетравматические внутримозговая и эпидуральная гематомы;

4) геморрагический инсульт, вторичная черепно-мозговая травма;

5) разрыв артериальной аневризмы сосудов головного мозга.

34. У пациента с внезапно возникшей головной болью и отсутствием травматического анамнеза при КТ головного мозга выявили изолированное субарахноидальное кровоизлияние. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

1) разрыв аневризмы головного мозга;

2) разрыв артериовенозной мальформации головного мозга;

3) разрыв каверномы головного мозга;

4) геморрагический инсульт;

5) опухоль головного мозга.

35. Осложнения, обуславливающие высокую летальность больных с повреждением шейного отдела спинного мозга

1) нарушение функций тазовых органов;

- 2) инфекционно-воспалительные осложнения;
- 3) трофические нарушения;
- 4) прогрессирующая деформация позвоночного столба;
- 5) миелопатический синдром.

36. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома тела С6 позвонка со сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?

- 1) ламинопластика;
- 2) ламинэктомия, декомпрессия спинного мозга;
- 3) скелетное вытяжение;
- 4) передняя декомпрессия спинного мозга, корпородез и фиксация пластинами;
- 5) задняя декомпрессия спинного мозга, фиксация пластинами.

37. Косвенные признаки развития массивного ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии в первые 6 часов заболевания по данным нейровизуализации:

- 1) сглаженность субарахноидальных борозд в бассейне средней мозговой артерии, повышение плотности ствола средней мозговой артерии;
- 2) массивное базальное субарахноидальное кровоизлияние;
- 3) множественные петехиальные кровоизлияния в обоих полушариях головного мозга;
- 4) поперечная дислокация головного мозга на уровне прозрачной перегородки;
- 5) наличие обширной кисты головного мозга ликворной плотности.

38. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется преимущественно

- 1) благодушием;
- 2) эйфорией;
- 3) расторможенностью;
- 4) акинетическим мутизмом;
- 5) галлюцинациями.

39. К патогномичным симптомам шейной миелопатии относятся:

- 1) спастико-паретическая походка;
- 2) парестезии в нижних конечностях;
- 3) симптом Лермитта;
- 4) парез в руках;
- 5) тазовые дисфункции.

40. К симптомам поражения эпиконуса спинного мозга относятся:

- 1) парезы в нижних конечностях;
- 2) нарушение функций тазовых органов;
- 3) нарушение чувствительности в нижних конечностях;
- 4) центральная гипертермия;
- 5) боли в животе.

41. Согласно классификации механизмов травмы позвоночника F.Margel (1994) выделяют три типа повреждений:

- 1) тип А компрессионный, тип В дистракционный, тип С ротационный;
- 2) тип А дилатационный, тип В нестабильный, тип С ротационный;
- 3) тип А компрессионный, тип В дистракционный, тип С взрывной;
- 4) тип А дилатационный, тип В дистракционный, тип С ротационный;
- 5) тип А стабильный, тип В нестабильный, тип С переходный.

42. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Укажите хирургическую тактику при сочетании стенозов ВСА и церебральных аневризм:

1. выключение аневризмы, потом реконструкция ВСА
2. реконструкция ВСА, затем выключение аневризмы
- А. асимптомный стеноз ВСА около 85% + аневризма с САК
- Б. асимптомный стеноз ВСА около 70% + аневризма без САК
- В. симптоматический стеноз 75% + аневризма без САК
- Г. деформация ВСА + аневризма без САК

- 1) 1 Б, 2 АВГ;
- 2) 1АБГ, 2В;
- 3) 1 АГ, 2 БВ;
- 4) 1 Г, 2 АБВ;
- 5) 1 АВ, 2 БГ.

43. Кровоизлияние в IV желудочек наиболее характерно для разрыва аневризм:

- 1) внутренней сонной артерии;
- 2) передней мозговой артерии;
- 3) средней мозговой артерии;
- 4) базилярной артерии;
- 5) задней нижней мозжечковой артерии.

44. Клинические симптомы височно-тенториального вклинения

- 1) мидриаз на стороне вклинения, контралатеральный гемипарез, брадикардия, гемианопсия;
- 2) двухсторонний мидриаз, остановка дыхания, атония, арефлексия;
- 3) миоз, двухсторонние патологические знаки, ригидность мышц затылка, артериальная гипертензия;
- 4) симптом Горнера, тетрапарез, нарушения дыхания, бульбарный синдром;
- 5) глубокая кома, нижний парапарез, нарушения дыхания.

45. В патогенезе тригеминальной невралгии не может участвовать

- 1) Сосудистая компрессия нерва в зоне выхода корешка;
- 2) Опухоль в области задней черепной ямки;
- 3) Бляшка в области ствола при рассеянном склерозе;
- 4) Опоясывающий лишай;
- 5) менингит.

46. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Укажите тактику хирургического лечения при сочетанной патологии брахицефальных артерий:

1. сначала КЭА

2. сначала реконструкция в ВББ

А. стеноз ПА до 90%, стеноз ВСА до 70%, асимптомное течение

Б. стеноз ПА до 65% стеноз ВСА до 85%

В. стеноз ВСА до 85%, стеноз ПКА до 60%, начальный стил-синдром

Г. стеноз ВСА 60%, стеноз ПА до 65%, клиника ВБН

1) 1 АБ, 2 ВГ;

2) 1 АГ, 2 БВ;

3) 1 В, 2 АВГ;

4) 1БВ, 2АГ;

5) 1 Б, 2 АВГ.

47. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между заболеванием и наиболее эффективным медикаментозным препаратом для его лечения:

А) Паралич Белла

Б) Гемифациальный спазм

В) Невралгия тройничного нерва

Г) Невропатия тройничного нерва

1. Диклофенак

2. Финлепсин

3. Баклофен

4. Нейронтин

5. Преднизолон

6. Феназепам

1) А5, Б1, В3, Г4;

2) А1, Б2, В3, Г4;

3) А5, Б3, В2, Г4;

4) А6, Б1, В4, Г2;

5) А3, Б2, В1, Г5.

48. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

установите соответствие между заболеванием и его основным симптомом:

А) Гемифациальный спазм

Б) Невралгия языкоглоточного нерва

В) Невралгия тройничного нерва

Г) Паралич Белла

1. Боли по типу удара током в половине лица
 2. Слабость мимической мускулатуры лица
 3. Снижение слуха
 4. Стреляющие боли в миндалине и корне языка
 5. Головокружение
 6. Судорожные подергивания половины лица
- 1) А6, Б4, В1, Г2;
 - 2) А1, Б2, В3, Г4;
 - 3) А6, Б5, В4, Г3;
 - 4) А6, Б1, В4, Г2;
 - 5) А2, Б4, В3, Г1.

49. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите тяжесть травмы и ее нозологическую форму:

1. легкая ЧМТ,
 2. ЧМТ средней тяжести,
 3. тяжелая ЧМТ,
- А. сотрясение головного мозга,
Б. ушиб головного мозга легкой степени,
В. ушиб головного мозга средней степени тяжести,
Г. ушиб головного мозга тяжелой степени,
Д. ДАП
- 1) 1А, 2БВ, 3ГД;
 - 2) 1АБ, 2В, 3ГД;
 - 3) 1АБВ, 2Г, 3Д;
 - 4) 1А, 2Б, 3ВГД;
 - 5) 1А, 2БВГ, 3Д.

50. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между лабораторными методами диагностики и видом гормонально-активных аденом гипофиза:

1. Кортикотропинома
 2. Соматотропинома
- А. Определение свободного кортизола в моче
Б. Большая и малая дексаметазоновые пробы
В. СТГ в ходе нагрузочной пробы с глюкозой
Г. Соматомедин
Д. АКТГ
Е. Кортизол в плазме крови
Ж. СТГ

- 1) 1АБДЕ, 2ВГЖ;
- 2) 1ВГЖ, 2АБДЕ;
- 3) 1АБВГ, 2ДЕЖ;
- 4) 1АБД, 2ВГЕЖ;
- 5) 1ВДЕ, 2АБГЖ.

51. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите виды хирургического лечения и вид опухолевого заболевания позвоночника:

- А. Солитарный метастаз светлоклеточного рака почки
 - Б. Рак молочной железы, патологический перелом тела поясничного позвонка
 - В. Гигантоклеточная опухоль
 - Г. Остеобластома + миелопатия
 - Д. Лимфома позвонка
1. Химиотерапия, симптоматическое лечение
 2. Вертебропластика
 3. Блок резекция опухоли + стабилизация позвоночника
 4. Лучевая терапия
 5. Кюретаж опухоли + лекарственная терапия
 6. Удаление опухоли + стабилизация позвоночника

- 1) А1, Б2, В3, Г4, Д56;
- 2) А3, Б2, В1, Г6, Д45;
- 3) А3, Б2, В5, Г6, Д14;
- 4) А2, Б3, В5, Г12, Д46;
- 5) А4, Б16, В3, Г2, Д5.

52. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между клиническим симптомом и пораженным черепным нервом:

- А. центральная скотома
 - Б. паралич Белла
 - В. односторонний конвергированный страбизм
 - Г. односторонний дивергированный страбизм
 - Д. паралич трапецевидной мышцы
1. Лицевой нерв
 2. Отводящий нерв
 3. Зрительный нерв
 4. добавочный нерв
 5. Глазодвигательный нерв

- 1) А3, Б1, В2, Г5, Д4;
- 2) А1, Б2, В3, Г4, Д5;
- 3) А5, Б4, В3, Г2, А1;

- 4) А2, Б1, В4, Г5, Д3;
- 5) А3, Б2, В1, Г5, Д4.

53. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите степень функционального дефицита и баллы по модифицированной шкале Рэнкин:

- 1. способен выполнять обычные обязанности,
- 2. способен лишь полностью себя обслуживать,
- 3. необходима постоянная незначительная помощь,
- 4. неспособность ходить без посторонней помощи,

А. 4,

Б. 3,

В. 2,

Г. 1

1) 1Г, 2В, 3Б, 4А;

2) 1Б, 2В, 3А, 4Г;

3) 1А, 2Б, 3В, 4Г;

4) 1В, 2Б, 3А, 4Г;

5) 1Г, 2Б, 3А, 4В.

54. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между манипуляцией нейрохирурга и осложнением, которое оно может за собой повлечь:

А) Широкое вскрытие внутреннего слухового прохода в положении “сидя”

Б) Вскрытие ячей сосцевидного отростка при ретросигмоидном доступе

В) Избыточная латеральная резекция дужки С-1 позвонка

Г) Вскрытие сигмовидного синуса в положении “сидя”

1) Отоликворея

2) Повреждение высоко стоящего купола яремной вены

3) Воздушная эмболия

4) Травматизация вертебральной артерии

1) А123, Б1, В4, Г3;

2) А12, Б3, В4, Г1;

3) А1, Б2, В3, Г4;

4) А3, Б4, В1, Г2;

5) А34, Б1, В4, Г2.

55. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Предпочтительный вид анестезии при КЭА:

- 1 детский возраст
2. соматические факторы риска
3. выраженный неврологический дефицит
4. невозможность проведения и/о мониторинга

5. высокие деформации ВСА

А. Регионарная

Б. Общая

- 1) 1А, 2Б, 3А, 4Б, 5А;
- 2) 1А, 2А, 3Б, 4Б, 5А;
- 3) 1Б, 2А, 3Б, 4А, 5Б;
- 4) 1Б, 2А, 3А, 4А, 5А;
- 5) 1Б, 2Б, 3Б, 4Б, 5А.

56. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между локализацией фораминальной грыжи диска и преимущественной компрессией корешков:

1. L5-S1,

2. L4-L5,

3. L3-L4

А. L2 корешок

Б. L3 корешок

В. L4 корешок

Г. L5 корешок

Д. S1 корешок

1) 1А, 2Б, 3В;

2) 1В, 2Г, 3Д;

3) 1Г, 2В, 3Б;

4) 1Д, 2В, 3Г;

5) 1Б, 2В, 3А.

57. Гемисферэктомия это

1) резекция височной доли и центральной области с сохранением участков затылочной и лобной долей после прерывания их связей с оставшимися зонами мозга;

2) передняя височная лобэктомия;

3) резекция лобной доли;

4) резекцию передних двух третей мозолистого тела, а затем, если припадки сохраняются, задняя резекция;

5) Все вышеперечисленные.

58. При радиочастотной деиннервации фасеточных суставов блокируют

1) передний корешок;

2) задний корешок;

3) нерв Люшка;

- 4) правильно 1 и 2;
- 5) сегментарный мышечный нерв.

59. Какой очаговый симптом наиболее характерен при разрыве аневризмы коммуникантного сегмента внутренней сонной артерии:

- 1) птоз века;
- 2) амавроз;
- 3) парез в руке;
- 4) парез в ноге;
- 5) нарушение слуха.

60. Назовите наиболее информативный метод выявления скрытой назоликвореи:

- 1) КТ-головного мозга с контрастированием;
- 2) КТ-цистернография;
- 3) диффузионно-тензорная МРТ головного мозга;
- 4) радиоизотопная сцинтиграфия;
- 5) МРТ головного мозга с контрастированием.

61. Мишенями для стереотаксической имплантации электродов при болезни Паркинсона являются

- 1) Субталамическое ядро;
- 2) медиальный сегмент бледного шара;
- 3) вентролатеральное ядро таламуса;
- 4) зубчатое ядро мозжечка;
- 5) красное ядро.

62. Что проходит через большое затылочное отверстие:

- 1) позвоночная артерия;
- 2) внутренняя яремная вена;
- 3) добавочный нерв;
- 4) подъязычный нерв;
- 5) Языкоглоточный нерв.

63. Окклюзионный синдром при опухолях боковых желудочков обусловлен блокированием ликворотока на уровне

- 1) силвиева водопровода;
- 2) одного отверстия Монро;
- 3) обеих отверстий Монро;
- 4) треугольника боковых желудочков;
- 5) различных сочетаний одновременно.

64. Плечевое сплетение формируется из корешков спинномозговых нервов

- 1) C4-C8;
- 2) C6-C7;

- 3) C8-Th1;
- 4) C6-Th2;
- 5) C5-Th1.

65. Первым клиническим симптомом при невриноме мосто-мозжечкового угла является

- 1) односторонняя глухота;
- 2) двусторонняя глухота;
- 3) шум в голове;
- 4) шум в ухе;
- 5) шаткость походки.

66. При менигиомах передней 1/3 верхнего продольного синуса и серповидного отростка эпилептический синдром характеризуется:

- 1) джексоновскими судорогами;
- 2) первично генерализованными приступами;
- 3) абсансами;
- 4) дереализацией;
- 5) всем перечисленным.

67. Для глиальных опухолей характерно

- 1) инфильтративный рост опухоли;
- 2) опухоль четко отграничена от окружающей мозговой ткани;
- 3) опухоль имеет матрикс на твердой мозговой оболочке;
- 4) после субтотального удаления опухоли рецидивы встречаются крайне редко;
- 5) опухоль часто прорастает кости свода черепа.

68. Хирургия невринома конского хвоста предусматривает

- 1) использование микрохирургического инструментария;
- 2) использование ультразвукового отсоса;
- 3) оптическое увеличение операционного поля;
- 4) обязательную идентификацию структур конского хвоста;
- 5) все перечисленное.

69. Синдром, возникающий при двухстороннем поражении амигдаллярной области

- 1) синдром Клювера-Бьюси;
- 2) синдром Парино;
- 3) синдром Аргайлла Робертсона;
- 4) синдром Горнера;
- 5) синдром Виленберга-Захарченко.

70. Артерия Адамкевича чаще сопровождает

- 1) корешок L2 справа или слева;
- 2) Один из корешков на нижнегрудном уровне;
- 3) Корешок S1 справа;

- 4) Одноименную вену;
- 5) корешок S1 справа или слева.

71. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Охарактеризуйте строение стенки спинальных кист

А. Нейрэнтреальная киста

Б. Дермоидная киста

В. Эпидермоидная киста

Г. Арахноидальная киста

1. кожа с волосяными фолликулами и сальными железами
2. плоский многослойный ороговевающий эпителий
3. многорядный или многослойный, кубический или призматический эпителий на базальной мембране
4. соединительнотканная мембрана с фибробластами и глиальным покрытием

1) А1, Б2, В3, Г4;

2) А4, Б3, В2, Г1;

3) А3, Б1, В2, Г4;

4) А3, Б4, В1, Г2;

5) А4, Б2, В1, Г3.

72. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Отметьте, какой доступ является оптимальным для выключения аневризмы

А. перикаллезная

Б. ЗНМА

В. ПМА-ПСА

Г. базилярная

Д. вены Галена

1. птериональный
2. межполушарный
3. парамедианный
4. подвисочный
5. орбито-зигматический

1) А1, Б2, В3, Г45;

2) А12, Б3, В4, Г5;

3) А2, Б3, В1, Г45;

4) А2, Б1, В3, Г45;

5) А123, Б3, В1, Г45.

73. Что такое злокачественное течение массивного ишемического инсульта?

- 1) распространение ишемии головного мозга в другое полушарие, мозжечок, ствол;
- 2) отсроченное развитие глиомы высокой степени злокачественности в зоне

перенесенного инфаркта головного мозга;

- 3) развитие отека зоны ишемии с масс-эффектом с развитием дислокации и риском вклинения;
- 4) прогрессирование сопутствующей опухоли головного мозга на фоне инсульта;
- 5) фульминантный аутолиз пораженного полушария.

74. Фактор риска развития злокачественного массивного инфаркта мозжечка по данным нейровизуализации

- 1) объем ишемии более 5 см³;
- 2) объем ишемии 15 см³;
- 3) объем ишемии 25 см³;
- 4) развитие острой окклюзионной гидроцефалия;
- 5) развитие мозжечкового вклинения.

75. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Выберите наиболее оптимальную хирургическую тактику:

1. секвестрэктомия (микродискэктомия)
 2. микродискэктомия со стабилизацией
 3. денервация фасеточных суставов
- А. второй рецидив грыжи диска на фоне полного соблюдения режима
Б. развитие фасеточного синдрома через 2 года после микродискэктомии
В. развитие нестабильности через 2 года после удаления грыжи диска
Г. рецидив (первый) секвестрированной грыжи диска на фоне случайного нарушения режима
- 1) 1Г, 2АВ, 3Б;
 - 2) 1 АВ, 2Г, 3Б;
 - 3) 1 Г, 2 В, 3 АВ;
 - 4) 1 Б, 2 А, 3 ВГ;
 - 5) 1 ГА, 2 Б, 3 В.

76. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Дифференцируйте осложнения после операции по поводу поясничного остеохондроза:

1. ятрогенные осложнения
 2. синдром оперированного позвоночника
- А. эпидуральный фиброз в области вмешательства
Б. повреждение ТМО с дальнейшим формированием ликворной кисты мягких тканей
В. развитие синдрома смежного уровня
Г. повреждение корешка с развитием соответствующего неврологического дефицита
- 1) 1 АВ, 2 БГ;
 - 2) 1 Б, 2 АВГ;
 - 3) 1БГ, 2АВ;

- 4) 1 Г, 2 АБВ;
- 5) 1 АБ, 2 ВГ.

77. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите тактику лечения при бикаротидных поражениях сонных артерий:

1. КЭА слева первым этапом
 2. КЭА справа первым этапом, затем КЭА слева
 3. КЭА слева, затем решение вопроса о необходимости ЭИКМА
 4. ЭИКМА справа, затем решение вопроса о КЭА слева
- А. стеноз ВСА слева 85%, справа 75%, ОНМК справа
Б. стеноз ВСА слева 85%, справа 70%, асимптомное течение
В. стеноз ВСА слева 65% , окклюзия ВСА справа, сохраняющиеся ТИА справа
Г. стеноз ВСА слева 90%, окклюзия ВСА справа
- 1) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
 - 2) 1Б, 2А, 3Г, 4В;
 - 3) 1Б, 2Г, 3А, 4В;
 - 4) 1В, 2Б, 3А, 4Г;
 - 5) 1 В, 2А, 3Б, 4Г.

78. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите преимущественное направление роста невриномы слухового нерва и характерные признаки:

1. оральный рост
 2. каудальный рост
 3. медиальный рост
 4. латеральный рост
- А) дисфония, ротаторный нистагм. Снижение глоточного рефлекса
Б) периферический парез лицевого нерва, спонтанный вертикальный нистагм. Ограничение взора вверх, боли на половине лица
В) нарушение вкуса на передних 2\3 языка, спонтанный горизонтальный нистагм. Патологические стопные знаки, гемигипостезия
Г) расширение внутреннего слухового прохода. Расстройство вкуса на передних 2\3 языка, пирамидные симптомы
- 1) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
 - 2) 1Г, 2В, 3Б, 4А;
 - 3) 1Д, 2Б, 3А, 4Г;
 - 4) 1Б, 2А, 3В, 4Г;
 - 5) 1Б, 2Г, 3А, 4В.

79. Лагофтальм можно наблюдать при:

- 1) переломе пирамиды височной кости;

- 2) переломе крыла клиновидной кости;
- 3) переломе решетчатой кости;
- 4) переломе нижней стенки глазницы;
- 5) переломе решетчатой кости.

80. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между вариантом течения и клинической ситуацией:

1. Хирургическое лечение,
 2. Консервативное лечение,
 - А. Перелом зубовидного отростка 2 типа у пожилого пациента,
 - Б. Перелом зубовидного отростка 3 типа у молодого,
 - В. Перелом зубовидного отростка 1 типа у пожилого,
 - Г. Перелом зубовидного отростка 1 типа+перелом «палача»
- 1) 1БГ, 2АВ;
 - 2) 1 АГ, 2 БВ;
 - 3) 1Г, 2АБВ;
 - 4) 1АБВ, 2Г;
 - 5) 1АВ, 2БГ.

81. Нарушения бодрствования при внутричерепной гипертензии характеризуются

- 1) делириозным синдромом;
- 2) оглушением;
- 3) обморочным состоянием;
- 4) корсаковским синдромом;
- 5) онейроидным синдромом.

82. Синдром верхней глазничной щели включает в себя:

- 1) амавроз;
- 2) амблиопию;
- 3) птоз века;
- 4) офтальмопарез;
- 5) экзофтальм.

83. Какие гормоны необходимо контролировать у пациента с соматотропиномой в послеоперационном периоде (наиболее значимые)

- 1) Пролактин;
- 2) СТГ;
- 3) ИРФ-1;
- 4) Эстрадиол;
- 5) Свободный тестостерон.

84. Ориентир для проведения наружного вентрикулярного дренирования передних рогов боковых желудочков

- 1) точка Денди;
- 2) наружный слуховой проход;
- 3) птерион;
- 4) точка Кохера;
- 5) лямбдовидный шов.

85. При диско-радикулярном конфликте на уровне L5-S1 позвонков возможна компрессия артерии

- 1) артерии Адамкевича;
- 2) артерии Демпрож-Готгерона;
- 3) передней спинальной артерии;
- 4) задней спинальной артерии;
- 5) добавочной спинальной артерии.

86. К симптомам грыжи межпозвонкового диска C4-C5 относится:

- 1) слабость дельтовидной мышцы, в надплечье;
- 2) слабость кистевого хвата;
- 3) онемения и покалывания обычно не ощущается;
- 4) боль в плече;
- 5) слабость в ногах.

87. Симптом "вклинения" при опухоли спинного мозга включает все перечисленное, кроме

- 1) появления или усиления локальных болей после люмбальной пункции;
- 2) нарастания проводниковых симптомов после люмбальной пункции;
- 3) появления или усугубления тазовых расстройств после люмбальной пункции;
- 4) уменьшения проводниковых симптомов после люмбальной пункции;
- 5) Нет правильного ответа.

88. Наиболее распространенными опухолями дизэмбриогенетического ряда являются

- 1) папилломы;
- 2) гиберномы;
- 3) медуллобластомы;
- 4) шванномы;
- 5) краниофарингеомы.

89. Признаки медуллобластомы

- 1) часто локализуется в области червя мозжечка;
- 2) часто локализуется в больших полушариях мозга;
- 3) часто встречается в пожилом возрасте;
- 4) является опухолью, нечувствительной к радио- и химиотерапии;
- 5) является интрамедуллярной опухолью.

90. Основная причина возникновения синдрома Валленберга-Захарченко после эндоваскулярных операций:

- 1) повреждение ВСА;
- 2) повреждение НСА;
- 3) повреждение ЗНМА;
- 4) повреждение СМА;
- 5) повреждение ЗСА.

91. Укажите пороговое значение ВЧД у взрослых, превышение которого требует коррекции:

- 1) 15 мм рт. ст;
- 2) 20 мм рт. ст;
- 3) 25 мм рт. ст;
- 4) 30 мм рт. ст;
- 5) 10 мм рт.ст.

92. Объективный критерий постановки диагноза «фасеточный синдром» в поясничном отделе позвоночника:

- 1) выраженная болезненность при пальпации области фасеточных суставов;
- 2) дегенеративные изменения в фасеточных суставах по данным компьютерной томографии;
- 3) снижение боли более чем на 50% при инфильтрации области заинтересованного сустава анестетиком;
- 4) появление прослойки жидкости в полости фасеточного сустава по данным МРТ;
- 5) утренняя боль в спине.

93. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите характерные черты для болезни мойямойя в различных возрастных группах

А. Дети

Б. Взрослые

1. Транзиторные ишемические атаки
2. Ишемический инсульт в «зоне водораздела»
3. Ишемический инсульт в глубинных отделах больших полушарий
4. Внутричерепные кровоизлияния
5. Головная боль

- 1) А123, Б45;
- 2) А125, Б1245;
- 3) А1234, Б 345;
- 4) А345, Б123;
- 5) А124, Б1234.

94. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого буквенного элемента выберите пронумерованный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Охарактеризуйте содержимое спинальных кист

А. Нейрэнтреальная киста

Б. Дермоидная киста

В. Эпидермоидная киста

Г. Арахноидальная киста

1. муцин

2. кератин

3. ликвор

4. кератин и придатки кожи (волосы)

1) А1, Б4, В2, Г3;

2) А1, Б2, В3, Г4;

3) А4, Б3, В2, Г1;

4) А3, Б2, В4, Г1;

5) А2, Б3, В1, Д4.

95. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент.

Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

1. повреждение височной кости,

2. повреждение клиновидной кости,

3. повреждение лобной кости

А. глухота на одно ухо со стороны травмы

Б. головокружение

В. периферический парез лицевого нерва

Г. симптом "очков"

Д. экзофтальм

1) 1АБВ, 2Г, 3Д;

2) 1АБ, 2ВГ, 3Д;

3) 1А, 2БВ, 3ГД;

4) 1Д, 2ВГ, 3АБ;

5) 1ВД, 2АБ, 3Г.

96. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Цифровой компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Установите соответствие между точкой для введения катетера в желудочки головного мозга и ее ориентиром:

А) точка Кина

Б) точка Денди

В) фрезевое отверстие по Фрезеру

Г) Точка Кохера

1) 2-3 см от средней линии и на 1 см кпереди от коронарного шва

2) на 2,5-3 см кзади и 2,5-3 см кверху от внутреннего слухового прохода

3) на 2 см от средней линии и 3 см кверху от инииона

- 4) 3-4 см от средней линии, 6-7 см выше инниона
- 5) на 7 см от средней линии и 10 см кверху от инниона
- 1) А1, Б2, В3, Г4;
- 2) А3, Б4, В1, Г2;
- 3) А4, Б3, В2, Г1;
- 4) А1, Б4, В2, Г3;
- 5) А2, Б3, В4, Г1.

97. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите состояние пациента и баллы по шкале Карновского:

- 1. нормальная функциональная активность,
 - 2. способность к нормальной деятельности утрачена, но способен к самообслуживанию,
 - 3. самообслуживание невозможно, часто требуется медицинская помощь,
 - 4. ивалид, нуждается в специальном уходе
- А. 100 баллов,
 - Б. 70 баллов,
 - В. 50 баллов,
 - Г. 40 баллов
- 1) 1Г, 2Б, 3В, 4А;
 - 2) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
 - 3) 1В, 2Г, 3Б, 4А;
 - 4) 1Б, 2В, 3Г, 4А;
 - 5) 1А, 2В, 3Б, 4Г.

98. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Сопоставьте данные КТ головного мозга и тип ДАП по шкале Marshall:

- 1. смещение срединных структур более 5мм,
 - 2. сдавление арахноидальных цистерн, смещение до 5 мм,
 - 3. арахноидальные цистерны прослеживаются, смещение до 5 мм,
 - 4. нет видимой по данным КТ патологии,
- А. IV тип,
 - Б. III тип,
 - В. II тип,
 - Г. I тип.
- 1) 1Г, 2В, 3Б, 4А;
 - 2) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
 - 3) 1А, 2Б, 3В, 4Г;
 - 4) 1В, 2Б, 3А, 4Г;
 - 5) 1Г, 2Б, 3А, 4В.

99. Установите соответствие между представленными позициями. Для каждого

пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.

Соотнесите шкалу и максимально возможный балл по ней:

1. ШКГ,
 2. Oswestry,
 3. Graeb,
 4. Шкала Карновского,
 5. ВАШ
- А. 15,
Б. 50,
В. 12,
Г. 100,
Д. 10
- 1) 1Д, 2Г, 3В, 4Б, 5А;
 - 2) 1А, 2В, 3Г, 4Б, 5Д;
 - 3) 1А, 2Б, 3В, 4Г, 5Д;
 - 4) 1А, 2Г, 3Б, 4Д, 5В;
 - 5) 1А, 2Д, 3В, 4Г, 5Б.

100. Назовите мероприятия интенсивной терапии по снижению внутричерепного давления, которые необходимо проводить в отделении нейрореанимации при диффузном травматическом отеке головного мозга:

- 1) болюсная инфузия маннитола;
- 2) положение Тренделенбурга;
- 3) медикаментозная седация;
- 4) гипертермия;
- 5) гипотермия.

101. Снижение коленного рефлекса указывает на поражение:

1. Корешков L2 и L3;
2. Корешков L3 и L4;
3. Корешка L5;
4. Корешков L4 и L5.

102. Дефицит трехглавой мышцы плеча свидетельствует о поражении:

1. Корешка C6;
2. Корешка C7;
3. Корешка C8;
4. Корешка D1.

103. Нейрогенная перемежающаяся хромота наиболее характерна для:

1. Центрального стеноза позвоночного канала;
2. Манифестации интрамедуллярной опухоли;
3. Грыжи межпозвонкового диска на уровне L5-S1 позвонков;

4. Опухолей грудного отдела спинного мозга.

104. Какой вид опухоли сочетается со спинальным дизрафизмом:

1. Менингиома;
2. Невринома;
3. Астроцитомы;
4. Липома.

105. Что из перечисленного ниже не является диагностическим критерием

1. нейрофиброматоза I типа;
2. Сфеноидная дисплазия;
3. Синдром Зудека;
4. 2 узелка Лиша и более;
5. Глиома зрительного нерва;
6. Веснушки (гиперпигментация) в подмышечных или паховых областях.

106. В пользу преганглионарного повреждения плечевого сплетения свидетельствуют следующие признаки, кроме:

1. Синдром Клода Бернара-Горнера;
2. «Крыловидная лопатка»;
3. Наличие радикулоцеле по данным МРТ или КТ;
4. Ранняя невропатическая боль;
5. Экзофтальм на стороне повреждения плечевого сплетения.

107. Для паралича Дюшена-Эрба характерно все, кроме:

1. Часто является родовой травмой;
2. Положение Беллхопа;
3. Движения в кисти не нарушены;
4. Параличи дельтовидной, двуглавой, ромбовидной, над- и подостной мышц;
5. Параличи червеобразных и межкостных мышц.

108. Показания для нейрохирургического лечения болезни Паркинсона

1. Моторные флуктуации
2. Лекарственные дискинезии
3. Отсутствие эффекта от препаратов L-дофа
4. Дебют заболевания
5. Возраст старше 70 лет

109. Передняя ворсинчатая артерия кровоснабжает все структуры, кроме:

1. Амигдала;
2. Бледный шар;
3. Гиппокамп;
4. Гипоталамус;
5. Внутренняя капсула.

110. При каком типе перелома зубовидного отростка обычно сохраняется стабильность краниовертебрального сочленения?
1. Через верхушку (над поперечной связкой)
 2. Через основание шейки
 3. Через основание шейки с большим количеством костных фрагментов
 4. Через тело С2
111. Какой тип нарушения полей зрения при гипертензионно-гидроцефальном синдроме?
1. концентрическое сужение
 2. квадрантная гемианопсия
 3. битемпоральная гемианопсия
 4. всё вышеуказанное.
112. Какой из зрачков находится в патологическом состоянии при синдроме Горнера?
1. меньший из двух зрачков не реагирующий на снижение яркости света
 2. больший из двух зрачков не реагирующий на снижение яркости света.
113. Показания к хирургическому лечению пролактиномы
1. Фармакорезистентность опухоли
 2. Непереносимость агонистов дофамина
 3. Назальная ликворея
 4. Хиазмальный синдром
114. Какие неврологические нарушения возможны в результате травматичного удаления опухолей III желудочка
1. Грубое нарушение сознания
 2. Поражение продольного пучка
 3. Выраженное психоэмоциональное возбуждение
 4. Корсаковский синдром
115. Для центрального понтинного миелолиза характерно
1. Возникает при слишком быстрой коррекции гипонатриемии
 2. Характеризуется демиелинизацией белого вещества в центральных отделах ствола
 3. ствола
 4. Возникает при слишком медленной коррекции гипернатриемии
 5. Развивается постепенно нарастающая вялая тетраплегия
 6. Развитие изменений в психическом статусе
 7. Нарушение функций черепно-мозговых нервов с развитием псевдобульбарного
 8. паралича.
116. В структуре медикаментозной терапии, для снижения внутричерепного давления у пострадавших с тяжёлой черепно-мозговой травмой рекомендуется применять все ниже перечисленные препараты, кроме:
1. Глюкокортикоидных гормонов

2. Осмодиуретиков
3. Барбитуратов
4. Наркотических анальгетиков

117. Какой критерий для госпитализации в стационар пациента с лёгкой черепно-мозговой травмой?

1. ШКГ < 15 баллов;
2. Наличие рваной раны мягких тканей головы;
3. Возраст более 60 лет;
4. Возраст менее 2 лет;
5. Постоянный приём иммуномодуляторов

118. При наложении диагностических фрезевых отверстий у пациента с анизокорией первое отверстие накладывают:

- 1) в лобной области на стороне расширенного зрачка;
- 2) в височной области на стороне расширенного зрачка;
- 3) в височной области на стороне зрачка нормального диаметра;
- 4) в задней черепной ямке на стороне зрачка нормального диаметра;
- 5) в лобной области на стороне зрачка нормального диаметра.

119. Пациент получил удар палкой по голове. Локально выявлена ушибленная рана теменной области, при КТ головного мозга патологии не обнаружили, при люмбальной пункции – геморрагический ликвор. Поставьте диагноз:

- 1) ушибленная рана мягких тканей головы;
- 2) сотрясение головного мозга;
- 3) ушиб головного мозга средней степени тяжести;
- 4) ушиб головного мозга тяжелой степени;
- 5) ДАП.

120. Пациент 50 лет жалуется на внезапно возникшую головную боль, слабость в левой руке и ноге. Клинически больной в ясном сознании, определяются умеренно выраженные общемозговой и менингеальный синдромы, левосторонняя гемиплегия. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз:

- 1) разрыв аневризмы головного мозга;
- 2) разрыв артериовенозной мальформации головного мозга;
- 3) геморрагический инсульт;
- 4) гипертонический криз;
- 5) ишемический инсульт.

7.2 Разделы программы, выносимые на государственный экзамен (2 этап)

1. Хирургическая анатомия и физиология нервной системы
2. Оснащение нейрохирургической операционной
3. Основы нейрохирургической техники
4. Консервативная терапия у пациентов с нейрохирургическими заболеваниями
5. Неврология
6. Диагностика нейрохирургических заболеваний
7. Аномалии развития нервной системы
8. Угнетение уровня сознания
9. Инфекционные заболевания ЦНС

10. Патология систем спинномозговой жидкости
11. Приступы, эпилептический статус, противоэпилептические препараты
12. Болевой синдром у пациентов с нейрохирургическими
13. заболеваниями
14. Заболевания периферической нервной системы
15. Нейроофтальмология, нейроотология
16. Нейроонкология
17. Черепно-мозговая травма
18. Позвоночно-спинномозговая травма
19. Дегенеративные поражения позвоночника
20. Сосудистые заболевания ЦНС
21. Дифференциальный диагноз в нейрохирургии
22. Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия
23. Фармакорезистентная эпилепсия
24. Лучевая терапия нейрохирургических заболеваний

7.3. Примерные ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1

Мужчина 65 лет, обратился на плановую консультацию к нейрохирургу, в сопровождении родственника. Пациент передвигается самостоятельно с опорой на трость. Из анамнеза заболевания и медицинской документации известно, что перенес ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА за 2 недели до обращения. Во время госпитализации проведено обследование брахиоцефальных артерий – триплексное сканирование, при котором выявлен стеноз левой ВСА до 65%.

Со слов родственников, пациент длительное время страдает артериальной гипертонией, рабочее АД 140/90 мм.рт.ст., постоянно принимает гипотензивные препараты. Аллергологический анамнез со слов родственников и согласно медицинской документации неотягощен.

При осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Рост 180, вес 90 кг. В общесоматическом статусе – дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 74 уд в мин., АД 150/90 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Моторная афазия, пациент произносит отдельные слова и предложения из 2-3 слов, понимание речи не нарушено. Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки. Язык по средней линии. Правосторонний спастический гемипарез со снижением мышечной силы до 4-х баллов. Правосторонняя гемигипестезия. Сухожильные рефлексy D>S.

Со слов родственников, самостоятельно себя обслуживает, самостоятельно поднимается и спускается по лестнице, но требуется помощь при передвижении на улице, при мытье, при подъеме предметов с пола и ходьбе по пересеченной местности.

Из представленных обследований (выполнены во время первичной госпитализации):

Триплексное сканирование БЦА – в области бифуркации левой ОСА с переходом в левую ВСА определяется концентрическая гетерогенная атеросклеротическая бляшка с сужением просвета до 65%.

КТ головного мозга – очаг ишемии в левой височной и теменной долях до 35 см³, без очагов геморрагической трансформации

ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по модифицированной шкале Рэнкина (mRs) 2. Оцените состояние пациента по индексу мобильности Ривермид
3. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения
4. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении степени стеноза

Ситуационная задача № 2

Мужчина 57 лет, доставлен в стационар бригадой СМП. Жалобы при поступлении на онемение левой руки в течение последних 12 часов, головную боль, также со слов больного была проходящая слабость в левой кисти в течение 30 минут.

Со слов больного данные жалобы периодически беспокоят в течение последних 6 месяцев – периодически возникало онемение в левой руке, иногда – в левой ноге на фоне повышения АД до 160- 180/90-100 мм.рт.ст., самостоятельно проходившее, к врачам не обращался. Со слов больного длительное время отмечает повышение АД максимально до 180/100 мм.рт., постоянно гипотензивные препараты не принимает, у терапевта и кардиолога не наблюдается. Аллергологический анамнез со слов больного не отягощен. При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести. Рост 175, вес 100 кг. В общесоматическом статусе – дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны, пульс от 56 до 74 уд в мин., АД 160/80 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Правосторонний спастический гемипарез со снижением мышечной силы до 4-х баллов. Правосторонняя гемигипестезия. Сухожильные рефлексy D=S. Функции тазовых органов не нарушены Во время первичного обследования в приемном отделении выявлено: Триплексное сканирование БЦА – в области бифуркации правой ОСА с переходом в правую ВСА определяется концентрическая гетерогенная атеросклеротическая бляшка с сужением просвета до 35-40%. В дистальных отделах правой ВСА кровотоков не регистрируется, просвет заполнен тромботическими массами разной степени экзогенности. В области бифуркации левой ОСА с переходом на левую ВСА определяется концентрическая гетерогенная атеросклеротическая бляшка с сужением просвета на 90%.

КТ головного мозга – данных за острые ишемические поражения, внутримозговые кровоизлияния не получено, определяются мелкие очаги рубцово-кистозных изменений (до 1,5-2 см³) в правой теменной доле.

ВОПРОСЫ

1. Предложите набор диагностических обследований и консультаций специалистов для определения тактики лечения.
2. Какие показатели необходимо оценить при выполнении ангиографического исследования?
3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении окклюзии правой ВСА и критического стеноза левой ВСА.

Ситуационная задача № 3

Пациент, 65 лет, обратился в плановом порядке с жалобами на слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что 4 года назад выполнена каротидная эндартерэктомия из правой ВСА и перенесенного инсульта в бассейне правой СМА. 14

При осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Рост 170, вес 96 кг. В общесоматическом статусе – дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту.

Тоны сердца приглушены, аритмичны, пульс от 56 до 74 уд в мин., АД 140/80 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Левосторонний спастический гемипарез со снижением мышечной силы до 4-х баллов. Левосторонняя гемигипестезия. Сухожильные рефлексы D=S. Функции тазовых органов не нарушены. При выполнении КТ-ангиографии выявлена окклюзия правой ОСА, ВСА, НСА, левые ОСА, ВСА, НСА без патологии.

Выявлена гипоперфузия правой теменной и височной долей, прирост перфузии в правом полушарии головного мозга в ответ на прием диакарба 3%.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените тяжесть состояния больного по шкалам инсульта:
 1. NIHSS 4, Ривермид 13б, Ш Рэнкина 2 б *
 2. NIHSS 8, Ривермид 7б, Ш Рэнкина 3 б
 3. NIHSS 12, Ривермид 7б, Ш Рэнкина 3 б
 4. NIHSS 18, Ривермид 3б, Ш Рэнкина 4 б
2. Предложите хирургическое вмешательство:
 1. ЭИКМА справа
 2. Боннет – байпас *
 3. Каротидная эндартерэктомия из правой ОСА
 4. Перекрестное шунтирование из левой ВСА в правую НСА
3. Какой вид интраоперационного контроля и состоятельности анастомоза и проходимости артерий предпочтителен в данном случае:
 1. Дуплексное сканирование
 2. Флоуметрия
 3. Церебральная оксиметрия
 4. ТКДГ

Ситуационная задача №4

Пациентка, 45 лет, обратилась в плановом порядке с жалобами на головную боль, ощущение пульсации за правым глазным яблоком. Страдает гипертонической болезнью. При осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Рост 160, вес 75 кг. В общесоматическом статусе – дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны, пульс 73 уд в мин., АД 150/80 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые, недведение правого глаза кнаружи. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Парезов в конечностях не выявлено. Сухожильные рефлексы D=S. Функции тазовых органов не нарушены.

По данным КТ-ангиографии выявлена гигантская аневризма кавернозного отдела правой ВСА 3X3,5 см. По данным МРТ – аневризма частично тромбирована, истинные размеры 4X5см. Участки перенесенных очагов ишемии разных размеров, расположенных кортикально и субкортикально в бассейне правой СМА. 15 Выполнена попытка эндоваскулярного лечения аневризмы: в связи с выраженной извитостью дистальных отделов правой ВСА выключить аневризму из кровотока не удалось.

ВОПРОСЫ:

- 1) Поражение какого черепно-мозгового нерва имеет место у пациентки:
 1. V
 2. VI*
 3. VII
 4. VIII
- 2) Какое исследование является основным для выбора хирургической тактики:

1. УЗИ сонных артерий
 2. МРТ головного мозга
 3. Баллоно-окклюзионный тест
 4. ОФЭКТ
- 3) Какой вид вмешательства возможно провести пациентке:
1. Высокоточное шунтирование, треппинг аневризмы и дистальных отделов ВСА
 2. ЭИКМА
 3. Каротидная эндартерэктомия
 4. Перекрестное шунтирование

Ситуационная задача №5

Пациент, 27 лет, с внезапной нестерпимой головной болью доставлен по СМП в приемный покой стационара. Из анамнеза: головная боль развилась 4 дня назад, за медицинской помощью не обращался, сегодня почувствовал чувство неловкости в правой руке, затруднения речи. При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Рост 172, вес 67 кг. В общесоматическом статусе – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны, пульс 78 уд в мин., АД 130/80 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые, светобоязнь. Ригидность затылочных мышц 4 пальца. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Левосторонний гемипарез. Сила мышц в левой руке и ноге 4 балла. Сухожильные рефлексы оживлены слева. Функции тазовых органов не нарушены. По данным КТ головного мозга выявлено базальное субарахноидальное кровоизлияние, толщиной более 2мм, при КТ-ангиографии диагностирована аневризма бифуркации левой СМА 5x4 мм. Отмечается гипоперфузия левой теменной и височной долей. Очагов ишемии нет. По данным ТКДГ – ЛСК по левой СМА 230 см/с, по правой СМА 120 см/с. Индекс Линдегарда – 6 баллов.

ВОПРОСЫ:

- 1) Оцените тяжесть состояния пациента по шкале Н-Н:
 1. I ст
 2. II ст
 3. III ст*
 4. IVст
- 2) Оцените интенсивность САК по классификации Фишера: 1. 1 2. 2 3. 3* 4. 4
- 3) Определите тактику хирургического лечения:
 1. Декомпрессивная краниотомия, клипирование аневризмы левой СМА
 2. Декомпрессивная краниотомия, клипирование аневризмы левой СМА, наложение ЭИКМА слева
 3. Костно-пластическая трепанация, клипирование аневризмы СМА
 4. Наружное вентрикулярное дренирование

Ситуационная задача №6

Пациент, 68 лет, обратился в плановом порядке. Жалобы на слабость в правых конечностях, некоторые затруднения речи. Из анамнеза: со слов больного 3 месяца назад перенес ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА. При осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Рост 180, вес 72 кг. В общесоматическом статусе: дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 58 уд в мин., АД 120/70 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Элементы моторной афазии. Правосторонний гемипарез до 3 баллов в руке и до 4 баллов в ноге. Функции тазовых органов не нарушены. Ходит самостоятельно. При обследовании: МРТ головного мозга – очаг перенесенной ишемии в левой теменной доле 2x4 см. По данным УЗИ МАГ – окклюзия левой ВСА, стеноз правой ВСА 50% (степень

измерения по NASCET). По данным КТ-ангиография брахиоцефальных артерий – окклюзия левой ВСА от устья, стеноз правой ЕСА до 30%, стеноз правой ВСА до 50% (степень измерения по NASCET).

ВОПРОСЫ:

1. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить пациенту для определения тактики лечения
 - a. КТ-ангиография экстракраниальных артерий
 - b. КТ головного мозга
 - c. ЭХО-КГ d. ОФЭКТ*
2. Какой вид лечения возможно предложить пациенту:
 - a. Каротидная эндартерэктомия из левой ВСА
 - b. Каротидная эндартерэктомия из правой ВСА
 - c. ЭИКМА слева*
 - d. Перекрестное шунтирование на шее
3. Какой вид интраоперационного контроля является наилучшим в данном случае:
 - a. УЗИ МАГ для оценки радикальности удаления атеросклеротической бляшки
 - b. Инфракрасная ангиография с применением индоцианина зеленого (ICG) для контроля состоятельности анастомоза*
 - c. Контактная доплерография для контроля состоятельности анастомоза 20
 - d. Комбинация оксиметрии с измерением SpO2 и ТКДГ с оценкой ЛСК по СМА во время пережатия сонных артерий

Ситуационная задача №7

Мужчина 55 лет направлен онкологом на консультацию нейрохирурга. В анамнезе у пациента центральный рак правого легкого, гистологический диагноз после трансбронхиальной биопсии – аденокарцинома cT3N1M1. Уменьшение размеров первичной опухоли и лимфаденопатии на фоне химиотерапевтического лечения. Несколько недель назад пациент почувствовал слабость в левых конечностях, к врачу не обращался. После парциального судорожного приступа в правой руке обратился к онкологу, направлен на МРТ головного мозга с в/в контрастированием. При МРТ головного мозга определяется гетерогенный на T1 и T2-взвешенных последовательностях очаг размерами 42x31x37 мм, неравномерно накапливающий контрастный препарат, умеренный перифокальный отек, без дислокации срединных структур. Похожие по МР-характеристикам очаги (2) выявлены также в левой лобной доле, 1 см и 1,5 см в диаметре, с небольшой зоной перифокального отёка. При КТ грудной клетки в корне правого легкого опухолевый когломерат, несколько увеличенных до 1 см лимфоузлов, легочные поля прозрачные, без ателектазов или пневмонии. КТ органов брюшной полости – без особенностей. В неврологическом статусе сознание ясное, речевых нарушений нет, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Центральный прозопарез справа, 4 балла по шкале Хаус-Бракманн. Сухожильные рефлексы оживлены справа. Правосторонний гемипарез 3 балла в руке, 4 балла в ноге. Пациент самостоятельно себя обслуживает, но испытывает затруднения при ходьбе. В анамнезе жизни – длительное время курил, много лет назад перенес холецистэктомию без осложнений.

ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по Шкале Карновского:
 - a. 60%;
 - b. 70%;
 - c. 80%;
 - d. 90%
2. Определите необходимость назначения дополнительных методов исследования:
 - a. КТ головного мозга с контрастированием

- b. ПЭТ-КТ головного мозга с 11-С метионином
 - c. ПЭТ-КТ всего тела с 18-ФДГ
 - d. УЗИ органов брюшной полости e. ничего из вышеперечисленного *
3. Предложите варианты лечения метастазов в головной мозг
- a. только удаление крупного очага, дальнейшее лечение онкологом по месту жительства
 - b. хирургическое лечение всех метастазов в головной мозг из разных доступов за одну операцию, затем рекомендовать облучение всего головного мозга
 - c. Удаление крупного очага, стереотаксическая радиохирургия небольших метастазов; при тотальном удалении дополнительного лечения не требуется
 - d. Предоперационная стереотаксическая радиохирургия крупного очага + стереотаксическая радиохирургия небольших метастазов, затем удаление крупного очага (в 1-2ые сутки) *