

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.
Пирогова Минздрава России
(Пироговский Университет)

_____ М.В. Хорева

«05» июня 2025 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.56 Нейрохирургия

Направленность (профиль) программы

Нейрохирургия

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2025 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.56 Нейрохирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации 31 марта 2025 года №300, педагогическими работниками кафедры фундаментальной нейрохирургии ИИН

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Крылов Владимир Викторович	д.м.н., профессор, академик РАН	заведующий кафедрой фундаментальной нейрохирургии ИИН
2	Полунина Наталья Алексеевна	д.м.н.	доцент кафедры фундаментальной нейрохирургии ИИН
3	Староверов Максим Сергеевич	-	ассистент кафедры фундаментальной нейрохирургии ИИН

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры фундаментальной нейрохирургии ИИН.

протокол № 4 от «17» апреля 2025 г.

Заведующий кафедрой
фундаментальной нейрохирургии ИИН

_____/В.В. Крылов/

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	9
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	305
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	306

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

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.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом (далее – ФГОС), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом 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 Университета 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.

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, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом

проектов	управлять им	УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
--	--	---

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по

	контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи по профилю "Нейрохирургия"	<p>ПК-1.1 Проводит медицинские обследования пациентов в целях выявления нейрохирургических заболеваний и (или) состояний, травм отделов нервной системы, устанавливает диагноз</p> <p>ПК-1.2 Проводит лечение пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы в экстренной и неотложной формах</p> <p>ПК-1.3 Проводит лечение пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы в плановой форме</p> <p>ПК-1.4 Планирует и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>ПК-1.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной</p>	Профессиональный стандарт - Врач-нейрохирург

		<p>системы</p> <p>ПК-1.6 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-1.7 Оказывает медицинскую помощь пациентам в экстренной форме</p>	
	<p>ПК-2. Способен к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "Нейрохирургия"</p>	<p>ПК-2.1 Проводит лечение пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы в экстренной и неотложной формах</p> <p>ПК-2.2 Проводит лечение пациентов с сосудистыми заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС) в плановой форме</p> <p>ПК-2.3 Проводит лечение пациентов с травмой ЦНС в плановой форме</p> <p>ПК-2.4 Проводит лечение пациентов с онкологическими заболеваниями ЦНС в плановой форме</p> <p>ПК-2.5 Проводит лечение пациентов с заболеваниями позвоночника и спинного мозга в плановой форме</p> <p>ПК-2.6 Проводит лечение пациентов с заболеваниями периферической нервной системы в плановой форме</p> <p>ПК-2.7 Проводит лечение пациентов детского возраста с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы</p> <p>ПК-2.8 Проводит лечение пациентов с иными нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями отделов нервной системы</p>	<p>Профессиональный стандарт - Врач-нейрохирург</p>
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ПК-3. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-3.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>ПК-3.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-3.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Профессиональный стандарт - Врач-нейрохирург</p>
<p>Педагогическая и научно-исследовательская деятельность</p>	<p>ПК-4. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на</p>	<p>ПК-4.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-4.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность</p>	<p>Анализ требований к профессиональным компетенциям,</p>

	основе полученных научных знаний	ПК-4.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний	предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта
--	----------------------------------	---	--

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

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

Объем государственной итоговой аттестации

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.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - 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 Университета 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 - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающемуся предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить анамнез, оценить жалобы, сделать заключение о состоянии пациента, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях, перечислить показания, противопоказания, а также методику выполнения и технику профессиональных манипуляций. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.

Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
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. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
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.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Хирургическая анатомия и физиология нервной системы
1	Ветвью какой артерии является а. Ophthalmica
	ПМА
	СМА
	ВСА
	НСА
	ПВА
2	Артерия Бернаскони-Кассинари это –
	Верхняя гипофизарная артерия
	Нижняя гипофизарная артерия

	Базальная артерия намета мозжечка
	Передняя нижняя мозжечковая артерия
	Верхняя гипофизарная артерия
3	Четвёртой по счету от бифуркации ОСА ветвью наружной сонной артерии является
	Верхнечелюстная артерия
	Затылочная артерия
	Лицевая артерия
	Задняя ушная артерия
	Язычная артерия
4	Симпатические волокна вегетативной нервной системы выходят из спинного мозга через
	Задние корешки и белые соединительные ветви
	Передние корешки и белые соединительные ветви
	Задние корешки и серые соединительные ветви
	Передние корешки и серые соединительные ветви
	Передние корешки и спинномозговые нервы
5	Наиболее встречаемый вариант отхождения левой позвоночной артерии
	От дуги аорты
	От брахиоцефального ствола
	От левой общей сонной артерии
	От левой подключичной артерии
	Реберношейный ствол
6	При поражении какой структуры возникает повышение тонуса разгибательных мышц?
	Зубчатое ядро
	Ножкомостовое ядро
	Красное ядро
	Вентральная покрывка
	Верхнее оливарное ядро
7	Какая структура дренируется в кавернозный синус?
	Верхняя глазничная вена
	Верхний каменистый синус

	Нижний каменистый синус
	Базальная вена Розенталя
	Вена Лаббе
8	Персистирующая тригеминальная артерия
	Встречается в 3-5% случаев
	Является ветвью передней мозговой артерии
	Отходит от ВСА проксимальнее менингогипофизарного ствола
	Встречается в 50% случаев
	Сочетается с аплазией ВСА
9	Афферентное звено рефлекса Геринга-Брейера представлено
	Подъязычным нервом
	Языкоглоточным нервом
	Блуждающим
	Добавочным нервом
	Спинно-мозговым нервом С2
10	Какой из указанных нервов находится за границами Циннова кольца?
	Отводящий нерв
	Носоресничный нерв
	Блоковый нерв
	Верхняя порция глазодвигательного нерва
	Нижняя порция глазодвигательного нерва
11	Укажите количество локусов вторичной оссификации второго шейного позвонка
	2
	3
	4
	5
	6
12	Линия, проведенная между верхними точками гребней подвздошной кости, соответствует
	Уровню L1-L2 позвонков

	Уровню L2-L3 позвонков
	Уровню L3-L4 позвонков
	Уровню L4-L5 позвонков
	Уровню L5-S1 позвонков
13	Ложный тезис в отношении симпатической нервной системы
	Иннервация от органов грудной клетки проходит через T1-T4 сегменты спинного мозга
	Внутренностные нервы не имеют миелиновых оболочек
	Преганглионарные волокна входят в симпатический путь через белые соединительные ветви
	Преганглионарные волокна входят в симпатический путь через серые соединительные ветви
	Преганглионарные волокна образуют синапсы и с симпатическим трактом, и с предпозвоночными ганглиями
14	Тазовые внутренностные нервы отвечают за
	Снижение тонуса наружного анального сфинктера
	Снижение тонуса внутреннего мочепузырного сфинктера
	Снижение тонуса внутреннего анального сфинктера
	Снижение тонуса наружного мочепузырного сфинктера
	Снижение тонуса мышц прямой кишки
15	Парасимпатические сенсорные волокна оканчиваются в
	Двойном ядре
	Солитарном ядре
	Ядре Эдингера-Вестфалия
	Красном ядре
	Верхних холмиках
16	Артерия, кровоснабжающая нейрогипофиз отходит от
	Шейного сегмента ВСА
	Каменистого сегмента ВСА
	Кавернозного сегмента ВСА
	Клиноидного сегмента ВСА
	Супраклиноидного сегмента ВСА

17	От какого сегмента ЗМА отходит задняя медиальная ворсинчатая артерия?
	P1
	P2
	P3
	P4
	P5
18	От какого сегмента ВСА отходит видиева артерия?
	Кавернозный
	Шейный
	Каменистый
	Офтальмический
	Коммуникантный
19	Какая артерия кровоснабжает 17-е поле по Бродманну?
	Верхняя мозжечковая
	Шпорная
	Перикаллезная
	Каллезомаргинальная
	Надкраевая
20	Расположение 44-ого поля по Бродманну соответствует
	Прецентральной извилине
	Нижней лобной извилине
	Прямой извилине
	Средней лобной извилине
	Крайевой извилине
21	Какие две структуры разделяет ограда?
	Скорлупу и наружную капсулу
	Крайнюю капсулу и кору островка
	Бледный шар и внутреннюю капсулу
	Наружную капсулу и крайнюю капсулу
	Бледный шар и скорлупу

22	У пациента с ишемическим инсультом с проводниковой афазией присутствует поражение
	Аркуатного пучка
	Крючковидного пучка
	Зоны Брока
	Зоны Вернике
	Первичной моторной коры
23	Выберете правильное соответствие ядер таламуса и зоной коры головного мозга
	Подушка таламуса – поясная извилина
	Переднее ядро – фронтоорбитальная кора
	Заднемедиальное ядро – первичная и вторичная зрительная кора
	Переднее заднебоковое ядро – соматосенсорная кора
	Переднее крайнее ядро – первичная зрительная кора
24	Основная афферентация 41-ого и 42-ого поля Бродманна происходит из
	Медиального коленчатого тела
	Латерального коленчатого тела
	Верхних холмиков
	Нижних холмиков
	Медиальной петли
25	Сверху от наглазничного углубления в передней части дна третьего желудочка располагается
	Передняя спайка
	Конечная пластинка
	Зрительный перекрест
	Сосцевидные тела
	Подушка таламуса
26	Какой костный шов находится между затылочной и теменной костью?
	Чешуйчатый
	Венечный
	Лямбовидный
	Сфенопарietальный

	Теменнососцевидный
27	Какие швы соединяются в брегме?
	Сагиттальный и лямбовидный
	Теменнососцевидный и затылочнососцевидный
	Чешуйчатый и теменнососцевидный
	Венечный и сагиттальный
	Теменнососцевидный и чешуйчатый
28	Верхнебоковую границу четвертого желудочка образует
	Верхняя ножка мозжечка
	Верёвчатое тело
	Средняя ножка мозга
	Червь мозжечка
	Покрышка мозга
29	Нижнебоковую границу четвертого желудочка образует
	Верхняя ножка мозжечка
	Верёвчатое тело
	Средняя ножка мозга
	Червь мозжечка
	Покрышка мозга
30	Какой из циркумвентрикулярных органов является парным?
	Самое заднее поле
	Субфорникальный орган
	Сосудистый орган терминальной пластинки
	Субкомиссуральный орган
	Нейрогипофиз
31	В аксиальной плоскости глазодвигательное ядро располагается на уровне
	Ножек мозга
	Верхних холмиков
	Нижних холмиков
	Моста

	Зрительного нерва
32	Центром контроля прямой и содружественной фотореакции
	Промежуточное ядро Кахаля
	Глазодвигательное ядро
	Претектальное ядро
	Ядро блокового нерва
	Верхнее оливарное ядро
33	Какой из циркумвентрикулярных органов не взаимодействует с гематоэнцефалическим барьером
	Самое заднее поле
	Субфорникальный орган
	Сосудистый орган терминальной пластинки
	Субкомиссуральный орган
	Нейрогипофиз
34	Какая структура в среднем мозге располагается латеральнее красного ядра?
	Волокна глазодвигательного нерва
	Медиальная петля
	Медиальный продольный пучок
	Сильвиев водопровод
	Ножка мозга
35	Какая артерия обеспечивает большую часть кровоснабжения глубоких ядер мозжечка
	Передняя нижняя мозжечковая артерия
	Задняя нижняя мозжечковая артерия
	Верхняя мозжечковая артерия
	Задняя мозговая артерия
	Передняя ворсинчатая артерия
36	Укажите соматотопическое расположение порции, иннервирующей нижнюю конечность, внутри кортикоспинального тракта
	Латеральное
	Медиальное
	Переднее

	Заднее
	Вентральное
37	Какая из указанных структур проходит через Цинново кольцо?
	Блоковый нерв
	Лобный нерв
	Слёзный нерв
	Носоресничный нерв
	Лицевой нерв
38	Тонотопическое расположение высокочастотных звуков в улитке располагается в
	Основании улитки
	Верхушке улитки
	Барабанной лестнице внутреннего уха
	Вестибулярной лестнице внутреннего уха
	Средней лестнице внутреннего уха
39	Вы смотрите забег на 100 м. на местных соревнованиях по легкой атлетике. Вас пугает звук стартового пистолета и вы подпрыгиваете на месте. Эта реакция обусловлена функцией слухового пути быстрого типа. Посредством какой структуры дорсальное ядро улитки, как часть слухового пути быстрого типа, посылает волокна в нижние холмики четверохолмия?
	Медиальная петля
	Трапецевидное тело
	Латеральная петля
	Веревчатое тело
	Юкставеревчатое тело
40	Какой проводящий путь огибает ядро отводящего нерва?
	Спинальный тройничный тракт
	Лицевой нерв
	Медиальный продольный пучок
	Внутренние дугообразные волокна
	Медиальная петля
41	Какое из ядер гипоталамуса контролирует пищевое насыщение?
	Латеральное

	Вентромедиальное
	Паравентрикулярное
	Преоптическое
	Супраоптическое
42	Какое из ядер гипоталамуса участвует в поддержании баланса жидкости в организме?
	Латеральное
	Вентромедиальное
	Паравентрикулярное
	Аркуатное
	Супраоптическое
43	Для защиты органы слуха от внезапных громких звуков, стремени мышца и мышца напрягающая барабанную перепонку сокращаются, чтобы приглушить звук. Какое ядро управляет этим рефлексом?
	Нижние холмики
	Верхние холмики
	Верхнее оливарное ядро
	Нижнее оливарное ядро
	Супраоптическое ядро
44	Частью какой кости черепа является продырявленная пластинка?
	Лобная кость
	Затылочная кость
	Скуловая кость
	Носовая кость
	Решетчатая кость
45	Укажите нервы, проходящие через верхнюю глазничную щель
	Лобный нерв
	Верхнечелюстной нерв
	Блоковый нерв
	Отводящий нерв
	Глазодвигательный нерв
46	Через какую структуру выходит из черепа блуждающий нерв?

	Первая часть яремного отверстия
	Сосудистая часть яремного отверстия
	Рваное отверстие
	Овальное отверстие
	Остистое отверстие
47	Вы наблюдаете за боксерским поединком на местных соревнованиях. Один из боксеров пропускает правосторонний хук и получает удар по боковой поверхности головы. Вас, как нейрохирурга, беспокоит формирование эпидуральной гематомы. Через какое отверстие в череп проходит артерия, которая с наибольшей вероятностью может послужить причиной внутричерепного кровоизлияния?
	Круглое отверстие
	Сосудистая часть яремного отверстия
	Рваное отверстие
	Овальное отверстие
	Остистое отверстие
48	Ветвями какой артерии являются передняя и задняя решетчатые артерии?
	Внутренняя сонная артерия
	Верхнечелюстная артерия
	Клиновиднонебная артерия
	Офтальмическая артерия
	Передняя мозговая артерия
49	В течение эндоназального эндоскопического доступа к новообразованиям гипофиза удаляется средняя носовая раковина, что может повлечь выраженное артериальное кровотечение. Какая артерия кровоснабжает среднюю носовую раковину?
	Передняя решетчатая артерия
	Задняя решетчатая артерия
	Сплетение Кессельбаха
	Крыловиднонебная артерия
	Язычная артерия
50	Какая структура является общей границей зрительного канала и верхней глазничной щели?
	Зрительная стойка (optic strut)
	Передний наклоненный отросток
	Каротидный отросток

	Средний наклоненный отросток
	Латеральный оптикокаротидный карман
51	Структура, располагающаяся между турецким седлом и пазухами решетчатой кости, называется
	Клиновидная площадка
	Зрительная стойка (optic strut)
	Передний наклоненный отросток
	Крыловидная пластинка
	Каротидный отросток
52	Продолжением какого нерва является Видиев нерв?
	Малый поверхностный каменистый нерв
	Большой поверхностный каменистый нерв
	Промежуточный нерв
	Барабанная струна
	Блоковый нерв
53	Какая структура находится латеральнее от Видиева канала?
	Зрительный канал
	Круглое отверстие
	Овальное отверстие
	Остистое отверстие
	Клиновидная площадка
54	Какой треугольник основания черепа ограничен нижней порцией нижнечелюстного нерва, большим поверхностным каменистым нервом и линией, проведенной от остистого отверстия к дугообразному возвышению?
	Треугольник Glasscock
	Треугольник Kawase
	Подблоковый треугольник
	Тройничный треугольник
	Надблоковый треугольник
55	Какой треугольник основания черепа ограничен большим поверхностным каменистым нервом, нижнечелюстным нервом и верхним каменистым синусом?
	Треугольник Glasscock

	Треугольник Kawase
	Подблоковый треугольник
	Тройничный треугольник
	Надблоковый треугольник
56	Какой треугольник основания черепа ограничен блоковым нервом, глазным нервом и краем намета мозжечка?
	Треугольник Glasscock
	Треугольник Kawase
	Подблоковый треугольник
	Тройничный треугольник
	Надблоковый треугольник
57	Стойка Билла (Bill's bar) – структура, располагающаяся во внутреннем слуховом проходе. Какие нервы она разграничивает?
	Лицевой нерв – вестибулярный нерв
	Верхний вестибулярный нерв – нижний вестибулярный нерв
	Лицевой нерв – верхний вестибулярный нерв
	Улитковый нерв – нижний вестибулярный нерв
	Лицевой нерв - улитковый нерв
58	Какой костный ориентир является маркером проекции перехода поперечного синуса в сигмовидный?
	Брегма
	Инион
	Птерион
	Опистион
	Астерион
59	Единственный нерв, выходящий из ствола головного мозга с дорсальной поверхности, это –
	Глазодвигательный
	Зрительный
	Блуждающий
	Подъязычный
	Блоковый

60	Из какого зародышевого листка образуются оболочки основания черепа?
	Эктодерма
	Мезодерма
	Эндодерма
	Сомиты
	Нейродерма
61	Какие артерии идут вдоль лицевого и преддверно-улиткового нерва во внутреннем слуховом проходе?
	Задняя нижняя мозжечковая артерия
	Шпорная артерия
	Артерия лабиринта
	Артерия Симпсона
	Задняя ворсинчатая артерия
62	Первой интрадуральной ветвью внутренней сонной артерии является
	Менингогипофизарный ствол
	Офтальмическая артерия
	Верхняя гипофизарная артерия
	Задняя соединительная артерия
	Нижняя гипофизарная артерия
63	Аксоны каких клеток сетчатки формируют зрительный нерв?
	Ганглионарных клеток
	Биполярных клеток
	Горизонтальных клеток
	Амакриновые клетки
	Звёздчатые клетки
64	Мышцы, иннервируемые нижней порцией глазодвигательного нерва
	Мышца, поднимающая верхнее веко
	Нижняя косая мышца
	Медиальная прямая мышца
	Нижняя прямая мышца

65	Какой черепной нерв иннервирует эфферентную часть слуховой рефлекторной дуги посредством мышцы напрягающий барабанную перепонку?
	Тройничный нерв
	Лицевой нерв
	Преддверно-улитковый нерв
	Блуждающий нерв
	Блоковый нерв
66	Промежуточный нерв включает в себя следующие волокна за исключением
	Эфферентных волокон корнеального рефлекса
	Парасимпатических эфферентных волокон слезной железы
	Парасимпатических эфферентных волокон поднижнечелюстной железы
	Вкусовых волокон, иннервирующих передние две трети языка
67	Улитковый нерв соединяет
	Спиральный ганглий – вестибулярное ядро
	Спиральный ганглий – кохлеарное ядро
	Ганглий Скарпа – кохлеарное ядро
	Ганглий Скарпа – вестибулярное ядро
	Вестибулярное ядро – кохлеарное ядро
68	Какая ветвь языкоглоточного нерва иннервирует околоушную слюнную железу?
	Видиев нерв
	Большой поверхностный каменистый нерв
	Малый поверхностный каменистый нерв
	Барабанная струна
	Носоресничный нерв
69	Мышцы, получающие иннервацию от возвратной ветви языкоглоточного нерва?
	Поперечная черпаловидная мышца
	Щитовиднонадгортанная мышца
	Задняя перстнечерпаловидная мышца
	Перстнещитовидная мышца
70	По отношению к основной чувствительной порции двигательная порция тройничного нерва располагается

	Каудально
	Дорсально
	Латерально
	Рострально
	Медиально
71	Какая анатомическая структура соединяет верхнюю границу С1-позвонка и большое отверстие затылочной кости?
	Задняя атлanto-затылочная мембрана
	Текториальная мембрана
	Передняя атлanto-затылочная мембрана
	Крестообразная связка
	Верхушечная связка
72	Какая парная связка ограничивает вращение головы?
	Крыловидная связка
	Верхушечная связка
	Поперечная связка
	Крестообразная связка
	Передняя атлanto-затылочная мембрана
73	Текториальная мембрана шейного отдела позвоночника является вышележащим продолжением
	Передней продольной связки
	Задней продольной связки
	Внутрипоперечной связки
	Надостистой связки
	Желтой связки
74	Какой из вариантов нормальной анатомии может привести к атлanto-аксиальной нестабильности?
	Расщепление передней дужки С1-позвонка
	Расщепление задней дужки С1-позвонка
	Аномальная зубовидная кость
	Синдром Клиппеля-Фейля
	Аномалия Денди-Уокера

75	В какой структуре спинного мозга проходит чувствительная афферентация от уровня Th6-сегмента?
	Клиновидный пучок
	Тонкий пучок
	Боковой спинно-таламический тракт
	Передний кортикоспинальный тракт
	Задний спинно-мозжечковый тракт
76	Какая пластина Рекседа отграничивает передние и задние рога спинного мозга?
	II пластина
	IV пластина
	VII пластина
	IX пластина
	I пластина
77	В какой пластине Рекседа расположена желатинозная субстанция?
	II пластина
	IV пластина
	VII пластина
	IX пластина
	I пластина
78	В какой пластине Рекседа расположено заднее ядро Кларка и медиолатеральное промежуточное серое вещество?
	II пластина
	IV пластина
	VII пластина
	IX пластина
	I пластина
79	В какой пластине Рекседа расположены клетки Реншоу?
	II пластина
	IV пластина
	VII пластина
	IX пластина

	I пластина
80	В какой пластине Рекседа расположены первичные моторные нейроны?
	II пластина
	IV пластина
	VII пластина
	IX пластина
	I пластина
81	Через какой проводящий путь спинного мозга осуществляется болевая и температурная афферентация?
	Передний спиноталамический тракт
	Боковой спиноталамический тракт
	Задний спинно-мозжечковый тракт
	Боковой кортикоспинальный тракт
	Передний кортикоспинальный тракт
82	Какое количество волокон кортикоспинального тракта состоит из аксонов гигантских клеток Беца?
	3%
	10%
	20%
	50%
	75%
83	В какой пластине Рекседа расположена большая часть синаптических окончаний кортикоспинального тракта?
	II пластина
	IV пластина
	VII пластина
	IX пластина
	I пластина
84	Какой проводящий путь спинного мозга обеспечивает действие постурального рефлекса в ответ на зрительный и слуховой раздражитель?
	Вестибулоспинальный тракт
	Руброспинальный тракт

	Ретикулоспинальный тракт
	Тектоспинальный тракт
	Клиновидный пучок
85	Артерия, кровоснабжающая большую часть шейного отдела спинного мозга, отходит от
	Передних корешковых артерий
	Задних корешковых артерий
	Позвоночных артерий
	Сонных артерий
	Грудного отдела аорты
86	Какой из сегментов спинного мозга наиболее подвержен риску ишемического повреждения?
	C3-C7
	Th1-Th4
	L1-L4
	Конус спинного мозга
	Th5-Th12
87	Какая часть спинного мозга наиболее часто получает кровоснабжение от артерии Адамкевича?
	Правая половина Th2-сегмента
	Левая половина Th2-сегмента
	Правая половина Th10-сегмента
	Левая половина Th10-сегмента
	Левая половина C3-сегмента
88	Наиболее часто самая маленькая ножка у позвонка
	Th1
	Th4
	Th7
	Th12
	L1
89	Из какого основного типа коллагеновых волокон состоит фиброзное кольцо?
	I тип

	II тип
	III тип
	IV тип
	V тип
90	На каком уровне позвоночная артерия входит в канал поперечных отростков позвоночника?
	C4
	C5
	C6
	C7
	Th1
91	На теле какого позвонка располагается сонный бугорок
	C4
	C5
	C6
	C7
	Th1
92	Что является первой ветвью плечевого сплетения?
	Длинный грудной нерв
	Задний лопаточный нерв
	Подключичный нерв
	Подлопаточный нерв
	Плечевой нерв
93	Кожномышечный нерв иннервирует
	Клювовидно-плечевую мышцу
	Двуглавую мышцу плеча
	Плечелучевую мышцу
	Плечевую мышцу
94	Какая из ветвей лучевого нерва на предплечье имеет исключительно двигательные волокна?
	Передний межкостный нерв

	Задний межкостный нерв
	Поверхностная ветвь
	Задняя пальцевая ветвь
	Передняя пальцевая ветвь
95	Какую из перечисленных мышц иннервирует подмышечный нерв?
	Большую круглую мышцу
	Малую круглую мышцу
	Подостистую мышцу
	Надостистую мышцу
	Широчайшую мышцу спины
96	Какая из ветвей срединного нерва на предплечье имеет исключительно двигательные волокна?
	Передний межкостный нерв
	Задний межкостный нерв
	Поверхностная ветвь
	Задняя пальцевая ветвь
	Передняя пальцевая ветвь
97	При обследовании пациента, поступившего по экстренным показаниям в нейрохирургический стационар с грыжей межпозвонкового диска, диагностировано нарушение мочеиспускания по типу недержания. Поврежденное эфферентное волокно, вызвавшее данный неврологический дефицит располагается в
	Краевом ядре
	Желатинозной субстанции
	Ядре Онуфа
	Промежуточном медиолатеральном ядре
	Промежуточном ядре Кахаля
98	В состав какого нерва входят нервные волокна, идущие от ядра Онуфа?
	Срамной нерв
	Верхний ягодичный нерв
	Нижний ягодичный нерв
	Запирательный нерв
	Икроножный нерв

99	В анатомические структуры жирового тела щеки (жировое тело Биша) входят
	Височный отросток
	Тело
	Щечный отросток
	Крыловидный отросток
	Нижнечелюстной отросток
100	Сколько костей участвует в формировании костного каркаса глазницы?
	3 кости
	4 кости
	5 костей
	6 костей
	7 костей
101	Область, в которой наиболее часто происходит компрессия зрительного нерва при краниофациальных опухолях
	Зрительный канал
	Вершина глазницы
	Хиазмально-селлярная область
102	Передняя ворсинчатая артерия кровоснабжает
	Амигдала
	Бледный шар
	Гиппокамп
	Гипоталамус
	Внутренняя капсула
103	Во внутреннюю вену мозга впадают следующие вены
	Хороидальная вена
	Эпиталамическая вена
	Вена Галена
	Септальная вена
	Таламостриарная вена
104	Лицевой нерв иннервирует следующие мышцы

	Переднюю часть двубрюшной мышцы
	Подкожная мышца шеи
	Круговая мышца глаза
	Круговая мышца рта
105	Перечислите основные влияния ацетилхолина в головном мозге
	Передача импульсов в парасимпатических клетках головного мозга. Участие в регуляции температуры и сна. Снижение артериального давления
	Длительная активация коры, регуляция сосудо-двигательного и дыхательного центров
	Ритмическая активация коры, обеспечение пассивно-оборонительных реакций и трофических процессов в нервных клетках, вагоинсулярные вегетативные эффекты
106	Через какие отверстия покидают череп главные ветви тройничного нерва?
	Глазной нерв через верхнюю глазничную щель, верхнечелюстной - через круглое отверстие, нижнечелюстной - через овальное отверстие
	Глазной нерв - через зрительное отверстие, верхнечелюстной - через овальное отверстие, нижнечелюстной - через круглое отверстие
	Глазной нерв - через верхнюю глазничную щель, верхнечелюстной - через рваное отверстие, нижнечелюстной - через яремное отверстие
107	Опишите ход блуждающего нерва после выхода из черепа до верхней грудной апертуры
	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
	Выходя из отверстия X нерв делает изгиб вперед и вверх и располагается впереди и кнутри от сосудов шеи, с которыми идет в грудную полость
	Выходя из черепа, располагается позади симпатической цепочки и идет вдоль позвоночника до задних отделов грудной апертуры
108	Основными структурными слоями кавернозного синуса являются
	Арахноидальная оболочка
	Эндотелий
	Соединительно-тканная оболочка
	Наружный листок твердой мозговой оболочки
109	Патологоанатомическая сущность каротидно-кавернозного соустья выражается в
	Разрыве сосудов стенки кавернозного синуса
	Повреждении глазничной вены
	Повреждении трабекулярных артерий

	Разрыве стенки кавернозной части внутренней сонной артерии
	Разрыве глазной артерии
110	Иннервация твердой мозговой оболочки осуществляется ветвями
	Тройничного и блуждающего нервов
	Тройничного, лицевого и языкоглоточного нервов
	Лицевого, добавочного и блуждающего нервов
111	Кости черепа снабжаются кровью от
	Ветвей наружной сонной артерии
	Сифона внутренней сонной артерии
	Передней мозговой артерии
	Оболочечных артерий
	Позвоночной артерии
112	Внутренняя капсула расположена
	Между хвостатым и чечевицеобразным ядрами
	Между зрительным бугром и чечевицеобразным ядром
	Между наружной стенкой III желудочка и зрительным бугром
	Между скорлупой и оградой
	Между хвостатым и чечевицеобразным ядрами, зрительным бугром и чечевицеобразным ядром
113	Нижнюю стенку 3-го желудочка составляют
	Только ножки мозга и заднее продырявленное вещество
	Только хориоидальная эпителиальная пластинка
	Только медиальная поверхность зрительных бугров
	Только задние и передние спайки мозга
	Только сосковидное тело, серый бугор, хиазма
	Ножки мозга, заднее продырявленное вещество, сосковидное тело, серый бугор, хиазма
114	В кровоснабжении спинного мозга принимают участие
	Аорта
	Позвоночная артерия
	Межреберные артерии

	Общие подвздошные артерии
115	Через кавернозный синус проходят
	Нервы мосто-мозжечкового угла, передняя мозговая артерия
	III, IV, VI пары черепномозговых нервов, передняя мозговая артерия
	Передняя мозговая артерия
	Внутренняя сонная артерия, III, IV, VI пары черепномозговых нервов
116	Локтевой нерв образуется из
	Медиального вторичного ствола плечевого сплетения
	Латерального вторичного ствола плечевого сплетения
	Заднего вторичного ствола плечевого сплетения
	Из медиального и латерального стволов плечевого сплетения
117	В верхней 1/3 бедра седалищный нерв располагается
	Между большой ягодичной и запирающей мышцами
	Между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и большой приводящей мышцей
	Кнутри от подвздошной артерии
	Между полусухожильной и двуглавой мышцами бедра
	Под грушевидной мышцей
118	Перечислить основные образования на основании мозга
	Орбитальная поверхность лобной доли, нижние поверхности височной и затылочной долей
	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
	Лобная, затылочная, теменная, височная доли больших полушарий, мозжечок, ствол, черепно-мозговые нервы
	Ствол, ножки мозга, теменная и височная доли полушарий, обонятельный и зрительный тракты, мозолистое тело, таламус, гипофиз
	Орбитальная поверхность лобной доли, нижние поверхности височной и затылочной долей, 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
119	Назовите стенки переднего рога бокового желудочка

	Верхняя, передняя и частично нижняя - волокна мозолистого тела. Частично нижняя и наружная - головка хвостатого тела
	Верхняя и передняя - головка хвостатого ядра, медиальная - пластинка прозрачной перегородки. Сзади переходит в центральную часть желудочка
	Верхняя - передняя центральная извилина, передняя - лобная доля, нижняя - мозолистое тело
	Передняя - полюс лобной доли, верхняя - нижняя лобная извилина, нижняя - мозолистое тело, задняя - таламус
120	Чем иннервируется твердая мозговая оболочка спинного мозга?
	Иннервации не имеет
	Менингеальными ветвями спинальных нервов
	Передними корешками
121	Размеры турецкого седла в норме составляют
	Сагитт. 7-9 мм, верт. 5-7 мм
	Сагитт. 11-12 мм, верт. 9-10 мм
	Сагитт. 15-17 мм, верт. 12-14 мм
	Сагитт. 18-19 мм, верт. 15-17 мм
122	Источник генерации альфа-ритма
	Лобные доли
	Теменные доли
	Затылочные доли
	Височные доли
	Ретикулярная формация ствола
123	Наиболее частый вариант расположения а. Ophthalmica в зрительном канале
	Проксимальный отдел (на входе в канал) – медиально
	Дистальный отдел (на выходе из канала) – медиально
	Над нервом
	Входит в зрительный нерв
	Внутри зрительного нерва
124	Основной артериальной ветвью наружной сонной артерии, кровоснабжающей опухоли основания черепа, распространяющиеся в крылонебную и подвисочную ямки, является
	A. Maxillaris

	A. Facialis
	A. Lingualis
	A. Temporalis superficialis
125	К анатомическим структурам жирового тела щеки (жировое тело Биша) относится
	Височный отросток
	Тело
	Щечный отросток
	Крыловидный отросток
	Нижнечелюстной отросток
126	От какой артерии отходит а. Ophthalmica?
	ПМА
	СМА
	ВСА
	НСА
	Верхнечелюстной артерии
127	В стенке кавернозного синуса проходит черепно-мозговой нерв
	II
	III
	VI
	VII
128	Какие структуры не входят в лимбическую систему?
	Диагональная полоска Брока
	Свод
	Мамилоталамический тракт
	Таламический пучок
	Поясная извилина
129	Лицевой нерв иннервирует следующие мышцы
	Переднюю часть двубрюшной мышцы
	Подкожная мышца шеи
	Круговая мышца глаза

130	Какой из перечисленных черепно-мозговых нервов не проходит в латеральной стенке кавернозного синуса?
	Отводящий нерв
	Глазодвигательный нерв
	Блоковый нерв
	Супраорбитальный нерв
131	Какое анатомическое образование разделяет супраселлярное пространство и межножковую цистерну?
	Мембрана Лиллиекувиста
	Охватывающая цистерна
	Дно третьего желудочка
	Конечная пластинка
132	В 90% случаев позвоночная артерия входит в одноименный канал на уровне
	C3
	C4
	C5
	C6
	C7
133	Артерия Адамкевича кровоснабжает
	Большую часть грудного отдела спинного мозга, конус и эпиконус
	Средне-грудной отдел спинного мозга
	Конус и эпиконус
	Шейный и грудной отделы спинного мозга
134	Плечевое сплетение формируется из корешков спинномозговых нервов
	C4-C8
	C6-C7
	C8-Th1
	C6-Th2
	C5-Th1
135	Крестцовое сплетение формируются из корешков

	L5 - S5
	S1 - S5
	L3 - S5
	L4 - S3
	L4 - S5
136	Какая артерия чаще всего кровоснабжает конус спинного мозга?
	Артерия Демпф-Готтерона
	Передняя большая радикуло-медуллярная артерия Адамкевича
	Верхняя дополнительная радикуло-медуллярная артерия
1135	Ветвями супраклиноидного отдела ВСА являются
	Глазная артерия
	Верхняя гипофизарная артерия
	Кавернозно-каротидный ствол латеральный
	Менинго-гипофизарный ствол
	Передняя ворсинчатая артерия
	Задняя соединительная артерия
1	Оснащение нейрохирургической операционной
137	При операциях микрохирургического клипирования аневризм используется
	Электронный оптический преобразователь
	Бинокулярная лупа
	Операционный микроскоп
	Стереотаксическая рама
	Устройство для транскраниального фокусированного ультразвука
138	Для интраоперационной оценки кровотока в сосудах головного мозга можно использовать метод
	Визуализационной фотоплетизмографии
	Флюоресценции в режиме Blue 400
	УЗИ с использованием секторного датчика
	Сцинтиграфии

1136	В нейрохирургической операционной требуется наличие
	Операционного микроскопа
	Кольпоскопа
	Эхоэнцефалоскопа
	Уретроскопа
	Системы безрамной УЗ-навигации
1	Основы нейрохирургической техники
139	Птериональная краниотомия была разработана и внедрена в нейрохирургическую практику
	А.Н. Коноваловым
	W.E. Dandy
	H.W. Kushing
	M.G. Yasargil
	А.Л. Поленов
140	При межполушарных доступах наиболее опасным осложнением краниотомии является
	Повреждение ТМО
	Кровотечение из эмиссарных вен
	Повреждение верхнего сагиттального синуса
	Окклюзия СМА
141	Укажите верную последовательность использования фрез при наложении трепанационного отверстия
	Копьевидная, шаровидная, конусовидная
	Шаровидная, конусовидная, коповидная
	Копьевидная, конусовидная, шаровидная
	Конусовидная, коповидная, шаровидная
142	Классическая точка для наложения трепанационного отверстия при выполнении наружного вентрикулярного дренирования переднего рога бокового желудочка
	Точка Пейна
	Точка Дэнди
	Точка Кохера
	Точка Максвелла

143	Классическая точка для наложения трепанационного отверстия при выполнении наружного вентрикулярного дренирования заднего рога бокового желудочка
	Точка Пейна
	Точка Дэнди
	Точка Кохера
	Точка Максвелла
144	Абсолютным противопоказанием к выполнению люмбальной пункции является
	Внутричерепная гипертензия
	Аневризма внутренней сонной артерии
	Посттрепанационный дефект черепа
	Менингит
	2 балла по шкале комы Глазго
145	Основным недостатком ретросигмоидного доступа в положении "сидя" является
	Недостаточный обзор нейроваскулярных структур
	Плохая санация раны
	Повышенный риск ликвореи
	Риск воздушной эмболии
	Плохая освещенность раны операционным микроскопом
146	Оптимальное соотношение линейного разреза кожи и апоневроза по отношению к диаметру трепанационного окна
	1:01
	1:0,5
	1,5:1
	2:01
147	Возможные осложнения операций на головном мозге в положении больного сидя
	Резкое усиление кровотечения из операционной раны
	Отек-набухание головного мозга
	Воздушная эмболия
	Дислокационный синдром
148	Салуретики, уменьшающие образование ликвора

	Фуросемид
	Диакарб
	Бринальдинс
	Гипотиазид
	Урегит (этакриновая кислота)
149	Выберете верное утверждение относительно препарата фуросемид
	Изолированно повышает реакцию сосудов на катехоламины
	Снижает реакцию сосудов на катехоламины, усиливает действие ганглиоблокирующих веществ
	Усиливает действие ганглиоблокирующих веществ
	Изолированно снижает реакцию сосудов на катехоламины
	Усиливает действие ганглиоблокирующих веществ, снижает реакцию сосудов на катехоламины
150	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
	Остановкой дыхания
	Постуральной реакцией
	Повышением внутричерепного давления
	Снижением внутричерепного давления
151	Воздушная эмболия при ретросигмоидном доступе в положении "сидя" чаще всего возникает в результате
	Ранения крупного артериального сосуда
	Повреждения тройничного нерва
	Вскрытия венозных выпускников
	Падения артериального давления
	Вскрытия ячеек сосцевидного отростка
152	Костный лоскут при орбитозигматическом доступе включает в себя
	Скуловой отросток лобной кости
	Сосцевидный отросток височной кости
	Лобный отросток скуловой кости
	Височный отросток скуловой кости

	Тело скуловой кости
153	Медиальный коридор при трансназальном подходе к зрительному нерву в глазнице осуществляется между
	Медиальной прямой и нижней прямой мышцами
	Медиальной прямой и верхней прямой мышцами
	Верхней прямой и медиальной прямой мышцами (нижняя прямая смещена)
	Верхней прямой и нижней прямой мышцами (медиальная прямая смещена)
154	Преимущественным положением больного на операционном столе при операциях в области задней черепной ямки является
	Положение Фовлера
	Положение, лёжа на животе
	Положение, лёжа на боку
	Положение сидя
	Положение Тренделенбурга
155	Мерой профилактики воздушной эмболии и контролем гемостаза в конце операции у больных с патологией задней черепной ямки является
	Наложение эластических бинтов на голени
	Переливание больших объемов растворов
	Повышение АД с помощью вазопрессоров
	Передавливание поверхностных сосудов шеи
	Перевод больного в положение Тренделенбурга
156	Основной спектр осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде у больных с патологией ЗЧЯ обусловлен
	Неадекватной анестезией
	Нарушением кровообращения в стволе мозга
	Нарушением дыхания
	Нарушением глотания
	Нарушением общей гемодинамики
160	Признаками воздействия на стволовые структуры во время операции на ЗЧЯ являются
	Тахипноэ до 40 в минуту
	Брадипноэ до 8 в минуту
	Двигательная реакция

	Брадикардия
	Значительное повышение артериального давления
161	Варианты транскраниальных доступов к хиазмальной области
	Субфронтальный
	Птериональный
	Орбито-зигоматический
	Бифронтальный
	Транскаллезный
162	К доступам в полость III желудочка относится
	Транскаллезный
	Транскортикальный
	Базальный через терминальную пластинку
	Птериональный
163	Ведущим условием успешного выполнения трансназальной операции является
	Контроль и возможность изменения внутричерепного давления
	Наличие эндоскопической стойки
	Наличие современных «местных» гемостатиков
	Наличие фибрин-тромбинового клея
164	Основной принцип выполнения успешной пластики дефектов основания черепа
	Использование биоклея
	Тампонада полости основной пазухи жиром.
	Использование муко-периостального лоскута
	Выполнение многослойной пластики
165	Основными ориентирами средней линии при осуществлении эндоскопического трансфеноидального доступа являются
	Перегородка носа
	Рострум
	Внутрипазушная перегородка тела основной кости
	Оптико-каротидный карман
166	Укажите хирургический доступ, используемый для удаления невринома слухового нерва

	Птериональный
	Трансоральный
	Ретросигмоидный
	Субфронтальный
	Эндоскопический эндоназальный
167	Основным доступом при микрохирургическом лечении аневризм передних отделов Виллизиева круга является
	Субфронтальный
	Межполушарный
	Птериональный
	Подвисочный
168	Главным ориентиром при птериональном подходе служит
	Обонятельный нерв
	Аневризма
	Передний наклоненный отросток
	Сильвиева щель
	Зрительный нерв
169	Большинство осложнений при операциях на ЗЧЯ связано
	С нарушением кровообращения в стволе мозга
	С неадекватным анестезиологическим обеспечением
	С травмой ствола мозга во время операции
	С ортостатическими реакциями во время операции
	С дислокацией ствола после вскрытия твердой мозговой оболочки
170	Что из перечисленного сильнее всего влияет на вероятность возникновения головной боли после люмбальной пункции?
	Положение пациента во время манипуляции
	Объем выведенного ликвора
	Место пункции
	Соблюдение постельного режима в течение 2 часов после пункции
171	Укажите хирургический доступ, используемый для удаления невринома слухового нерва
	Птериональный

	Трансоральный
	Ретросигмоидный
	Субфронтальный
	Эндоскопический эндоназальный
172	Укажите хирургические доступы, применяемые при удалении невриноме слухового нерва
	Ретросигмоидный
	Транслабиринтный
	Экстрадуральный подвисочный
	Транслабиринтный-субокципитальный
	Межполушарный
1137	К системам жесткой фиксации головы относятся
	Скоба Сугита
	Скоба Язаргила
	Скоба Мейфилда
	Скоба Титова
	Скоба Акрамовича
1	Консервативная терапия у пациентов с нейрохирургическими заболеваниями
173	Механизм действия клопидогреля обоснован
	Ингибированием синтеза тромбоксана посредством ингибирования ЦОГ-1
	Блокадой тиенопиридиновых АДФ рецепторов
	Ингибированием фактора свертывания крови IIa
	Связывает антитромбин III
	Блокадой рецепторов P2Y
174	Период полувыведения аспирина составляет
	30 минут
	6 часов
	24 часа
	7 дней
	1 месяц

175	На какой фактор коагуляции воздействует комплекс гепарин/антитромбин?
	III фактор
	VII фактор
	IX фактор
	Xa фактор
	XII фактор
176	Какой из каскадов свёртывания крови ингибирует варфарин?
	3
	5
	8
	9
	12
177	Сколько времени потребуется для восстановления показателей НМО при назначении витамина К пациенту, принимающему варфарин?
	4 часа
	8 часов
	12 часов
	18 часов
	Более 24 часов
178	Какой уровень диуреза предполагает адекватный уровень водной нагрузки?
	0,1-0,5 мл/кг/ч
	0,5-1,0 мл/кг/ч
	1,0-1,5 мл/кг/ч
	1,5-2,0 мл/кг/ч
	2,0-2,5 мл/кг/ч
179	Пациенту с впервые диагностированным гигантоклеточным артериитом при подозрении на развивающуюся слепоту первично следует назначить
	Клопидогрел
	Гепарин
	Преднизолон
	Гидроксихлорохин

	Инфликсимаб
180	Побочным эффектом препаратов дексмететомидина, применяемых в условиях нейрореанимации как седативные препараты является
	Эпилептический приступ
	Ажитация
	Брадикардия
	Артериальная гипертензия
	Тахикардия
181	Эффект действия дексмететомидина обоснован воздействием на
	Периакведуктальное серое вещество
	Ядро шва
	Голубое пятно
	Солитарный тракт
	Прилежащее ядро
182	Допустимая продолжительность непрерывной инфузии дексмететомидина составляет
	1 час
	6 часов
	12 часов
	24 часа
	48 часов
183	Какой симптом возникнет первым у пациента с синдромом длительной инфузии пропофора через 72 часа от начала введения?
	Артериальная гипертензия
	Блокада правой ножки пучка Гиса
	Судорожный приступ
	Метаболический алкалоз
	Гипокалиемия
184	Какой из указанных препаратов ингибирует синтез адренокортикотропного гормона?
	Пропофол
	Етомидат
	Кетамин

	Пентобарбитал
	Изофлюран
185	Какой из указанных препаратов снижает порог эпилептического возбуждения?
	Пропофол
	Пентобарбитал
	Етомидат
	Мидазолам
	Метогекситал
186	Механизм действия оксарбазепина, назначаемого пациентам при терапии тригеминальной невралгии, обусловлен
	Блокадой потенциал-зависимых натриевых каналов
	Блокадой потенциал-зависимых кальциевых каналов
	Активацией Мю-опиоидных рецепторов
	Активацией NMDA-рецепторов
	Блокадой GABA-рецепторов
187	На ЭКГ элевацию зубца Т вызывает
	Гипокалиемия
	Гиперкалиемия
	Гипокальциемия
	Гипернатриемия
	Гипомагниемия
188	На ЭКГ удлинение интервала P-R является следствием
	Гипокалиемии
	Гиперкалиемии
	Гипокальциемии
	Гипернатриемии
	Гипомагниемии
189	Какие изменения возникают на ЭКГ у пациента с гипомагниемией?
	Удлинение интервала P-R
	Подъем сегмента ST

	Мультифокальную предсердную тахикардию
	Удлинение комплекса QRS
	Блокаду левой ножки пучка Гиса
190	Что из перечисленного является противопоказанием к внутривенному введению рекомбинантного тканевого активатора плазминогена у пациента с ОНМК по ишемическому типу?
	Наличие у пациента кортикальной опухоли
	Наличие судорожных припадков в анамнезе
	18-ти летний возраст пациента
	Тромбоциты $115 \cdot 10^9$
	Срок равный 4 часам от момента манифестации заболевания
191	Укажите верный механизм развития нейрогенного отёка лёгких у пациента после САК вследствие разрыва аневризмы
	Ятрогенное волимическое повреждение
	Массивный выброс катехоламинов
	Острая сердечная недостаточность
	ТЭЛА
	Длительная ИВЛ
192	Укажите наиболее часто встречаемое электролитное расстройство у пациентов с САК
	Гипонатриемия
	Гиперкалиемия
	Гипокальциемия
	Гипернатриемия
	Гипомагниемия
193	У пациентов с аневризматическим САК, находящихся на ИВЛ, риск развития язвенной болезни снижает
	Контроль гликемии
	Снижение объема внутривенной инфузии
	Назначение парентеральной нутритивной поддержки
	Раннее назначение энтерального питания
	Регулярное пробуждение пациента из седации
194	Укажите эффект кальцитонина

	Снижает активность остеобластов
	Снижает активность остеокластов
	Повышает активность остеобластов
	Повышает активность остеокластов
	Повышает синтез структурных компонентов для формирования костной ткани
195	Какое гормональное средство рекомендовано для проведения стероидной терапии нейрохирургическим пациентам?
	Гидрокортизон
	Дексаметазон
	Прогестерон
	Эпинефрин
196	Какой из антибиотиков противопоказан для эндолюмбального введения?
	Левомецитин
	Морфоциклин
	Хлоркальциевый комплекс стрептомицина
	Натриевая соль пенициллина
	Гентамицин
197	Побочные действия (тошнота и рвота) наркотических анальгетиков у нейрохирургических больных вызывает
	Нарушение гемодинамики
	Ларингоспазм
	Тахипноэ
	Повышение внутричерепного давления
198	Чем обусловлено повышение внутричерепного давления при введении деполяризующих миорелаксантов для интубации трахеи?
	Фибрилляцией мышц, остановкой дыхания
	Остановкой дыхания, гипертермией
	Повышением давления в полых венах, понижением температуры тела
	Увеличением кровенаполнения мозга, а, следовательно, и увеличением объема мозга
	Фибрилляцией мышц, повышением давления в полых венах, увеличением кровенаполнения мозга, а, следовательно, и увеличением объема мозга
199	К симптомам акромегалии относятся

	Прогнатизм
	Диастема
	Увеличение кистей
	Стрии
200	К симптомам болезни Иценко-Кушинга относятся
	Стрии
	Матронизм
	Мраморность кожи
	Макроглоссия
201	К симптомам гиперпролактинемии у женщин относится
	Лакторея
	Ановуляция
	Аменорея
	Тахикардия
202	Какие эндокринные нарушения после удаления краниофарингиом наиболее вероятны?
	Несахарный диабет
	Гиперпролактинемия
	Пангипопитуитаризм
	Электролитные нарушения
203	Уровень какого из нижеперечисленных гормонов необходимо контролировать у пациента с соматотропиномой в послеоперационном периоде?
	Пролактин
	ИРФ-1
	Эстрадиол
	Свободный тестостерон
204	Для центрального pontинного миелолиза характерно
	Возникает при слишком быстрой коррекции гипонатриемии
	Характеризуется демиелинизацией белого вещества в центральных отделах ствола
	Возникает при слишком медленной коррекции гипернатриемии
	Развивается постепенно нарастающая вялая тетраплегия

	Развитие изменений в психическом статусе
	Нарушение функций черепно-мозговых нервов с развитием псевдобульбарного паралича
205	Группа препаратов для лечения несахарного диабета
	Препараты вазопрессина
	Бигуаниды
	Препараты сульфаниламочевины
	Инсулины
206	Укажите неверный эффект маннитола
	Может вызвать гиперосмолярную кому
	Стимулирует диурез
	Используется для лечения гидроцефалии
	Вызывает гиповолемию
207	Для центрального понтинного миелолиза характерно
	Возникает при слишком быстрой коррекции гипонатриемии
	Характеризуется демиелинизацией белого вещества в центральных отделах ствола
	Возникает при слишком медленной коррекции гипернатриемии
	Развивается постепенно нарастающая вялая тетраплегия
	Нарушение функций черепно-мозговых нервов с развитием псевдобульбарного паралича
1138	Возобновление антикоагулянтной терапии рекомендовано в раннем послеоперационном периоде в течение
	6 часов
	2 часов
	48 часов
	24 часов
1	Неврология
1139	В синдром Валленберга-Захарченко входят симптомы
	Паралич мягкого неба на стороне поражения
	Паралич глотки на стороне поражения
	Паралич голосовой связки на стороне поражения
	Синдром Горнера на стороне поражения

	Утрата болевой и температурной чувствительности половины лица на стороне поражения
	Выпадение болевой и температурной чувствительности на туловище и конечностях с противоположной поражению стороны
208	Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
	Длину аксона и точность проведения
	Скорость проведения нервного импульса
	Длину аксона
	Принадлежность к чувствительным проводникам
	Принадлежность к двигательным проводникам
209	Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить
	Место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
	Рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
	Два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
	На ощупь знакомые предметы
210	Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного
	Осуществить фланговую походку
	Стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
	Стоя, отклониться назад
	Пройти с закрытыми глазами
	Усложненная поза Ромберга
211	Гемиянестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения
	Бледного шара
	Хвостатого ядра
	Красного ядра
	Таламуса
	Кортико-спинального пути
212	К признакам периферического пареза относится
	Слабость конечностей

	Снижение мышечного тонуса
	Синкинезии
	Атрофии
	Снижение сухожильных периостальных рефлексов
213	Центральный парез левой руки возникает при локализации очага
	В верхних отделах передней центральной извилины слева
	В нижних отделах передней центральной извилины слева
	В заднем бедре внутренней капсулы
	В колене внутренней капсулы
	В среднем отделе передней центральной извилины справа
214	Хореический гиперкинез возникает при поражении
	Палеостриатума
	Неостриатума
	Медиального бледного шара
	Латерального бледного шара
215	При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
	Динамическая
	Вестибулярная
	Статическая
	Сенситивная
216	Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
	Красное ядро
	Люисово тело
	Черное вещество
	Полосатое тело
	Бледный шар
217	Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
	Продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева

	Продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
	Колена внутренней капсулы слева
	Заднего бедра внутренней капсулы слева
	Переднего бедра внутренней капсулы слева
218	Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов
	Языкоглоточного
	Блуждающего
	Добавочного
	Подъязычного
	Отводящего
219	При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефlekсах справа очаг локализуется
	В левом мосто-мозжечковом углу
	В правом полушарии мозжечка
	В мосту мозга слева
	В области верхушки пирамиды левой височной кости
	В правом мосто-мозжечковом углу
220	К нарушениям уровня сознания относится
	Оглушение
	Сопор
	Сонливость
	Кома
221	Сопор в отличие от комы характеризуется
	Сохранностью вербального контакта
	Сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
	Отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
	Отсутствием реакций на внешние раздражители
222	Что относится к общемозговым симптомам?
	Нарушение сознания
	Головная боль

	Головокружение
223	Вклинение ствола головного мозга при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
	Усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
	Нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
	Усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
	Нарастанием неврологической симптоматики после пункции
	Отсутствием симптоматики
224	Какие факторы риска развития инсульта являются модифицируемыми?
	Артериальная гипертония
	Сахарный диабет
	Курение
	Синдром Марфана
225	Лакунарный (микроциркуляторный) инсульт характеризуется
	Угнетением сознания
	Наличием быстрого восстановления нарушенных функций
	Прогрессирующим течением
	Менингеальным синдромом
	Наличием мерцательной аритмии в анамнезе
226	Что характерно для атеротромботического инсульта в соответствии с критериями TOAST?
	Размер очага более 1.5 см
	Размер очага менее 1.5 см
	Наличие стенозов >50% в интра- или экстракраниальных артериях
	Наличие ТИА в анамнезе в том же сосудистом бассейне
	Отсутствие кардиогенных источников эмболии
227	Что характерно для кардиоэмболического инсульта в соответствии с критериями TOAST?
	Размер очага более 1.5 см
	Наличие стенозов >50% в интра- или экстракраниальных артериях
	Наличие ТИА в анамнезе в том же сосудистом бассейне

	Наличие ТИА или инсульта в более чем одном сосудистом бассейне
	Отсутствие кардиогенных источников эмболии
228	Укажите наиболее часто встречаемый тип геморрагического инсульта
	Внутри мозговое кровоизлияние
	Изолированное вентрикулярное кровоизлияние
	Субдуральная гематома
	Эпидуральная гематома
	Субарахноидальное кровоизлияние
229	Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
	Гомонимной гемианопсии
	Битемпоральной гемианопсии
	Биназальной гемианопсии
	Концентрического сужения полей зрения
230	Тромбоз основной артерии проявляется
	Поражением прецентральной извилины
	Ишемией базальных ганглиев
	Поражением ствола головного мозга
	Ишемией внутренней капсулы
	Поражением постцентральной извилины
231	Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является
	Классическая электроэнцефалография
	Реоэнцефалография
	Компьютерная томография
	Магнитно-резонансная томография в режиме DWI
	Церебральная ангиография
232	Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливают при полном регрессе неврологической симптоматики через
	12 часов
	24 часа
	36 часов

	48 часов
	72 часа
233	Фармакотерапия больным с хронической ишемией мозга проводится с целью
	Улучшения церебральной гемодинамики
	Улучшения метаболизма мозга
	Регресса очаговой церебральной симптоматики
	Коррекции факторов риска
234	Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является
	Повышение вязкости крови
	Повышение активности свертывающей системы
	Ухудшение реологических свойств крови
	Снижение системного перфузионного давления
	Повышение агрегации форменных элементов крови
235	Какие препараты относятся к средствам, используемым для вторичной профилактики инсульта?
	Антитромботические
	Гипотензивные
	Гиполипидемические
	Вазоактивные
	Нормотимические
236	Опухоли подкорковых узлов вызывают появление у больного
	Ранней внутричерепной гипертензии
	Элементов синдрома Дежерина - Руси
	Гемигипестезии
	Гемианестезии
	Хореiformных пароксизмов
237	Какой вид чувствительности обеспечивается языкоглоточным нервом?
	Температурная
	Болевая
	Глубокая

	Вкусовая и общая
238	У больного остро развилась гемиплегия центрального типа, равномерно выраженная в левых конечностях, гемианестезия слева, анозогнозия двигательного дефекта. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В белом веществе правого полушария ближе к коре
	Во внутренней капсуле справа
	В интерпарияльной борозде справа
239	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?
	О наличии множественных рассеянных мелких очагов в головном и спинном мозге
	О поражении экстрапирамидных путей
	О минимальной выраженности центрального пирамидного пареза
240	У больного выявлены три ведущих симптома ("три геми"): гемиплегия, гемианестезия, гемианопсия. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В области коленчатого тела на противоположной гемианопсии стороне
	Во внутренней капсуле на противоположной стороне
	Имеется два очага: один в зрительном тракте на противоположной стороне и в верхних отделах спинного мозга на стороне пареза
241	У больного выявлен синдром "пяти геми": гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия, центральные боли по гемитипу, трофические расстройства в кисти на стороне боли. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В таламусе на противоположной стороне от чувствительных нарушений
	В нижних отделах ствола на стороне симптомов
	Во внутренней капсуле на противоположной стороне
242	У больной жалобы на боли в области локтя с иррадиацией по ульнарному краю предплечья до мизинца и 4-го пальца, снижена чувствительность в зоне иннервации нерва. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Передний рог на уровне С8
	Корешок С8 в межпозвонковом отверстии
	Лучевой нерв на уровне локтевого сустава (борозды)

243	Больной в течение некоторого времени нес тяжести на правом плече, после чего у него развился паралич правой руки. При объективном обследовании выявлено: не может поднять правую руку, невозможны и другие движения ею, сухожилия и периостальные рефлексы с правой руки не вызываются, гипотония справа. Гипестезия на всей правой руке с расстройством всех видов чувствительности. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Корешки шейного утолщения справа
	Плечевое сплетение справа
	Спинальный мозг на уровне шейного отдела: от C5 до Th1
244	У больного резкие боли в пояснице с иррадиацией в ноги, больше слева, отсутствуют движения в левой стопе, в правой - снижена сила. Ахиллов рефлекс слева отсутствует, справа снижен. Снижен коленный рефлекс слева. Снижение всех видов чувствительности по наружной и передней поверхности голени, стопы, больше слева. Легкое затруднение мочеиспускания. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В межпозвоночных отделах поясничного отдела
	В области конского хвоста, на уровне L3-4
	В поясничном утолщении спинного мозга
	В поясничном сплетении
245	У больного отмечен феномен "свисающей головы", ограничены экстензия, флексия и латерофлексия шеи, гипотрофия верхней порции трапециевидных мышц, флексоров шеи, надостных мышц. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В стволе головного мозга.
	В периферическом двигательном нейроне на уровне C1-4
	В периферическом нейроне на уровне C4-7.
246	У больного выявлен вялый парез проксимальных мышц плечевого пояса с ограничением поднятия руки до горизонтали, наружной и внутренней ротации плеча. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В периферическом двигательном нейроне на уровне C4-C6
	В периферическом двигательном нейроне на уровне C6-Th1
	В надсегментарных двигательных путях шейного отдела спинного мозга
247	У больного выявлен дистальный вялый парез руки: кисть свисает, ограничена флексия и экстензия в лучезапястном и локтевом суставах, пронация и супинация кисти, флексия и экстензия пальцев руки. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В верхних первичных пучках плечевого сплетения
	В периферическом двигательном нейроне на уровне C6-C8
	В надсегментарных образованиях на уровне шейного утолщения

248	У больного выявлен проксимальный периферический парез ноги с ограничением сгибания, разгибания, приведения и отведения в тазобедренном суставе, сгибания и разгибания в коленном суставе. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Периферический двигательный нейрон на уровне L1-L4
	Периферический двигательный нейрон на уровне крестцового сплетения
	Эпиконус спинного мозга
249	Больной предъявляет жалобы на затруднение откашливания, громкой речи, икоту, отмечается полипноэ, извращение движений подложечной области при вдохе и выдохе, на рентгенограмме ограничение движения диафрагмы справа. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Диафрагмальный нерв справа
	Корешок C2 справа
	Дыхательный центр в стволе мозга
250	У больного выявлен парез передней зубчатой мышцы с крыловидностью лопатки, ограничение поднятия плеча, затруднение при необходимости толкать предмет перед собой. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Первичное поражение мышц
	Передние рога на уровне среднего шейного отдела спинного мозга
	Длинный грудной нерв
251	Выявлен периферический парез дельтавидной и малой грудной мышц с ограничением поднятия руки до горизонтали, отвисанием руки, затруднением таких манипуляторных действий, как поднесение ложки ко рту, причёсывание, опускание руки в карман. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Двигательная порция подкрыльцового нерва
	Передние рога спинного мозга на уровне C5-6
	Надлопаточный нерв
252	У больного парез двуглавой мышцы плеча, снижен сгибательно-локтевой рефлекс, сгибание в локте в положении пронации и супинации невозможно. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Корешок C6
	Лучевой нерв на уровне плеча
	Кожно-мышечный нерв плеча
253	У больного парез разгибателей предплечья, кисти, основных фаланг пальцев, супинаторов предплечья. Мышцы, отводящей большой палец, плечелучевой мышцы, снижен рефлекс с трехглавой мышцы и карпорадиальный. Кисть в положении пронации свисает, отмечается сгибательная установка пальцев, затруднено рукопожатие, растопыривание пальцев, отведение большого пальца, невозможно развести сложенные вместе ладони, т.к. Пальцы паретической кисти не отводятся, а сгибаются и скользят по

	непораженной кисти. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Локтевой нерв на уровне плеча
	Плечевое сплетение в области вторичных нижних ветвей
	Лучевой нерв в верхней трети плеча
	Лучевой нерв в средней части предплечья
	Локтевой нерв в области локтевого сустава
254	У пациента после сна в неудобной позе развился паралич разгибателей кисти, кисть свисает, затруднено рукопожатие, растопыривание пальцев, отведение большого пальца. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Лучевой нерв в нижней части плеча
	Локтевой нерв в нижней части предплечья
	Нижний первичный ствол плечевого сплетения
255	1-3-го пальцев, разгибателей средних фаланг 2-3-го пальцев, ограничено противопоставление большого пальца, затруднено захватывание предметов, письмо и др. манипуляторные действия. Форма кисти в виде "обезьяньей лапы" из-за атрофии мышц тенара, уплощение ладони и приведения большого пальца в одну плоскость с указательным. При сжатии в кулак 1,2 и отчасти 3-й пальцы не сгибаются, невозможно царапание указательным пальцем по поверхности стола, если кисть лежит на ней плашмя, а удерживание листа бумаги между 1 и 2-м пальцами возможно лишь, если они выпрямлены и большой палец приведен к указательному. Кроме того, больной испытывает выраженные каузальгические боли в плече и предплечье с иррадиацией по его внутренней поверхности в ладонь и средние пальцы, особенно в 3-й. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Локтевой нерв в средней части предплечья
	Лучевой нерв в средней части плеча
	Срединный нерв в проксимальном отделе
	Плечевое сплетение в области среднего вторичного ствола
	Плечевое сплетение в области заднего первичного ствола
256	У больного выявлен парез сгибателей кисти и 3-5-го пальцев, мышц, приводящих пальцы, разгибателей средних и концевых фаланг, с ограничением разведения пальцев и таких манипуляторных действий, как поднятие тяжести, резание хлеба, подбирание мелких предметов, счет монет из-за гипотрофии ладонной поверхности в области тенара и гипотенара, гиперэкстензии основных и флексии средних и концевых фаланг. При сжатии в кулак 3-5 пальцы сгибаются недостаточно, невозможно царапание концевой фалангой мизинца по столу при плотно прилегающих к нему и приведенных 4-5 пальцами. Неприятные, со жгучим оттенком, ломящие боли по ульнарной поверхности плеча и предплечья с иррадиацией в 4-5 пальцы. В какой структуре располагается очаг поражения?

	Срединный нерв в нижней части плеча
	Локтевой нерв в проксимальном отделе
	Лучевой нерв в верхних отделах предплечья
	Нижний первичный ствол плечевого сплетения
257	Пациент предъявляет жалобы на сильные стреляющие боли в ягодице справа с иррадиацией по задней поверхности бедра и голени, боли носят жгучий оттенок и напоминают удар током. Нога фиксирована в положении разгибания в колене, нога мало поднимается над полом, стопа свисает, шагпаж при ходьбе, шаг короткий, нога выносится вперед типа ходули, затруднена ходьба по лестнице вверх. Выявлена слабость в наружных ротаторах бедра, в мышцах голени и стопы, в мышцах группы хамстринг, снижены ахиллов, подошвенный и медиоплантарный рефлекс. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Бедренный нерв справа
	Седалищный нерв справа
	Крестцовое сплетение справа
258	Назовите топический синдром, если у пациента выявлен вялый тетрапарез проксимальных мышц конечностей и мышц живота и грудной клетки. При попытке напряжения мышц в них появляются крупные фасцикуляции
	Полиомиелитический синдром
	Синдром БАС
	Синдром моторной полиррадикулопатии
	Синдром моторной полинейропатии
	Миопатический синдром
259	У больного выявлен вялый парез разгибателей стопы и пальцев, мышц, отводящих стопу, стопа свисает с несколько согнутыми пальцами слегка повернута внутрь. При ходьбе избыточно поднимает ногу из-за чрезмерного сгибания в тазобедренном и коленном суставах, опускает пятку. Стопа хлопает при ходьбе (т.е. имеется истинный шагпаж), затруднено стояние и ходьба на пятках. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Седалищный нерв
	Малоберцовый нерв
	Большеберцовый нерв
	Поясничное сплетение
260	У больного переваливающаяся ("утиная") походка и парез отводящих мышц бедра с двух сторон. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Передние рога на уровне поясничного утолщения
	Верхние ягодичные нервы с двух сторон

	Нижние ягодичные нервы с двух сторон
	Седалищный нерв
261	У больного парез разгибателей бедра с двух сторон, из-за чего ему трудно выпрямить туловище из согнутого положения. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Передние рога в области эпиконуса
	Верхние ягодичные нервы
	Нижние ягодичные нервы
	Бедренные нервы
	Седалищные нервы
262	Больной жалуется на боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу до большого пальца, боль простреливающая, "как удар током", прерывистая в межприступном периоде, ощущается в виде жгучей ленты, с ощущениями онемения, покалывания, ползания мурашек. Объективно: кифосколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, движения в нем ограничены, рефлексы с ног сохранены, несколько снижен подошвенный рефлекс справа, значительно снижена сила разгибателя большого пальца справа, гипестезия на тыле стопы по медиальному краю и в области большого пальца. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Корешок S1 справа
	Эпиконус спинного мозга справа
	Корешок L5 справа
	Большеберцовый нерв справа
263	Больной 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: сколиоз в пояснично-крестцовой области выпуклостью вправо, гипотония и гипотрофия ягодичных мышц, икроножных мышц, 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. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Корешок S1 слева
	Корешок L5 слева
	Эпиконус спинного мозга
	Малоберцовый нерв слева
264	Жалобы на ноющие постоянные, многолетние боли в левой руке и грудной клетке слева, периодически гипергидроз и жжение в этой области. Объективно: анестезия болевой и температурной чувствительности в дерматомах C5-ТН7 слева. Глубокая чувствительность сохранена. Следы ожогов на левой руке, плече. Трофические расстройства в области кисти. Синдром Горнера слева. В какой структуре располагается очаг поражения? Как называется такое расстройство чувствительности?
	Очаг в сегменте C5-ТН7 спинного мозга слева. Диссоциированный (синдром миелитический) тип нарушений чувствительности

	Очаг в парацентральной дольке справа. Корковый тип нарушений чувствительности
	Очаг в звездчатом вегетативном узле слева. Вегетативный тип нарушений чувствительности
265	Вначале появились опоясывающие боли на уровне соска справа, позднее появилось онемение стопы слева, которое постепенно распространилось до уровня ТН8 слева, одновременно развивалась слабость и неловкость в правой ноге. Исчезли брюшные рефлексы справа, выявлен пирамидный парез в правой ноге, расстройство глубокой чувствительности в правой ноге. Как называется синдром? В какой структуре располагается очаг поражения?
	Интрамедуллярный синдром. Очаг в спинном мозге на уровне ТН8
	Синдром Броун-Секара. Очаг в правой половине спинного мозга на уровне ТН5 сегмента
	Синдром Преображенского. Очаг в передних двух третях спинного мозга на уровне ТН8
266	Больной получил травму позвоночника. Чувствительность оказалась расстройной: поверхностная от уровня ТН8 вниз справа, глубокая в левой стопе. На каком уровне нужно делать ламинэктомию?
	На уровне ТН5-6 позвонков слева
	На уровне ТН8 позвонка с 2-х сторон
	На уровне ТН 10-12 позвонков справа.
267	Больной жалуется на неприятные ощущения в стопах "толстые подошвы", стало трудно передвигаться в темноте, падает, натывается на предметы, пошатывается при умывании. При ходьбе высоко поднимает ноги, как бы штампует пол. Как называется синдром? Какие системы пострадали? Что необходимо исследовать, чтобы дать окончательное заключение?
	Синдром задне-столбовой (сенситивной) атаксии. Пострадали пути Голля в спинном мозге. Необходимо исследовать суставно-мышечное чувство
	Синдром мозжечковой атаксии. Пострадали спинно-церебральные пути. Исследовать пяточно-коленную пробу
	Синдром астереогноза. Пострадала левая надкраевая извилина. Исследовать праксис
268	У больного пожилого возраста возникло онемение правой ноги (онемению предшествовали сильные стреляющие боли в дерматоме L5). При осмотре правая стопа свисает, сила в ней практически равна нулю. Ахиллов рефлекс утрачен. Вызываются патологические знаки. Чувствительность расстроена в дерматомах L5, S1. Периодически недержание мочи. Где очаг? Как называется синдром?
	Очаг в эпиконусе. Синдром парализующего ишиаса
	Очаг в пояснично-крестцовом сплетении. Синдром пленопатии
	Очаг в корешках L5, S1. Синдром корешковой компрессии
269	У больного вялый паралич рук, включая дельтавидные мышцы. Спастический нижний парапарез. Брюшные рефлексы утрачены. Сегментарное выпадение болевой и температурной чувствительности в зоне CV-Th11. Где очаг?

	В спинном мозге на уровне шейного утолщения
	У больного 2 очага - один в плечевых сплетениях, другой в грудном отделе спинного мозга
	В нижних отделах мозгового ствола
270	Где очаг, если обнаружено диссоциированное нарушение чувствительности в зоне иннервации Th1-9 справа?
	В корешках грудного отдела справа
	В задних рогах спинного мозга на уровне Th1-9 справа
	В спиноталамическом пути на уровне верхнего и среднего отделов спинного мозга слева
271	У больного выявлено нарушение болевой, температурной чувствительности в виде пояса на уровне Th7-9 с двух сторон. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Межреберные нервы Th7-9 с двух сторон
	Задние рога на уровне Th7-9 с двух сторон
	Передняя серая спайка на уровне Th5-7
272	Что поражено, если у больного выявлено проводниковое нарушение болевой и температурной чувствительности, начиная с уровня Th1 слева, а также снижение нижнего брюшного рефлекса справа?
	Спинной мозг на уровне Th9-10 с преимущественным поражением спиноталамического пути справа
	Спинной мозг на уровне L1-2 слева с преимущественным поражением пучка Голля
	Латеральные отделы продолговатого мозга слева
273	Больной испытывает интенсивные ноющие, ломящие жгучие боли, зуд, температурные парестезии в правой грудной клетке, объективно: термогиперстезия и гипералгезия в зоне Th3-9 справа. Что поражено, каков характер поражения?
	Боковые рога в среднегрудном отделе спинного мозга слева, процесс дефицитарный
	Задние рога th3-9 справа, процесс ирритативный
	Звездчатый и верхнегрудной симпатические узлы справа, ирритация
274	Больной отмечает приступообразно возникающие парестезии при запрокидывании головы в виде "удара электрического тока", распространяющегося по всему позвоночнику, а также по рукам и ногам. Назовите синдром
	Ирритативный заднестолбовой синдром (Лермитта)
	Вегетативно-ирритативный синдром (Маркелова)
	Заднероговой ирритативный синдром (Лериша)
275	У больного выявлен центральный тетрапарез, проводниковые нарушения чувствительности от уровня C7, тазовые расстройства. В какой структуре располагается

	очаг поражения?
	Во внутренних капсулах с двух сторон
	В парасагиттальной области
	В верхнешейном отделе спинного мозга
	В области цереброспинального перехода
276	У больного нижний спастический парапарез, при прикосновении к ногам или попытке силового напряжения возникает болезненный тонический сгибательный спазм ног, тазовые нарушения в виде рефлекторного мочевого пузыря. Сухожильные рефлексы с ног высокие с клонусом стоп и коленных чашечек, выражены патологические признаки, особенно разгибательные. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Пирамидные пути в нижнегрудном отделе спинного мозга
	Область цереброспинального перехода
	Передние центральные извилины в верхних отделах с двух сторон
	Парацентральные доли в связи с парасагитальным процессом
277	Больной получил травму черепа с переломом основания черепа, выявлен симптом "очков", anosmia с двух сторон, амблиопия, психомоторное возбуждение. В какой структуре располагается очаг поражения? В какой части располагается перелом основания черепа?
	В обонятельном треугольнике. В средней черепной ямке
	В передней спайке мозга
	В задней черепной ямке
	В обонятельных трактах. В передней черепной ямке
278	У больного снижение зрения и anosmia справа, атрофия соска зрительного нерва справа, застойный сосок слева, неряшлив, эйфоричен, пугливое поведение. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В базальных отделах лобной доли справа с давлением на обонятельный тракт и зрительный нерв
	На основании средней черепной ямки
	В полюсе височной доли и дислокацией в щель Биша
279	В какой структуре располагается очаг поражения, если у больного выявлена битемпоральная гемианопсия?
	В зрительном тракте справа
	В зрительных нервах с двух сторон с поражением наружных волокон
	В медиальных отделах хиазмы
	В коре затылочной доли мозга

280	У больного патология зрения: невозможность латерального зрения из-за слабости внутренних прямых мышц глаза, ослаблена конвергенция, скрытый расходящийся страбизм, асимметричный горизонтальный тонический нистагм. Диплопии нет и не было. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В среднемозговой порции заднего продольного пучка
	В ядрах глазодвигательного нерва
	В средних отделах моста
281	У больного паралич латерального зрения вправо, глаза отклонены влево, резкий тонический нистагм, голова повернута вправо, при пассивном ее повороте влево глаза приближаются к наружному краю глазницы справа, диплопии и страбизма нет, слева пирамидный гемипарез. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Мост в области мостового центра зрения и основания справа
	Корковый центр поворота головы и глаз справа
	Задний продольный пучок на уровне ядер Даркшевича
282	Больной испытывает тактильные головокружения (ощущения проваливания почвы, неустойчивости), иногда проприоцептивные ощущения перемещения своего тела в пространстве, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, вегетативными нарушениями, состояние ухудшается при перемене положения, при закрытых глазах. Объективно выявлен множественный крупноразмашистый разнонаправленный нистагм с отчетливым тоническим компонентом, в обе стороны, интенсивность его меняется при перемене положения тела. Отклонение в сторону быстрой компоненты нистагма при ходьбе, в позе Ромберга. Слуховые нарушения слабо выражены. В какой структуре располагается очаг поражения?
	Ирритация в области вестибулярных ядер в стволе мозга
	Дефицит в путях 3-го вестибулярного нейрона
	Раздражение лабиринтов
283	Больной жалуется на головокружение в виде неустойчивости, ощущение колебания предметов, иногда их падение, как при землетрясении, тошноту, нередко рвоту. Объективно отмечает среднеразмашистый горизонтальный нистагм, падение вперед в позе Ромберга, дисгармоничные экспериментальные пробы. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В вестибулярных ядрах ствола
	В черве мозжечка
	В супрануклеарных вестибулярных путях
284	Больной жалуется на внезапно развившуюся глухоту на оба уха, в пробе Вебера - без четкой латерализации, костная проводимость снижена больше, чем воздушная, на аудиограмме снижение воздушной и костной проводимости на все частоты, особенно на высокие, парез зрения вверх, нарушение конвергенции, асимметричное ограничение движений глазных яблок внутрь. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В мосту с двух сторон
	В среднем мозге на уровне istmus acusticus

	В корешках слуховых нервов с двух сторон
	В мосто-мозжечковом углу
	В межножковой цистерне
285	У больного паралич голосовой связки справа, синдром Горнера справа, парез мягкого неба и задней стенки глотки на той же стороне, гемиатаксия справа, гемигинестезия и гемипарез слева. Назовите синдром
	Синдром Валленберга-Захарченко слева
	Синдром Цестана-Шена справа (альтернирующий синдром латерального отдела продолговатого мозга)
	Синдром Клодта (оливо-церебеллярного пучка справа)
286	У больного выявлен синдром Горнера слева, паралич голосовой связки, мягкого неба, задней стенки глотки, гемиатаксия, диссоциированные нарушения чувствительности на лице в скобках Зельдера слева, гемигипестезия на туловище и конечностях справа, невыраженный пирамидный гемипарез справа. В какой структуре располагается очаг поражения? Как называется синдром?
	В области шейного утолщения. Синдром БАС
	В латеральных отделах ствола справа. Синдром Шмидта
	В дорзальной половине продолговатого мозга слева. Полный классический синдром Валленберга
287	У больного выявлены следующие симптомы: нарушение глотания твердой и жидкой пищи, дисфония, дизартрия, нарушение дыхания и сердечной деятельности, парез мягкого неба, голосовых связок, надгортанника, снижение рефлексов и чувствительности задней стенки глотки и атрофия языка, фибриллярные подергивания в нем, парез языка, сухость во рту. Назовите синдром, имеющийся у данного пациента
	Псевдобульбарный паралич
	Бульбарный паралич
	Полинейропатия бульбарной группы черепных нервов
	Синдром Ландри
288	Больная 60 лет вскоре после инсульта стала жаловаться на мучительные жгучие, плохо локализованные боли в левой половине тела. Боли не снимались наркотиками, усиливались к ночи. В какой структуре располагается очаг поражения?
	В таламусе справа
	Во внутренней капсуле справа
	В верхней теменной доле слева
	В симпатической цепочке слева

289	У больного при исследовании выявлены следующие феномены: при пассивном повороте головы в сторону возникает усиление экстензорного тонуса и разгибание конечностей, и усиление флексорного тонуса и сгибание конечностей с другой стороны, при пассивном сгибании головы - усиление флексорного тонуса и сгибание всех конечностей, при пассивном разгибании головы возникло усиление разгибательного тонуса и разгибание всех конечностей. Как называется феномен?
	Защитные рефлексы
	Шейно-тонические рефлексы Магнуса-Клейна
	Вестибуло-тонические рефлексы
290	Симптомы моторной афазии
	Непонимание обращенных команд
	Отчуждение смысла слов
	Нарушения артикуляции
	Невозможность вспомнить название предмета
291	К симптомам сенсорной афазии относится
	Нарушения артикуляции
	Персеверации
	Отчуждение смысла слов
	Непонимание обращенных команд
292	К симптомам миопатии относится
	Слабость дистальных отделов конечностей
	Нарушения чувствительности
	Слабость проксимальных отделов конечностей
	Афазия
293	Симптом Кеннеди – Уортиса – это
	Мидриаз на стороне гематомы
	Ретроаурикулярная гематома
	Контралатеральный гемипарез
	Параорбитальная эмфизема
	Назальная ликворея
294	К общемозговым симптомам относят
	Диплопия

	Застойные диски зрительных нервов
	Гемипарез
	Сенсорная афазия
	Моторная афазия
295	Для поражения спинного мозга характерно
	Нарушения функций тазовых органов
	Синдром Броун-Секара
	Апраксия
	Периферические параличи
296	К симптомам полиневропатии относится
	Проводниковое нарушение чувствительности
	Парезы кистей и стоп
	Снижение чувствительности в дистальных сегментах конечностей
	Вегетативные и трофические расстройства
	Патологические пирамидные рефлексы
297	В симптомокомплекс повреждения эпиконуса спинного мозга входит
	Нижний парапарез или вялый паралич
	Выпадение ахилловых рефлексов
	Чувствительные нарушения
	Нарушение функций тазовых органов
	Верхний парапарез
298	К симптомам поражения спинного мозга не относится
	Нарушения функций тазовых органов
	Синдром Броун-Секара
	Апраксия
	Периферические параличи
299	Симптомы гипертонического церебрального криза
	Шум в голове
	Гемипарез
	Рвота

	Тотальная афазия
300	При синдроме Мебиуса встречается поражение пар черепных нервов
	I, VII
	II, V
	III, IV
	II, VII
	X, IV
301	Для синдрома Фостера-Кеннеди при менингиомах передней черепной ямки характерно
	Симптоматическая эпилепсия
	Лобно-базальная симптоматика
	Контралатеральный отек диска зрительного нерва
	Парез надгортанника
302	Премоторный двигательный синдром характеризуется
	Наличием параличей конечностей
	Нарушением тазовых функций
	Аспонтанностью
	Акинетическим мутизмом
	Дизлексией
303	Центральный парез в конечностях развивается при поражении
	Лобно-парасагитальной области
	Области передней центральной извилины
	Лобно-полюсных структур
	Мозолистого тела
	Колонок свода
304	Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется преимущественно
	Благодушием
	Эйфорией
	Расторможенностью
	Акинетическим мутизмом
	Галлюцинациями

305	Опухоли подкорковых узлов вызывают появление у больного
	Ранней внутричерепной гипертензии
	Элементов синдрома Дежерина – Руси
	Гемигипестезии
	Гемианестезии
	Хореоформных пароксизмов
306	При эквиноварусной установке стопы выполняется селективная невротомия следующих ветвей большеберцового нерва
	Двигательная ветвь к икроножной мышце
	Двигательная ветвь к камбаловидной мышце
	Двигательная ветвь к задней большеберцовой мышце
	Внутриствольное пересечение волокон к короткому сгибателю пальцев стопы
	Внутриствольное пересечение 50% сенсорных фасцикул
307	Фотопсии характерны для поражения
	Роландовой борозды
	Островка Рейля
	Извилины Гешля
	17 поля
	Полей 18 и 19
308	Признаки поражения таламуса
	Гемианестезия
	Гемиапатия
	Гемианопсия
	Гемианестезия
309	Тип нарушения поля зрения при гипертензионно-гидроцефальном синдроме
	Концентрическое сужение
	Квадрантная гемианопсия
	Битемпоральная гемианопсия
310	К хиазмальному синдрому относится
	Побледнение диска зрительного нерва

	Признаки внутричерепной гипертензии на глазном дне
	Битемпоральная гемианопсия
	Снижение остроты зрения
311	Хиазмальный синдром возникает при
	Опухолях пинеальной области
	Опухолях хиазмально-селлярной области
	Опухолях зрительного бугра
	Внутричерепных опухолях больших полушарий
312	Составными элементами амнестического синдрома являются
	Фиксационная амнезия
	Нарушение ориентировки в месте времени, личной ситуации
	Конфабуляции
313	Ведущее звено патогенеза менингеального синдрома
	Отек головного мозга
	Нарушение ликвородинамики
	Инттоксикация
	Растяжение и сдавление оболочек
314	Причины экстрапирамидных синдромов
	Повреждения базальных ганглиев
	Подкорково-таламических связей
	Поражение спино-церебеллярного тракта
	Поражение кортико-спинального тракта
315	Какой из зрачков находится в патологическом состоянии при синдроме Горнера?
	Меньший из двух зрачков, не реагирующий на снижение яркости света
	Большой из двух зрачков, не реагирующий на снижение яркости света
	Оба зрачка
316	В результате травматического удаления опухолей III желудочка может возникнуть
	Грубое нарушение сознания
	Поражение продольного пучка

	Выраженное психо-эмоциональное возбуждение
	Корсаковский синдром
317	Какие изменения выявляются на глазном дне при патологии ХСО?
	Отек диска зрительного нерва
	Атрофия диска зрительного нерва
	Отслойка сетчатки
	Расширение вен сетчатки
318	Назовите уровень поражения, если у больного ограничено сгибание и разгибание в колене, движения в голеностопном суставе и суставах стопы, гипотрофия мышц голени и стопы, снижен ахиллов рефлекс
	Эпиконус. Спинного мозга
	Периферический двигательный нейрон на уровне L5-S1
	Конус спинного мозга
319	Симптом фотопсии характерен для поражения
	Роландовой борозды
	Островка Рейля
	Извилины Гешля
	17 поля
	Полей 18 и 19
321	Какие неврологические нарушения возможны в результате травматичного удаления опухолей III желудочка?
	Грубое нарушение сознания
	Поражение продольного пучка
	Выраженное психо-эмоциональное возбуждение
	Корсаковский синдром
322	На уровне какого сегмента спинного мозга находится рефлекторная дуга коленного рефлекса?
	L2
	L3
	L4
	L5

1	Диагностика нейрохирургических заболеваний
1140	Для диагностики сложных церебральных аневризм рационально применение
	КТ-ангиографии сосудов головного мозга
	Церебральной ангиографии
	МРТ головного мозга
	Сцинтиграфии
	Транскраниальной доплерографии
323	По какой формуле рассчитывают церебральное перфузионное давление?
	систАД-ВЧД
	дАД-ВЧД
	дАД+ВЧД
	срАД-ВЧД
324	Наиболее точный метод выявления нарушения церебрально-перфузионного резерва головного мозга у пациентов с симптомной окклюзией ВСА
	КТ-перфузия
	МР-перфузия
	ПЭТ
	ОФЭКТ
325	«Золотым стандартом» диагностики разорвавшейся аневризмы в настоящее время является
	ТКДГ
	МР-ангиография головного мозга
	КТ-ангиография головного мозга
	Цифровая субтракционная ангиография
326	Методы диагностики артериальных аневризм головного мозга
	Фазово-контрастная МРТ
	Электроэнцефалография
	Исследование акустических стволовых вызванных потенциалов
	Церебральная ангиография
	Миелография

327	Основной метод диагностики артериальных аневризм
	Пиелография
	Вентрикулография
	ЭХО-энцефалограмма
	ЭЭГ
	Церебральная ангиография
328	Ангиографические признаки опухолей головного мозга
	Наличие экстравазатов
	Наличие артерио-синусного соустья
	Наличие АВМ
	Стеноз интракраниальных отделов внутренних сонных артерий
	Наличие дополнительной локальной сосудистой сети
329	Ведущий метод в диагностике травматической внутричерепной гематомы
	Миелография
	Пневмоэнцефалография
	Компьютерная рентгеновская томография
	Цистернография
	Электроэнцефалография
330	Методы диагностики церебрального ангиоспазма
	МРТ головного мозга
	Церебральная ангиография, транскраниальная доплерография
	Проведение ликвородинамических проб
	ЭХО-энцефалография
331	Визуализационные признаки ишемического инсульта
	Кровянистая или ксантохромная цереброспинальная жидкость
	Смещение М-эха более 3 мм при эхоэнцефалоскопическом исследовании
	Очаги пониженной плотности в головном мозге по данным компьютерной томографии
	Лейкоцитоз свыше 10 000 со сдвигом влево
332	Для диагностики глиальных опухолей в настоящее время используют
	МРТ

	Сцинтиграфию
	ЭЭГ
	Допплерографию
333	Какие данные дополнительных методов исследования позволяют уточнить диагноз ишемического инсульта?
	Кровянистая или ксантохромная цереброспинальная жидкость
	Смещение М-эха более 3 мм при эхоэнцефалоскопическом исследовании
	Локальные нарушения электрической активности головного мозга
	Лейкоцитоз свыше 10 000 со сдвигом влево
334	Какое из представленных соотношений ассоциируется с первичной опухолью высокой степени злокачественности по данным МР-спектроскопии?
	Миоинозитол / общий креатин
	Холин / N-ацетиласпартат
	Холин / общий креатин
	N-ацетиласпартат / общий креатин
	Миоинозитол / N-ацетиласпартат
335	Инвазивная методика, используемая для определения доминантности полушарий головного мозга
	Тест Векслера
	Электрокортикография
	Тест Вада
	Дихотомическое прослушивание
	Спектроскопия
336	Какое из представленных соотношений аминокислотных пиков характерно для первичной опухоли по данным МР спектроскопии?
	Миоинозитол / общий креатин
	Холин / N-ацетиласпартат
	Холин / общий креатин
	N-ацетиласпартат / общий креатин
	Миоинозитол / N-ацетиласпартат
338	При наличии внутрижелудочкового кровоизлияния какой способ измерения внутричерепного давления является наиболее точным?

	Интрапаренхиматозно установленный пьезоэлектрический датчик
	Субдурально установленный пьезоэлектрический датчик
	Эпидурально установленный датчик ВЧД
	Измерение ликворного давления с установкой наружного вентрикулярного дренажа
	Измерение давления при люмбальной пункции
339	Какой метод исследования является обязательным в диагностике травматических повреждений позвоночника?
	МРТ-исследование
	Спондилография
	Миелография
	КТ
340	Какой метод инструментального исследования является основным для диагностики экстремедуллярных опухолей?
	СКТ
	МРТ
	МРТ с контрастным усилением
	Спондилография
341	Оптимальным методом первичной диагностики пациента с подозрением на САК является?
	Допплерография
	Люмбальная пункция
	Спиральная КТ
	Селективная ангиография
	МР-ангиография
342	Оптимальным инструментальным исследованием для подтверждения диагноза "кавернома" является
	Компьютерная томография
	Магнитно-резонансная томография
	СКТ-ангиография
	Электроэнцефалография
	МР-ангиография в режимах SWAN
343	Диагностический алгоритм при трансэктоидальных черепно-мозговых грыжах включает

	в себя
	МРТ и ангиография
	Sp-КТ, диагностическая эндоскопия, ангиография
	Диагностическая эндоскопия, Sp-КТ, МРТ
	МРТ, КТЦГ, диагностическая эндоскопия
	МРТ, Sp-КТ, рентгенография
344	Оптимальным инструментальным исследованием для подтверждения диагноза «кавернома» является
	Компьютерная томография
	Магнитно-резонансная томография
	СКТ-ангиография
	Электроэнцефалография
	МР-ангиография в режимах SWAN
345	Первичный метод диагностики при подозрении на ишемический инсульт на 1 сутки
	КТ
	МРТ
	КТ-перфузия
	ЭЭГ
346	Расширение внутреннего слухового прохода – характерный рентгенологический признак для
	Невриномы слухового нерва
	Холестеатомы мосто-мозжечкового угла
	Невриномы лицевого нерва
	Невриномы тройничного нерва
	Хордомы основания черепа
1	Аномалии развития нервной системы
1141	При исследовании аномалий развития спинного мозга целесообразно использование
	МРТ позвоночника и спинного мозга
	КТ позвоночника и спинного мозга
	Денситометрии позвоночника
	Эхоэнцефалоскопии

	МР-синусографии
347	Обычно несовместим(-а) с жизнью
	Нейрофиброматоз II типа
	Мальформация Киари I
	Мальформация Киари II
	Мальформация Киари III
	Мальформация Денди-Уокера
348	Клиника базиллярной импрессии
	Вялый тетрапарез
	Дисфагия
	Атрофия мышц голеней
	Фебрильные судороги
349	Анатомические варианты синдрома расщепленного спинного мозга
	Сирингомиелия
	Сирингобульбия
	Дипломиелия
	Менингомиелоцеле
350	С какими врождёнными аномалиями сочетается базиллярная импрессия?
	Синдром Дауна
	Синдром Клиппеля-Фейля
	Синдром Шершевского - Тёрнера
	Мальформация Киари
	Сирингомиелия
351	Какие проявления заболевания при аномалии Киари I регрессируют в меньшей степени после хирургического лечения?
	Головные боли
	Нистагм
	Атаксия
	Сколиоз

352	Преждевременное синостозирование в области какого шва приводит к развитию тригоноцефалии?
	Сагиттального
	Коронарного
	Лямбдовидного
	Метопического
	Пансиностоз
353	Окружность головы ребёнка с сагиттальным синостозом чаще всего
	В норме
	Выше возрастной нормы
	Меньше возрастной нормы
	Меньше возрастной нормы при наличии синдрома
	Зависит от недостатка витамина D
354	Наличие прогрессирующей гидроцефалии у пациентов с синдромом Крузона является
	Показанием для неотложного проведения фронтно-орбитального выдвижения
	Показанием для неотложного проведения distraction костей теменно-затылочной области
	Показанием для проведения вентрикуло-периотонеального шунтирования
	Показанием для проведения люмбо-периотонеального шунтирования
	Основным симптомом этой формы черепно-лицевого дизостоза
355	Оптимальная хирургическая тактика при передних черепно-мозговых грыжах
	Иссечение грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот
	Иссечение грыжевого мешка и отсроченная пластика грыжевых ворот
	Одномоментное устранение черепно-мозговой грыжи, пластика грыжевых ворот и реконструкция краниоорбитальной области
	Трансназальное эндоскопическое устранение черепно-мозговой грыжи
	Иссечение грыжевого мешка и циркулярная орбитотомия
356	Укажите наиболее частую локализацию тракта дермального синуса
	Затылочная область
	Шейная область
	Грудная область
	Поясничная область

357	Для какого типа аномалии Киари характерно менингомиелоцеле?
	Для аномалии Киари 1
	Для аномалии Киари 2
	Для аномалии Киари 0
	Для аномалии Киари 4
358	В каком проценте случаев при аномалии Киари 1 встречается синингомиелия
	10-20%
	20-30%
	30-40%
	100%
359	Наиболее частая причина смертности при аномалии Киари 2
	Нейроинфекция
	Уроинфекция
	Остановка дыхания
	Эпилептический статус
360	В какие сроки от появления клинических симптомов при аномалии Киари 1 ожидаемы наилучшие результаты хирургического лечения?
	До 1 года
	До 2 лет
	До 3 лет
	Результаты лечения не зависят от сроков проведения операции
361	Для какого типа аномалии Киари характерно смещение продолговатого мозга в каудальном направлении
	Для Киари 1
	Для Киари 2
	Для обоих типов
	Не характерно при аномалии Киари
363	Наиболее часто встречающимся видом краниосиностоза является
	Двусторонний синостоз коронарного шва
	Односторонний синостоз коронарного шва

	Синостоз метопического шва
	Синостоз сагиттального шва
	Пансиностоз
364	Преждевременное синостозирование в области какого шва приводит к развитию тригоноцефалии?
	Сагиттального
	Коронарного
	Лямбдовидно
	Метопического
	Пансиностоз
365	Что является наиболее вероятной причиной развития краниосиностоза?
	Внутриутробная или интранатальная компрессия головки плода
	Нарушение роста и развития головного мозга
	Генетическая аномалия, приводящая к врожденному отсутствию или преждевременному синостозу в области шва черепа
	Прием избыточного количества витамина D
366	Большая часть пациентов с краниосиностозами должна быть прооперирована
	На 1 году жизни
	При прогрессировании деформации черепа
	Только при появлении синдрома внутричерепной гипертензии
	В возрасте до 3 месяцев жизни
367	Наиболее оправданная оперативная тактика при синдроме Пфайффера
	Проведение операции в максимально раннем возрасте
	Проведение операции в более старшем возрасте
	Этапное хирургическое лечение
	Динамическое наблюдение
368	Первым этапом нейрохирургического лечения пациентов с синдромом Апера является
	Фронтально-орбитальное выдвижение
	Дистракция костей теменно-затылочной области
	Одновременное проведение фронтально-орбитального выдвижения и дистракции костей теменно-затылочной области

	Эндоскопическая операция
	Операция по разделению фаланг пальцев
369	Наличие прогрессирующей гидроцефалии у пациентов с синдромом Крузона является
	Показанием для неотложного проведения фронто-орбитального выдвижения
	Показанием для неотложного проведения distraction костей теменно-затылочной области
	Показанием для проведения вентрикуло-периотонеального шунтирования
	Показанием для проведения люмбо-периотонеального шунтирования
	Основным симптомом этой формы черепно-лицевого дизостоза
370	Наиболее частым синдромальным типом краниосиностоза является
	Синдром Аперта
	Синдром Крузона
	Синдром Пфайффера
	Синдром Сетре-Хотцена
	Синдром Карпентера
371	Орбитальным гипертелоризмом называется патологическое положение глазниц в виде
	Увеличенного расстояния между внутренними медиальными стенками глазниц
	Уменьшенного расстояния между глазниц
	Разницы положения глазниц в вертикальной плоскости
	Увеличенного расстояния между медиальными и латеральными стенками глазниц
	Асимметрии глазниц
372	Наиболее частым типом черепно-мозговых грыж являются
	Передние черепно-мозговые грыжи
	Базальные черепно-мозговые грыжи
	Затылочные черепно-мозговые грыжи
	Межтеменные черепно-мозговые грыжи
	Фронтально-назальные черепно-мозговые грыжи
373	Телеорбитизм наиболее характерен для
	Затылочных черепно-мозговых грыж
	Межтеменных черепно-мозговых грыж

	Передних черепно-мозговых грыж
	Трансфеноидальных черепно-мозговых грыж
	Срединных расщелин лица
374	Оптимальная хирургическая тактика при передних черепно-мозговых грыжах
	Иссечение грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот
	Иссечение грыжевого мешка и отсроченная пластика грыжевых ворот
	Одномоментное устранение черепно-мозговой грыжи, пластика грыжевых ворот и реконструкция краниоорбитальной области
	Трансназальное эндоскопическое устранение черепно-мозговой грыжи
	Иссечение грыжевого мешка и циркулярная орбитотомия
375	Противопоказания к операции при базальных черепно-мозговых грыжах
	Наличие ликвореи
	Угроза разрыва грыжевого мешка и инфицирования содержимого
	Истончение кожных покровов над грыжевым мешком
	Наличие в составе грыжевого мешка магистральных сосудов
1	Угнетение уровня сознания
1142	К угнетению уровня сознания относится
	Онейроид
	Делирий
	Кома атоническая
	Дебильность
	Сопор
376	К признакам смерти мозга относится
	Отсутствие спинальных рефлексов
	Прекращение стволовых функций (нет самостоятельного дыхания, рефлексов со слизистых оболочек)
	Отсутствие мозговой деятельности (нет стандартных движений, ответов на зрительные, слуховые, кожные стимулы)
	Больной находится сутки в коматозном состоянии
377	Уровень сознания по шкале комы Глазго равный 8 баллам соответствует
	Умеренному оглушению

	Глубокой коме
	Умеренной коме
	Ясному сознанию
	Сопору
378	Уровень сознания по шкале комы Глазго равный 4 баллам соответствует
	Умеренному оглушению
	Глубокой коме
	Умеренной коме
	Ясному сознанию
	Сопору
379	Уровень сознания по шкале комы Глазго равный 10 баллам соответствует
	Умеренному оглушению
	Глубокой коме
	Умеренной коме
	Ясному сознанию
	Сопору
380	К признакам деструктивной комы относится
	Парез взора
	Двусторонний симптом Бабинского
	Асимметрия сухожильных рефлексов и мышечного тонуса
	Анизокория
381	Нарушения сознания при внутричерепной гипертензии характеризуются
	Делириозным синдромом
	Оглушением
	Обморочным состоянием
	Корсаковским синдромом
	Онейроидным синдромом
1	Инфекционные заболевания ЦНС
1143	Характерными морфологическими изменениями больших полушарий мозга при энцефалите являются

	Утолщение оболочек мозга
	Размягчение вещества
	Сглаженность борозд
	Скопление гноя под сосудистой оболочкой
382	Из скольких фаз состоит раневой процесс?
	2 фазы
	3 фазы
	4 фазы
	5 фаз
	6 фаз
383	Риск развития инфекционных осложнений при ранах головы повышает
	Хорошее артериальное кровоснабжение скальпа
	Ячеистое строение ПЖК
	Рыхлое соединение апоневроза с кожей и надкостницей
	Наличие венозного оттока из-под апоневроза через эмиссарные вены
	Отсутствие инородных тел в ране
384	К асептическим ранам относят
	Раны, обсемененные микрофлорой, но без признаков нагноения
	Операционные раны при «чистых» хирургических вмешательствах
	Раны с повреждением не глубже дермы
	Гнойные раны
	Огнестрельное ранение
385	Появление какого симптома характерно для стадии формирования капсулы абсцесса головного мозга
	Гипертермия
	Цитоз в ликворе
	Очаговая симптоматика
	Менингеальная симптоматика
	Гипертензионный синдром
386	Основные клинические признаки цистицеркоза IV желудочка включают

	Брунсоподобные приступы
	Головокружения
	Поражение VII, XII черепно-мозговых нервов
	Застойные диски зрительных нервов
	Отвращение к сладкой и жирной пище
387	Основные проявления однокамерной формы эхинококкоза включают
	Галлюцинации
	Частые фокальные эпилептические припадки
	Симптомы интоксикации
	Различная степень выраженности застойных дисков
	Очаговые симптомы в зависимости от локализации
388	При оптохиазмальном арахноидите наблюдается
	Гомонимная гемианопсия
	Концентрическое сужение полей зрения
	Снижение остроты зрения
	Парацентральные скотомы
	Центральные скотомы
389	Для позднего травматического абсцесса головного мозга наиболее характерны
	Гипертермия
	Цитоз в ликворе
	Гипертензионный синдром
	Менингеальная симптоматика
	Очаговая симптоматика
390	При болезни Потта чувствительностью 96% обладает только этот метод исследования
	Обзорная спондилография
	Костное сканирование с ^{99m}Tc
	Трехфазное сканирование скелета с галлием ^{67}Ga
	Костное сканирование с ^{99m}Tc + сканирование с галлием ^{67}Ga
	Магнитно-резонансная томография
391	Для неспецифического спондилита характерным признаком является

	Диффузное накопление контрастного вещества при МРТ позвоночника на T1 взвешенном изображении
	Персистирующее повышение температуры тела
	КТ признаки “+”- ткани на уровне пораженного позвонка
	Хороший эффект от специфической антибиотикотерапии
392	Какой микроорганизм является основной причиной шунт-инфекции?
	Эпидермальный стафилококк
	Золотистый стафилококк
	Пневмококк
	Кишечная палочка
1	Патология систем спинномозговой жидкости
1144	В триаду Хакима-Адамса входят
	Нарушение походки
	Верхний парапарез
	Когнитивные нарушения
	Нарушение функции тазовых органов
	Диплопия
393	Какие симптомы характерны для дизрезорбтивной гидроцефалии?
	Головная боль, тошнота, головокружение
	Головокружение, неустойчивость, шаткость походки
	Головная боль по утрам, тошнота, рвота
	Дисстазия, мнестико-интеллектуальное снижение, недержание мочи
	Мнестико-интеллектуальное снижение, панические атаки
394	Какие симптомы характерны для острой окклюзионной гидроцефалии?
	Нистагм, головокружение, тошнота
	Мнестико-интеллектуальное снижение, булемия
	Нарушение сна, тревожность, тремор в конечностях
	Дисстазия, мнестико-интеллектуальное снижение, недержание мочи
	Головная боль, угнетение сознания, парез взора вверх
395	Какую операцию следует предпочесть у пациентки с окклюзионной тривентрикулярной

	гидроцефалией на фоне спайки водопровода?
	Вентрикуло-перитонеальное шунтирование
	Люмбо-перитонеальное шунтирование
	Вентрикуло-атриальное шунтирование
	Операцию Торкильдсена
	Эндоскопическую тривентрикулостомию
396	Какая операция показана пациенту с дизрезорбтивной гидроцефалией после перенесенного нетравматического субарахноидального кровоизлияния?
	Операция Торкильдсена
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
	Ликворшунтирующая операция
	Имплантация резервуара Оммаля
	Наружное вентрикулярное дренирование
397	Какая наиболее частая причина окклюзионной бивентрикулярной гидроцефалии?
	Киста прозрачной перегородки
	Супраселлярная арахноидальная киста
	Коллоидная киста III желудочка
	Стриктура водопровода мозга
	Стебельная краниофарингиома
398	Какой метод предпочтителен для разрешения гидроцефалии, вызванной стенозом водопровода мозга?
	Стентирование водопровода
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
	Вентрикулоцистерностомия по Стуккею
	Операция Торкильдсена
	Вентрикуло-перитонеальное шунтирование
399	Риск повреждения какого нерва возникает при выполнении эндоскопической тривентрикулостомии?
	Обонятельного
	Зрительного
	Глазодвигательного
	Отводящего

	Тройничного
400	В области какой структуры выполняют классическую эндоскопическую тривентрикулостомию?
	Терминальной пластинки
	Воронки гипофиза
	Воронки хиазмы зрительных нервов
	Серого бугра
	Мамиллярных тел
401	Повреждение какой структуры мозга в ходе удаления коллоидной кисты III желудочка может привести к расстройствам кратковременной памяти у пациента?
	Прозрачной перегородки
	Форникса
	Сосудистого сплетения бокового желудочка
	Таламо-стриарной вены
	Таламуса
402	Какая верхняя граница нормального внутричерепного давления?
	7 мм Hg
	15 мм Hg
	20 мм Hg
	30 мм Hg
	50 мм Hg
403	Какую структуру необходимо перфорировать, помимо дна III желудочка, при выполнении эндоскопической тривентрикулостомии?
	Мембрану Лилиеквиста
	Намет мозжечка
	Терминальную пластинку
	Прозрачную перегородку
	Диафрагму турецкого седла
404	Какие ориентиры используют для планирования траектории доступа и места наложения фрезевого отверстия по МР-томограммам перед операцией эндоскопической тривентрикулостомии?
	Серый бугор и отверстие Монро

	Серый бугор и межталамическое сращение
	Отверстие Монро и водопровод мозга
	Отверстие Монро и воронку хиазмы зрительных нервов
	Отверстие Монро и терминальную пластинку
405	Каким методом достигают гемостаза в случае кровотечения из краев дна III желудочка при формировании вентрикулоцистернотомии?
	Монополярной электрокоагуляции
	Биполярной электрокоагуляции
	Раздуванием баллон-катетера Фогарти
	Гемостатиками на основе оксиглюкозы
	Ирригацией
406	Какой метод остановки кровотечения наиболее часто применяют при его возникновении на этапе эндоскопической вентрикулоцистернотомии и невозможности локализовать кровоточащий сосуд ввиду плохой видимости?
	Ирригацию теплым физиологическим раствором
	Ирригацию холодным физиологическим раствором
	Используют гемостатическую матрицу из свиного желатина
	Интракестально вводят раствор дицинона
	Метод индуцированной артериальной гипотензии
407	После чего могут манифестировать клинические проявления кисты прозрачной перегородки?
	После нетравматического субарахноидального кровоизлияния
	После нетравматического субарахноидально-вентрикулярного кровоизлияния
	После черепно-мозговой травмы
	После родов
	После гипоксии
408	Какой метод хирургического лечения приоритетный при кисте прозрачной перегородки, проявляющейся приступами окклюзионной гидроцефалии?
	Вентрикуло-перитонеальное шунтирование
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
	Кисто-перитонеальное шунтирование
	Эндоскопическая вентрикуло-кистостомия
	Микрохирургическое иссечение стенок кисты

409	Повреждением какой структуры опасна перфорация контралатерального листка прозрачной перегородки при выполнении эндоскопической вентрикуло-кистостомии?
	Головки хвостатого ядра
	Вены прозрачной перегородки
	Сосудистого сплетения бокового желудочка
	Таламо-стриарной вены
	Таламуса
410	Какой размер коллоидной кисты III желудочка следует рассматривать как показание к плановой операции – удалению коллоидной кисты даже при отсутствии признаков окклюзионной гидроцефалии?
	> 5 мм
	> 10 мм
	>15 мм
	> 20 мм
	> 25 мм
411	В чем потенциальная опасность острой окклюзионной гидроцефалии у пациента с коллоидной кистой, вызывающей обструкцию ликворных путей?
	В развитии Корсаковского синдрома
	В развитии делирия
	В наступлении летального исхода
	В кровоизлиянии в кисту
	В развитии ОНМК
412	При какой патологии, сопровождающейся развитием гидроцефалии, эффект от эндоскопической вентрикулоцистерностомии маловероятен?
	При окклюзионной гидроцефалии вследствие стриктуры водопровода мозга
	При паренхиматозно-вентрикулярном кровоизлиянии в остром периоде
	При компрессии ствола мозга и ликворопроводящих путей опухолью
	При ушибе мозжечка
	В холодном периоде после нетравматического субарахноидального кровоизлияния
413	Какой раствор наиболее близок по своему составу цереброспинальной жидкости?
	Раствор NaCl 0,9%
	Раствор глюкозы 0,25%

	Раствор глюкозы 5%
	Раствор Рингера
	Гипертонический раствор
414	Основным методом лечения синдрома “доброкачественной” внутричерепной гипертензии является
	Декомпрессия краниовертебрального перехода
	Перевязка сигмовидного синуса
	Люмбо-периотонеальное шунтирование
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
	Васкулярная декомпрессия
415	Остро возникшая дисфункция вентрикулоперитонеального шунта у ребенка 13 лет: какой из перечисленных симптомов возникнет последним?
	Головная боль
	Застойные диски зрительных нервов
	Парез отводящих нервов
	Снижение уровня бодрствования
416	Какой из симптомов идиопатической нормотензивной гидроцефалии обычно возникает раньше остальных?
	Расстройство походки
	Недержание мочи
	Деменция
	Головная боль
1	Приступы, эпилептический статус, противоэпилептические препараты
1145	К противоэпилептическим препаратам относится
	Вальпроевая кислота
	Дезоксирибонуклеиновая кислота
	Леветирацетам
	Ацетилсалициловая кислота
	Сероводородная кислота
417	Назовите наиболее опасный побочный эффект карбамазепина
	Гиперплазия десен

	Гепатотоксичность
	Потеря массы тела
	Агранулоцитоз
418	Представители следующих соединений являются антиконвульсантами
	Холинолитики
	Бензодиазепины
	Адреноблокаторы
	Соединения вальпроевой кислоты
419	Непосредственную угрозу для жизни при неподдающемся лечению эпилептическом статусе представляет
	Судорожный синдром
	Отек мозга
	Асфиксия
	Ацидоз
	Аритмия
420	Чаще для лечения отека мозга при эпилептическом статусе используют следующие препараты
	Вазодилататоры
	Антигипоксанты
	Глюкокортикоиды
	Осмодиуретики
	Салуретики
423	Эпилептические припадки, сопровождающиеся нарушением сознания
	Абсансы
	Тонико-клонические
	Вторично-генерализованные
	Сложные парциальные
	Миоклонические
424	Эпилептический синдром при опухолях нижних отделов теменной доли характеризуется
	Слуховой аурой
	Зрительной аурой

	Клоническими судорогами в ноге
	Параксизмально возникающим астереогнозом
425	Препарат выбора (первой линии) для купирования впервые возникшего генерализованного судорожного приступа -
	Аминазин
	Реланиум
	Фенобарбитал
	Пропофол
	Перфолган
428	У какой части пациентов с эпилепсией лечение противосудорожными препаратами в оптимальной дозировке не позволяет прекратить приступы?
	10%
	20%
	30%
	40%
429	Назовите наиболее опасный побочный эффект карбамазепина
	Гиперплазия десен
	Гепатотоксичность
	Потеря массы тела
	Агранулоцитоз
430	Что из перечисленного не используется для лечения эпилептического статуса?
	Карбамазепин
	Пропофол
	Барбитураты
	Бензодиазепины
1	Болевой синдром у пациентов с нейрохирургическими заболеваниями
1146	Классификация болевого синдрома включает в себя
	Первичную цефалгию
	Вторичную цефалгию
	Третичную цефалгию
	Четвертичную цефалгию

431	При хронической интратекальной терапии хронических болевых синдромов применяется
	Баклофен
	Морфин-сульфат
	Зиконотид
	Лидокаин
432	У 6-летнего ребенка жалобы на головную боль, рвоту, двоение предметов перед глазами. Какая причина наиболее вероятна?
	Головная боль напряжения
	Мигрень
	Внутричерепная гипертензия
	Кластерная головная боль
433	Фантомно-болевой синдром при поражении нервов конечностей подразумевает
	Безболезненный фантом в сочетании с болями в неповрежденной части конечности
	Каузальгическая боль в неповрежденной конечности
	Периодически возникающие боли в фантоме
	Постоянные боли в фантоме
	Радикулярная боль в неповрежденной конечности
1	Заболевания периферической нервной системы
1147	К тоннельным нейропатиям относят
	Тройничную невралгию
	Синдром запястного канала
	Синдром фибулярного канала
	Гемифациальный спазм
434	При травмах плечевого сплетения могут быть выполнены
	Невролиз
	Невротизация
	Эндоневролиз
435	В пользу преганглионарного повреждения плечевого сплетения свидетельствуют
	Синдром Клода Бернара-Горнера

	«Крыловидная лопатка»
	Наличие радикулоцеле по данным МРТ или КТ
	Ранняя невропатическая боль
	Экзофтальм на стороне повреждения плечевого сплетения
436	Для паралича Дюшена-Эрба характерно
	Часто является родовой травмой
	Положение Беллхопа
	Движения в кисти не нарушены
	Параличи дельтовидной, двуглавой, ромбовидной, над- и подостной мышц
	Параличи червеобразных и межкостных мышц
437	Скаленус-синдром представляет собой компрессию преимущественно
	Верхнего и среднего первичных стволов плечевого сплетения
	Нижнего первичного ствола плечевого сплетения и подключичной артерии
	Нижнего первичного ствола плечевого сплетения и подключичной вены
	Подмышечного нерва
438	Какой из перечисленных симптомов характерен для скаленус-синдрома
	Парестезии по локтевому краю предплечья, кисти
	Усиление болевого синдрома при глубоком вдохе
	Гипостезия по лучевому краю предплечья, кисти
	Изменения артериального давления в зависимости от напряжения передней лестничной мышцы
439	Невропатия какого из перечисленных нервов соответствует термину «костыльный» паралич?
	Подкрыльцовый нерв
	Лучевой нерв
	Локтевой нерв
	Мышечно-кожный нерв
	Срединный нерв
440	Какому уровню поражения лучевого нерва соответствует клиническая симптоматика в виде ограничения или невозможности разгибания пальцев и отведения I-ого пальца кисти при сохранности разгибания запястья?
	Спиральный канал

	Уровень прорободения латеральной межмышечной перегородки
	Канал супинатора
	Плече-подмышечный угол
	Кубитальный канал
441	Характерная деформация кисти при синдроме кубитального канала
	«Падающая кисть»
	«Когтистая, или птичья лапа»
	«Обезьянья кисть»
	«Рука проповедника»
	«Рука акушера»
442	В результате травматического повреждения передних ветвей спинномозговых нервов С5, С6 развивается
	Тотальная моноплегия руки на стороне поражения
	Паралич Дюшенна-Эрба
	Паралич Дежерин-Клюмпке
	Паралич Клюмпке
	Синдром Клода Бернара-Горнера
443	Для паралича Дюшенна-Эрба характерно
	Часто является родовой травмой
	Положение Беллхопа
	Движения в кисти не нарушены
	Параличи дельтовидной, двуглавой, ромбовидной, над- и подостной мышц
	Параличи червеобразных и межкостных мышц
I	Нейроофтальмология, нейроотология
1148	Поражением какого черепно-мозгового нерва обусловлен синдром Джефферсона
	II
	III
	IV
	V
	VI

444	Битемпоральная гемианопсия это -
	Гомонимная гемианопсия с выпадением височных полей зрения
	Гетеронимная гемианопсия с выпадением височных полей зрения
	Гомонимная гемианопсия с выпадением назальных полей зрения
	Гетеронимная гемианопсия с выпадением височных полей зрения
1	Нейроонкология
1149	Опухоли ствола мозга
	Встречаются в зрелом возрасте
	Встречаются в молодом возрасте
	Чаще менингиомы
	Чаще глиомы
	Чаще холестеатомы
1150	При опухоли ствола мозга симптомы повышения внутричерепного давления:
	Являются поздним симптомом
	Являются ранним симптомом
	Представлены нечетко
	Проявляются синдромом Брунса
	Носят ундулирующий характер
1151	При опухоли ствола мозга чувствительные расстройства представлены
	Представлены полиневритическим синдромом.
	Представлены гемигипестезией
	Напоминают таковые при сирингомиелии.
	Преимущественно представлены в верхних конечностях.
	Могут носить гиперпатический характер
1152	При опухоли ствола мозга мозжечковые расстройства являются
	Типичными
	Атипичными
	Частым симптомом
	Редким симптомом

	Преимущественно распространенными у женщин
1153	При опухоли ствола мозга диэнцефальные расстройства являются
	Типичными
	Нетипичными
	Частыми
	Нечастыми
	Выраженными
1154	При опухоли ствола мозга висцеральные расстройства
	Представлены редко
	Часто страдает сердечно-сосудистая система
	Часто страдает дыхательная система
	Часто страдает выделительная система
	Часто страдает функция печени.
1155	При опухоли ствола мозга чувствительные расстройства представлены-
	Полиневритическим синдромом
	Гемигипестезией
	Напоминают таковые при сирингомиелии
	Преимущественно представлены в верхних конечностях
	Могут носить гиперпатический характер.
1156	При опухоли ствола мозга диэнцефальные расстройства являются
	Типичными
	Нетипичными
	Частыми
	Нечастыми
	Выраженными
445	Основной путь распространения метастазов
	Гематогенный
	Лимфогенный

	Контактный
	Смешанный
446	Чаще всего метастатические клетки фиксируются на
	Эндотелии капилляров в области серого вещества головного мозга
	Эндотелии капилляров в области белого вещества головного мозга
	Эндотелии капилляров в области перехода серого и белого вещества головного мозга
447	В головном мозге наиболее часто встречаются метастазы, очаги первичной локализации которой располагаются в
	Яичках
	Легких
	ЖКТ
	Почках
448	Чаще всего метастазы поражают
	Мозжечок
	Большие полушария головного мозга
	Ствол
	Полушария мозжечка
	Червь мозжечка
449	Какова частота метастатического поражения головного мозга, среди всех онкологических заболеваний?
	8-10%
	12-20%
	50-70%
	30%
	100%
450	Какая стадия опухолевого процесса при метастазировании головного мозга
	II стадия
	IV стадия
	III стадия
	IIIС стадия
	I стадия

451	Какие используются шкалы для оценки функционального состояния при онкологическом процессе головного мозга?
	ШКГ
	Hunt-Hess
	Шкала Карновского/ECOG
	Fisher
	FOUR
452	ПЭТ-КТ головного мозга с мечеными аминокислотами рекомендовано для
	Дифференцирования рецидива опухоли и лучевого некроза
	Дообследования в рамках исключения метастатического поражения головного мозга
	Уточнения локализации метастаза
	Интраоперационной нейронавигации
	Лечения метастатического поражения
453	Наиболее информативный метод обследования для выявления отдаленных метастазов является?
	Ультразвуковое исследование
	ПЭТ-КТ
	Магнитно-резонансная томография
	Рентгенография черепа
	Денситометрия
454	Шкала для оценки динамики метастатических очагов в головном мозге после проведенного лечения
	RANO-BM
	ASPECT
	PHASES
	FOUR
	RECIST
455	Кто входит в состав онкологического консилиума для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения пациента с метастатическим поражением головного мозга?
	Врач-онколог, врач-невролог, врач-радиотерапевт
	Врач-невролог, врач-нейрохирург, врач-онколог
	Врач-нейрохирург, врач-онколог, врач-радиотерапевт

	Врач-невролог, врач-нейрохирург, врач-радиотерапевт
456	После проведения лечения по поводу метастатического поражения головного мозга, больным рекомендовано проводить МРТ головного мозга с контрастным усилением
	1 раз в год (ежегодно)
	2 раза в первый год, 1 раз в год в последующие годы
	в первые 2 года - каждые 3 месяца, в дальнейшем - 1 раз в 6 месяцев при отсутствии признаков экстра- и интра- краниальной прогрессии
	1 раз в три года
457	Препарат, который используется для метаболической флуоресцентной диагностики при нейрохирургических операциях во время удаления опухоли головного мозга
	5- аминолевуленовой кислоты (5-АЛК)
	Индоцианин зеленый
	Омнипак
	Индоцианин
458	В течение какого времени лучше проводить нейрохирургическую операцию после радиохирургического лечения онкологического поражения головного мозга?
	12-24 часа
	1 неделя
	2-6 недель
	12 недель
	18 недель
459	Укажите хирургический доступ, используемый для удаления невринома слухового нерва
	Птериональный
	Трансоральный
	Ретросигмоидный
	Субфронтальный
	Эндоскопический эндоназальный
460	Расширение внутреннего слухового прохода - характерный рентгенологический признак для
	Невриномы слухового нерва
	Холестеатомы мосто-мозжечкового угла
	Невриномы лицевого нерва

	Невриномы тройничного нерва
	Хордомы основания черепа
461	Какие из опухолей задней черепной ямки могут метастазировать?
	Гемангиобластома
	Липома
	Эпендимома
	Невринома
	Остеома
462	Частый признак нейрофиброматоза II типа
	Множественные гемангиобластомы
	Двусторонние невриномы слуховых нервов
	Субэпендимальные узелки - гамартомы
	Макроцефалия
	Сирингомиелия
463	Вероятное осложнение при неполном удалении холестеатомы основания черепа
	Невралгия тройничного нерва
	Тромбоз эмболия легочной артерии
	Асептический менингит
	Менингоэнцефалит
	Псевдоменингоцеле
464	Доброкачественным объемным образованием задней черепной ямки является
	Менингосаркома
	Хордома
	Метастаз
	Менинготелиоматозная менингиома
	Гемангиоперицитомы
465	Наиболее частая локализация неврином слухового нерва
	Средняя черепная ямка
	Кавернозный синус
	Мосто-мозжечковый угол

	Краниовертебральный переход
	Основная пазуха
466	Злокачественной опухолью задней черепной ямки является
	Пилоидная астроцитома
	Нейрофиброма
	Гемангиобластома
	Хордома
	Остеома
467	Наиболее частым первым клиническим проявлением конвексительной менингиомы является
	Внутричерепная гипертензия
	Симптомы выпадения
	Эпилептические припадки
	Головная боль
468	Для какого наследственного синдрома характерно наличие интракраниальных менингиом
	Болезнь Рикленгаузена
	Синдром Гиппеля Линдау
	Синдром Бурневиля Прингла
	Синдром Штурге Вебера
469	Основной артериальной ветвью наружной сонной артерии, кровоснабжающей опухоли основания черепа, распространяющиеся в крылонебную и подвисочную ямки является
	A. Maxillaris
	A. Facialis
	A. Lingualis
	A. Temporalis superficialis
470	Метод выбора в лечении менингиом
	Хирургическое
	Радиохирургия
	Лучевая терапия
	Химиотерапия

471	Рекомендуемая диспансеризация пациентов с доброкачественными менингиомами
	Первый контроль - через 2-3 месяца после операции, затем через год, при отсутствии признаков опухоли (или её прогрессии) - ещё через год, затем - раз в 2 года
	Через 2 месяца, через 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
	1 раз в 6 месяцев в течение 5 лет после операции, затем - 1 раз в год
	Каждые полгода
472	Рекомендуемая диспансеризация пациентов с атипичскими менингиомами
	Первый контроль – через 2-3 месяца после операции, затем через год, при отсутствии признаков опухоли (или её прогрессии) – ещё через год, затем – раз в 2 года
	Через 2 месяца, через 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
	1 раз в 6 месяцев в течение 5 лет после операции, затем – 1 раз в год
	Каждые полгода
	Ежегодно
	Согласно клиническим проявлениям заболевания
473	Рекомендуемая диспансеризация пациентов с анапластическими менингиомами
	Первый контроль – через 2-3 месяца после операции, затем через год, при отсутствии признаков опухоли (или её прогрессии) – ещё через год, затем – раз в 2 года
	Через 2 месяца, через 4 месяца, 1 раз в полгода (при отсутствии признаков опухоли или её прогрессии) в течение 2 лет после операции, 1 раз в год в течение 5 лет после операции, затем 1 раз в 2 года
	1 раз в 6 месяцев в течение 5 лет после операции, затем – 1 раз в год
	Каждые полгода
	Ежегодно
	Согласно клиническим проявлениям заболевания
474	У большинства пациентов с глиальными опухолями ствола мозга начальными симптомами являются
	Головная боль
	Тошнота и рвота
	Гидроцефалия
	Парез черепных нервов
475	Гипертензионный синдром при глиобластомах лобной доли характеризуется

	Прогрессиентностью нарастания
	Быстрым нарастанием с оглушением больного
	Частыми эпилептическими припадками
	Тоническими судорогами в конечностях
	Обонятельными галлюцинациями
476	К опухолям менингососудистого ряда относятся
	Пинеалома
	Астропитома
	Менингиома
	Гемангиобластома
	Глиома
477	К нейроэпителиальным опухолям относятся
	Хориоидпапилломы
	Астроцитомы
	Эпендимомы
	Олигодендроглиомы
	Нейрофибромы
478	К опухолям, растущим из аденогипофиза, относятся
	Эозинофильных аденом
	Базофильных аденом
	Ганглиом
	Хромобластных аденом
	Пролактином
479	Различают следующие виды краниофарингиом
	Узловые
	Кистозные
	Распространенные
	Дистрофические
480	Характерными признаками злокачественных опухолей головного мозга являются
	Полиморфизма

	Диффузности
	Метастазирования
	Четкой ограниченности узла
	Измененной структуры клетки опухоли
481	Рентгенологическая картина при эндосупраселлярном росте опухоли гипофиза характеризуется
	Деструкцией дна турецкого седла
	Продавливанием дна турецкого седла в основную пазуху, атрофией боковых стенок турецкого седла с расширением входа в него
	Атрофией боковых стенок турецкого седла с расширением входа в него
	Приподнятостью и заостренностью отклоненных отростков, деструкцией дна турецкого седла
	Продавливанием дна турецкого седла в основную пазуху, приподнятостью и заостренностью отклоненных отростков
482	Зрительные расстройства при краниофарингиомах выражаются
	Битемпоральной гемианопсией
	Гомонимной гемианопсией
	Квадрантной гемианопсией
	Центральными скотомами
483	Эндокринно-обменные нарушения у детей при краниофарингиомах выражаются
	Несахарным диабетом
	Адипозогенитальным синдромом
	Гипотонией
	Гипотиреозом
	Гипопитуитаризмом
484	Наиболее частые эндокринно-обменные нарушения при краниофарингиомах у взрослых это
	Несахарный диабет
	Импотенция или аменорея
	Адипогенитальный синдром
	Гипотензия
	Гипотиреоз

485	Краниофарингиомы развиваются из
	Нейрогипофиза
	Аденогипофиза
	Дна III желудочка
	Кармана Ратке
	Бугорка турецкого седла
486	Краниофарингиомы проявляют себя наиболее часто в период
	С момента рождения
	1-3 года
	3-19 лет
	20-30 лет
	30-50 лет
487	Клиническое проявление краниофарингиом выражается
	Нарушением остроты зрения
	Адипозогенитальным синдромом, нарушением остроты зрения
	Гидроцефалией, астенией
	Гипофизарным нанизмом, гидроцефалией
	Адипозогенитальным синдромом, гипофизарным нанизмом
488	Клинически краниофарингиома чаще проявляется
	Как несекретирующая опухоль гипофиза с эндоселлярным ростом
	Как опухоль гипофиза с гипертензионным и хиазмальным синдромами
	Преобладанием гипертензионных явлений и гипоталамических нарушений
	Синдромом поражения височных и базальных отделов лобных долей
	Зрительными расстройствами
489	В III желудочке чаще встречаются опухоли
	Хориоидпапиллома
	Эннелиома
	Арахноидэндотелиома
	Коллоидные кисты
	Эпидермоиды

490	Основными клиническими проявлениями опухолей передне-верхнего отдела III желудочка являются
	Разлитые головные боли в области лба и затылка, возможны приступы со рвотой
	Застойные соски, иногда с вторичной атрофией, вынужденное положение головы
	Гипофункция половых желез
	Полная или неполная битемпоральная гемианопсия, реже гомонимная
	Только разлитые головные боли в области лба и затылка, приступами со рвотой и застойные соски, иногда с вторичной атрофией, вынужденное положение головы
491	Основные клинические проявления опухолей дна III желудочка выражаются
	Только разлитыми головными болями в области лба и затылка, возможны приступы со рвотой
	Только застойными сосками, иногда с вторичной атрофией. Вынужденным положением головы
	Только гипофункцией половых желез, диэнцефальным синдромом
	Только полной или неполной битемпоральной гемианопсией, реже гомонимной
	Гипофункцией половых желез, диэнцефальным синдромом и полной или неполной битемпоральной гемианопсией, реже гомонимной
492	Типичными эндокринными нарушениями при опухолях дна 3 желудочка являются
	Гипофункции половых желез
	Нарушения схемы сна
	Нарушения углеводного и водного обмена
	Гипертиреоза
	Зрительных расстройств
493	Наиболее типичные зрительные нарушения при опухолях дна III желудочка
	Застойные соски зрительных нервов
	Застойные соски с вторичной атрофией зрительных нервов
	Полная или неполная битемпоральная гемианопсия
	Изменение полей зрения по типу концентрического сужения
494	Дифференцировать опухоли дна 3 желудочка в первую очередь следует с
	Аденомой гипофиза
	Опухолью височной доли
	Арахноидитом
	Глиомой зрительного нерва

495	Из всех менингиом головного мозга менингиомы бугорка турецкого седла составляют
	1-2%
	3-5%
	5-10%
	10-13%
	14-15%
496	Менингиомы бугорка турецкого седла чаще располагаются
	Антехиазмально
	Супрадиафрагмально
	Супрахиазмально
	Параселлярно
	В передней черепной яме
497	Наиболее частые начальные зрительные нарушения при менингиомах бугорка турецкого седла
	Застойные соски зрительных нервов
	Первичная атрофия зрительных нервов
	Асимметричное снижение остроты зрения
	Битемпоральная гемианопсия
498	Глиомы зрительных нервов и хиазмы возникают в
	До 1% случаев всех опухолей головного мозга
	1-1,5% случаев всех опухолей головного мозга
	2-2,5% случаев всех опухолей головного мозга
	3% случаев всех опухолей головного мозга
499	Динамика зрительных нарушений при глиоме зрительного нерва выражается
	Снижением остроты зрения первоначально на один глаз
	Концентрическим сужением полей зрения и развитием простой атрофии зрительного нерва
	Нарастанием аналогичных нарушений зрения с противоположной стороны
	Первичным двусторонним характером зрительных нарушений
500	Зрительные нарушения при глиоме хиазмы зрительных нервов характеризуются

	Асимметричными изменениями полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии
	Биназальной гемианопсией
	Центральными скотомами
	Прогрессированием слепоты
501	К наиболее частым интрамедулярным опухолям спинного мозга относятся следующие
	Астроцитомы
	Олигодендроглиомы
	Эпендимомы
	Ангиоретикуломы
	Спонгиобластомы
502	К наиболее частым экстрамедулярным опухолям относят следующие опухоли спинного мозга
	Невриномы
	Менингиомы
	Менингосаркомы
	Эпендимомы
	Эпидермоиды
503	К наиболее частым первичным опухолям позвоночника относятся
	Саркомы
	Остеомы
	Остеофибромы
	Остеобластокластомы
	Метастатические
504	Опухоли спинного мозга, часто растущие по типу "песочных часов" это
	Холестеатомы
	Менингиомы
	Саркомы
	Невриномы
505	Опухоли спинного мозга высокой шейной локализации сопровождаются следующей клиникой
	Вертикальный нистагм

	Боли в шейно-затылочной области
	Дыхательные расстройства
	Проводниковые расстройства центрального типа
506	Клиника опухолей шейного утолщения спинного мозга складывается из
	Спастического пареза в руках
	Болей в спине и вялого тетрапареза
	Болей в руках, атрофии мышц плечевого пояса и спастики в ногах
	Спастического тетрапареза
	Нижисго спастического парапареза
507	Клиника опухолей на уровне Th1-2 сегментов спинного мозга исключает
	Синдром Горнера
	Синдром Броун-Секара
	Синдром Эльсберг Дайка
	Нижний спастический парапарез
508	При опухолях области поясничного утолщения у больного выявляются
	Нижний вялый парапарез
	Нижний спастический парапарез
	Боли в спине
	Недержание мочи
	Нижний спастический парапарез и недержание мочи
509	Опухоли спинного мозга в области конуса вызывают
	Боли в межлопаточной области
	Боли в одной ноге
	Задержку мочи
	Недержание мочи
	Головные боли
510	При невриноме S1 корешка возникают
	Боли в поясничном отделе
	Боль по задней поверхности бедра и задне-наружной поверхности голени
	Боли ослабевают в положении лежа

	Оживление коленного и ахиллова рефлексов
511	При опухолях крестцового канала возникают
	Ноющие боли пояснично-крестцовой локализации
	Боли в промежности
	Тазовые расстройства
	Оживление сухожильных рефлексов в ногах
512	Клинические симптомы верхнего уровня опухоли спинного мозга включают
	Сегментарные расстройства чувствительности
	Верхний уровень проводниковых расстройств чувствительности
	Локальная болезненность при перкуссии остистых отростков
	Снижение рефлексов, формирующихся из пораженного сегмента мозга
513	Какая опухоль задней черепной ямки из упомянутых ниже является злокачественной?
	Остеома
	Холестеатома
	Невринома с полиморфизмом ядер
	Менинготелиоматозная менингиома
	Гемангиоперицитомы
514	Какой симптом из упомянутых ниже менее характерен для невриномы слухового нерва?
	Снижение слуха
	Снижение чувствительности на лице
	Снижение корнеального рефлекса
	Бульбарные нарушения
	Эпилептические припадки
515	Основным источником кровоснабжения неврином Гассерова узла является
	Менингогипофизарный ствол
	Задняя нижняя мозжечковая артерия
	Передняя нижняя мозжечковая артерия
	Верхняя мозжечковая артерия
	Вертебральная артерия

516	Какая из перечисленных опухолей задней черепной ямки является злокачественной?
	Пилоидная астроцитома
	Нейрофиброма
	Гемангиобластома
	Хордома
	Остеома
517	Наиболее частой первичной нейроэпителиальной опухолью у взрослых является
	Невринома слухового нерва
	Эпендимома
	Метастаз
	Гемангиобластома
	Хориоидпапиллома
518	Множественные гемангиобластомы центральной нервной системы являются патогномоничным признаком следующего заболевания
	Нейрофиброматоза I типа
	Нейрофиброматоза II типа
	Синдрома Морфана
	Болезни Вильсона-Коновалова
	Болезни Гиппеля-Линдау
519	Наиболее частая локализация парасагиттальных менингиом
	Передняя треть верхнего сагиттального синуса
	Средняя треть верхнего сагиттального синуса
	Задняя треть верхнего сагиттального синуса
	Фалькс-тенториальный угол
520	Наиболее частым первым клиническим проявлением конвексительной менингиомы является
	Внутричерепная гипертензия
	Симптомы выпадения
	Эпилептические припадки
	Головная боль
521	Основным источником артериального кровоснабжения крупных менингиом крыльев

	основной кости является
	Средняя оболочечная артерия
	Ветви каменистого сегмента внутренней сонной артерии
	Перфорантные сосуды системы среднемозговой артерии
	Ветви задней мозговой артерии
	Решетчатые артерии
	Глазная артерия
522	Для атипических менингиом характерно
	Повышение митотической активности
	Повышенная клеточность
	Очаги некроза
	Гигантские клетки
	Инфильтрация коры
523	Для какого наследственного синдрома характерно наличие интракраниальных менингиом
	Болезнь Рикленгаузена
	Синдром Гиппеля Линдау
	Синдром Бурневиля Прингла
	Синдром Штурге Вебера
524	Наиболее часто встречающиеся неменингеальные мезенхимальные опухоли
	Ангиофиброма
	Кавернозная гемангиома
	Солитарная фиброзная опухоль
	Фибросаркома
	Лейомиосаркома
525	Область, в которой наиболее часто происходит компрессия зрительного нерва при краниофациальных опухолях
	Зрительный канал
	Вершина глазницы
	Хиазмально селлярная область

526	Противопоказанием для трепанации задней стенки внутреннего слухового прохода при удалении невриномы слухового нерва является
	Значительное распространение опухоли во внутренний слуховой проход
	Высокое стояние луковицы яремной вены
	Низкое стояние луковицы яремной вены
	Сохраненный слух
	Парез лицевого нерва до операции
527	Краниофациальными называются опухоли, распространяющиеся в следующие области
	Окологлоточное пространство
	Область ската
	Крылонебная ямка
	Пирамида височной кости
528	Наиболее типичный клинический симптом гиперостотических краниоорбитальных менингиом
	Гемипарез
	Отек век
	Прогрессирующий экзофтальм
	Симптоматическая эпилепсия
	Синдром внутричерепной гипертензии
529	Для латерального варианта гиперостотических краниоорбитальных менингиом характерно вовлечение
	Структуры решетчатой кости
	Верхняя глазничная щель
	Площадка основной кости
	Хиазмально-селлярная область
530	Для медиального варианта гиперостотических краниоорбитальных менингиом характерно вовлечение
	Переднего наклоненного отростка
	Зрительного канала
	Верхней глазничной щели
	Решетчатого лабиринта
	Подвисочной ямки

531	Какие осложнения наиболее вероятны в раннем послеоперационном периоде после удаления краниофациальных опухолей
	Пароксизмальная симптоматика
	Раневая ликворея
	Назальная ликворея
	Нейроэндокринные нарушения
532	Варианты декомпрессии зрительного нерва при краниофациальных опухолях
	Экстра-интрадуральная
	Эпидуральная
	Субдуральная
	Латеральная
533	Наиболее характерный признак менингиом
	Внутриротовая локализация
	Происходят из клеток глии
	Часто вызывают гиперостоз подлежащей кости
	Манифестируется глазодвигательными нарушениями
	Склонна к метастазированию
534	Что характерно для атипичской менингиомы?
	Индекс Ki-67 2-4%
	Повышенная васкуляризация
	Базофильная цитоплазма
	Очаги некроза
	Экстракраниальная локализация
535	Какой вид лечения не показан при менингиомах?
	Хирургическое
	Радиохирургия
	Лучевая терапия
	Химиотерапия
536	Гипертензионный синдром при глиобластомах лобной доли характеризуется
	Прогрессиентностью нарастания

	Быстрым нарастанием с оглушением больного
	Частыми эпилептическими припадками
	Тоническими судорогами в конечностях
	Обонятельными галлюцинациями
537	Дислокационный синдром при опухолях височной доли характеризуется
	Нарушением зрачковых реакций
	Нарушением сердечной деятельности
	Синдромом Парино
	Вертикальным нистагмом
	Нарушением дыхания
538	У большинства пациентов с глиальными опухолями ствола мозга начальными симптомами являются
	Головная боль
	Тошнота и рвота
	Гидроцефалия
	Парез черепных нервов
539	Удаление какой опухоли головного мозга не улучшает прогноз?
	Лимфома
	Глиобластома
	Менингиома
	Тератома
	Эпендимома
540	Наиболее оптимальное лечение после удаления впервые выявленной мультиформой глиобластомы?
	Наблюдение
	Химиотерапия
	Лучевая терапия
	Комбинированное химиолучевое лечение
541	Для первичной лимфомы центральной нервной системы характерно
	Медленное нарастание неврологической симптоматики
	Уменьшение очагов контрастирования на МРТ на фоне приема дексаметазона

	Высокий риск экстракраниального метастазирования
	Значительное повышение уровня лейкоцитов крови
542	Какие из первичных новообразований ассоциируются с наличием эозинофильных гранулярных телец?
	Анапластическая астроцитома
	Олигодендроглиома
	Гемистрацитарная астроцитома
	Пилоидная астроцитома
	Герминома
543	Какие из следующих образований ассоциируются с синдромом Гиппеля-Линдау: 1 – феохромоцитома; 2 – почечно-клеточная карцинома; 3 – гемангиобластома; 4 – эндолимфоцитарная опухоль?
	1, 2, 3
	1, 3
	2, 4
	1, 2, 3, 4
544	Больная М., 15-ти лет была доставлена в отделение нейрохирургии с тошнотой и рвотой. По данным МРТ выявлен стеноз водопровода. Ваши действия?
	Наблюдение
	Наружнее вентрикулярное дренирование
	Вентрикулоперитонияльное шунтирование
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
	Эндоскопическая тривентрикулостомия + септостомия
545	Какая наиболее часто встречаемая опухоль ассоциируется с нейрофиброматозом 1 типа?
	Глиома зрительного нерва
	Эпендимома
	Нейрофиброма
	Менингиома
	Медуллобластома
546	Выберите наиболее вероятную локализацию глиомы, приводящую к межъядерной офтальмоплегии
	Глиома хиазмы

	Глиома таламуса
	Глиома ствола
	Глиома зрительного нерва
547	Какому типу опухоли вероятнее всего соответствуют следующие ключевые признаки: преимущественная локализация в лобных долях, наиболее часто проявляется припадками, имеет хороший ответ на химиотерапию
	Пилоидная астроцитома
	Олигоастроцитома
	Анапластическая астроцитома
548	У больной, страдающей от головной боли на протяжении 15 лет при МРТ-исследовании головного мозга была выявлена киста шишковидной железы. Наиболее правильная тактика ведения
	Микрохирургическое удаление кисты с последующим облучением головного мозга
	Микрохирургическое удаление кисты с последующей химиотерапией
	Рекомендуется динамическое наблюдение, с последующим повтором МРТ-исследования головного мозга через год, либо при ухудшении состояния микрохирургическое удаление
	Микрохирургическое удаление кисты
549	Больная, страдающая от головной боли на протяжении 15 лет, отмечает усиление приступов за последние 6 месяцев. При МРТ-исследовании головного мозга была выявлена киста шишковидной железы, обтурирующая вход в Сильвиев водопровод и приводящая к гидроцефалии. Наиболее правильной тактикой ведения является
	Микрохирургическое удаление кисты с последующим облучением головного мозга
	Микрохирургическое удаление кисты с последующей химиотерапией
	Рекомендуется динамическое наблюдение, с последующим повтором МРТ-исследования головного мозга через год, либо при ухудшении состояния
	Микрохирургическое удаление кисты
550	При опухоли ствола мозга двигательные расстройства
	Чаще представлены четким гемипарезом
	Чаще тетрапарез
	Чаще легкий монопарез
	Чаще негрубо выражены
	Чаще парапарез
551	Наиболее часто встречающейся опухолью в области мосто-мозжечкового угла является
	Невринома

	Холестеатома
	Хордома
	Остеома
	Гемангиобластома
552	Кистозный компонент чаще всего имеет следующая опухоль задней черепной ямки
	Хордома
	Саркома
	Менингиома
	Остеома
	Невринома
553	Больной В. 50 лет, жалуется на периодическую головную боль. За месяц до поступления стал отмечать слабость в левых конечностях, которая со временем стала прогрессировать. Обратился в больницу, после чего было проведено МРТ исследование головного мозга. При МРТ головного мозга с контрастированием - в области правой премоторной области определяется небольших размеров объемное образование, кольцевидно накапливающее контраст с областью некроза в центре и выраженным перифокальным отеком. Выберите наиболее правильную тактику лечения
	Проведение стереотаксической биопсии для верификации диагноза с последующей лучевой и химиотерапией
	Проведение лучевой и химиотерапии
	Рекомендуется динамическое наблюдение, при увеличении объема образования необходимо микрохирургическое удаление объемного образования
	Необходимо микрохирургическое удаление объемного образования с последующей лучевой и химиотерапией
554	Выберите правильный ответ для утверждения «Опухоли в области ствола мозга -...»
	Встречаются в зрелом возрасте
	Встречаются в молодом возрасте
	Чаще менингиомы
	Чаще нейроэпителиальные
	Чаще холестеатомы
555	Увеличение вестибулярной шванномы в 1,5 раза через 6 месяцев после стереотаксической радиохирургии вероятнее всего, представляет собой
	Продолженный рост опухоли, необходимо микрохирургическое удаление опухоли
	Псевдопрогрессию опухоли, необходимо микрохирургическое удаление опухоли
	Псевдопрогрессию опухоли, решение вопроса о консервативной терапии или хирургическом лечении зависит от степени выраженности неврологической

	симптоматики
	Продолженный рост опухоли, необходимо заподозрить злокачественное перерождение опухоли
556	При опухолях продолговатого мозга страдают преимущественно функции следующих черепно-мозговых нервов
	II
	III
	V
	VII
	IX
557	Укажите злокачественную опухоль задней черепной ямки из списка представленных ниже
	Остеома
	Холестеатома
	Невринома с полиморфизмом ядер
	Менинготелиоматозная менингиома
	Гемангиоперицитомы
558	Какие из опухолей задней черепной ямки могут метастазировать?
	Гемангиобластома
	Липома
	Эпендимома
	Невринома
	Остеома
559	Хиазмальный синдром чаще возникает при
	Гормонально-неактивных аденомах
	Соматотропинах
	Кортикотропинах
	Тиреотропинах
560	Какие из перечисленных опухолей не распространяются в полость кавернозного синуса?
	Аденомы гипофиза
	Менингиомы хиазмально-селлярной области

	Хордомы
	Невриномы Гассерова узла и корешков тройничного нерва
561	Наиболее часто клиническая картина при кортикотропинах проявляется
	Диспластическим ожирением
	Акромегалией
	Галактореей
	Хиазмальным синдромом
562	Для каких образований хиазмально-селлярной области более характерно расширение турецкого седла по данным краниограммы?
	Краниофарингиома
	Глиома хиазмы
	Менингиома
	Аденома гипофиза
563	Следует ли облучать остатки хордомы при субтотальном удалении (более 90%)?
	Да, в любом случае
	Нет
	В случае продолженного роста
564	Когда возможно проведение нейрохирургической операции (трансназальным или трансоральным доступом) у больного с герпетической инфекцией, проявляющейся на лице?
	Это не служит противопоказанием к оперативному лечению
	Сразу после назначения противовирусной терапии
	На 10 сутки после первых проявлений герпетической инфекции, начала противовирусной терапии и отсутствия герпетических элементов на лице
	На 3 сутки после первых проявлений герпетической инфекции, начала противовирусной терапии
	Через 2 месяца после первых проявлений герпетической инфекции, начала противовирусной терапии и отсутствия герпетических элементов на лице
565	В результате компрессии аденогипофиза может возникнуть
	Первичный гипотиреоз
	Вторичная надпочечниковая недостаточность
	Несахарный диабет
	Третичный гипотиреоз

566	Основная особенность хирургии ангиофибром
	Инфильтративный рост опухоли
	Выраженная кровопотеря
	Частое интракраниальное распространение опухоли
567	К наименее вероятным эндокринным нарушениям после удаления краниофарингиом относят
	Несахарный диабет
	Гиперпролактинемия
	Пангипопитуитаризм
	Электролитные нарушения
568	Какое лечение является оптимальным после удаления впервые выявленной мультиформной глиобластомы?
	Наблюдение
	Химиотерапия
	Лучевая терапия
	Комбинированное химиолучевое лечение
569	Больная, страдающая от головной боли на протяжении 15 лет, отмечает усиление приступов за последние 6 месяцев. При МРТ головного мозга выявлена киста шишковидной железы с окклюзией Сильвиева водопровода и развитием гидроцефалии. Наиболее правильной тактикой лечения является
	Микрохирургическое удаление кисты с последующим облучением головного мозга
	Микрохирургическое удаление кисты с последующей химиотерапией
	Рекомендуется динамическое наблюдение, с последующим повтором МРТ-исследования головного мозга через год, либо при ухудшении состояния
	Микрохирургическое удаление кисты
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
570	При широком вскрытии внутреннего слухового прохода при удалении невриномы слухового нерва возможно такое послеоперационное осложнение как
	Онемение половины лица
	Тромбозмболия легочной артерии
	Нарушение глотания
	Отоликворея
	Раневая ликворея

571	При удалении невриномы слухового нерва, лицевой нерв чаще всего расположен
	На верхнем полюсе опухоли
	На нижнем полюсе опухоли
	На передне-нижнем полюсе опухоли
	На заднем полюсе опухоли
	На переднем полюсе опухоли
572	При опухолях продолговатого мозга страдают преимущественно функции черепно-мозгового нерва
	II
	III
	V
	VII
	IX
573	Одним из основных проявлений ювенильной ангиофибромы является
	Эндокринные нарушения
	Хиазмальный синдром
	Краниальный болевой синдром
	Затруднение носового дыхания
574	Какая тактика хирургического лечения больного с опухолью основания черепа, осложнившейся развитием окклюзионной гидроцефалии?
	Установка вентрикуло-перитонеального шунта, отсроченное удаление опухоли
	Установка вентрикулярного дренажа и одномоментное удаление опухоли
	Установка вентрикуло-перитонеального шунта и одномоментное удаление опухоли
	Удаление опухоли и отсроченная установка вентрикулярного дренажа
	Удаление опухоли
575	Какое противопоказание является ведущим для трансфеноидального удаления опухоли?
	Возраст старше 70 лет
	Гнойно-воспалительные заболевания полости носа
	Аденомы гипофиза гигантских размеров
	Отсутствие хиазмального синдрома

576	Больной 60 лет. Поступил в клинику с жалобами на двоение предметов, снижение остроты зрения на оба глаза, нарушение походки, нарушение глотания, дизартрию. В анамнезе - оперирован 3 месяца назад по поводу рака почки, затем проведена лучевая и химиотерапия. При КТ и МРТ с контрастным усилением выявлена опухоль больших размеров в области ската, распространяющаяся в полость обоих кавернозных синусов, среднюю черепную ямку справа, умеренно накапливающая контрастный препарат. Какая оптимальная тактика лечения больного?
	Динамическое наблюдение
	Транскраниальное удаление опухоли
	Трансназальное частичное удаление опухоли
	Трансназальная биопсия с последующей лучевой и химиотерапией
	Химиотерапия
577	При миеломной болезни не характерным является
	Криоглобулинемия
	Пролиферация избыточного количества специфических иммуноглобулинов
	Редкая подверженность пациента инфекциям
	Нефропатия
	Патологические переломы костей
	Гиперкальциемия
578	Для хордомы позвоночника не характерным является
	Местный агрессивный рост
	Позднее проявление симптомов
	Отсутствие признаков стабилизации роста при специфической лекарственной терапии или карбон-ионной терапии
	Деструкция костной ткани при обзорной спондилографии
	Высокая частота встречаемости относительно других первичных опухолей позвоночника
579	Выберите симптомы и синдромы заболевания характерные для экстрамедуллярных опухолей
	Нарушения движений и чувствительности в конечностях, нарушение функции тазовых органов, болевой синдром
	Радикулярный болевой синдром, менингеальные симптомы, синдром Броун-Секара
	Нарушение движений, повышение температуры тела, нарушение функции тазовых органов
	Нарушения движений и чувствительности в конечностях, нарушение функции тазовых органов, болевой синдром, менингеальные симптомы
580	Какой вид опухоли сочетается со спинальным дизрафизмом?

	Менингиома
	Невринома
	Астроцитомы
	Липома
581	Что из перечисленного ниже не является диагностическим критерием нейрофиброматоза I типа?
	Сфеноидная дисплазия
	Синдром Зудека
	2 узелка Лиша и более
	Глиома зрительного нерва
	Веснушки (гиперпигментация) в подмышечных или паховых областях
582	Какой диагностический критерий не характерен для Нейрофиброматоза I типа?
	Нейрофиброма
	Менингиома
	Глиома
	Двусторонние невриномы слуховых нервов
	Ювенильная задняя субкапсулярная лентиккулярная катаракта
583	Относительное показание к хирургическому лечению пролактиномы
	Фармакорезистентность опухоли
	Непереносимость агонистов дофамина
	Назальная ликворея
	Хиазмальный синдром
584	Наиболее оптимальный вариант лечения менингиом кавернозного синуса?
	Стереотаксическое облучение
	Транскраниальное микрохирургическое удаление опухоли
	Эндоскопическое трансфеноидальное удаление
	Выжидательная тактика (наблюдение)
585	Тактика хирургического лечения больного с опухолью основания черепа, осложнившейся окклюзионной симптоматикой
	Установка вентрикуло перитонеального шунта, отсроченное удаление опухоли
	Установка вентрикулярного дренажа и одномоментное удаление опухоли

	Установка вентрикуло перитонеального шунта и одномоментное удаление опухоли
	Удаление опухоли и отсроченная установка вентрикулярного дренажа
	Удаление опухоли
586	Основным противопоказанием для трансфеноидального удаления опухоли является
	Возраст старше 70 лет
	Гнойно-воспалительные заболевания полости носа
	Аденомы гипофиза гигантских размеров
	Отсутствие хиазмального синдрома
587	При проведении двухэтапной операции (транскраниальной и трансфеноидальной) с целью удаления гигантской аденомы гипофиза, первым этапом производят
	Трансфеноидальное удаление опухоли
	Транскраниальное удаление опухоли
	Не имеет значения
588	Какой гормон из перечисленных необходимо контролировать у пациента с соматотропиномой в послеоперационном периоде (наиболее значимые)
	Пролактин
	ИРФ-1
	Эстрадиол
	Свободный тестостерон
589	Для остеоид-остеомы не характерным признаком является
	Локальная боль
	Корешковый болевой синдром
	Сколиоз
	Ночная боль
	Купирование боли приемом ацетилсалициловой кислоты
	Миелопатия
591	Что из перечисленного является ложным утверждением?
	96% всех встречаемых опухолей позвоночника являются метастазами
	При раке молочной железы метастазы в позвоночник встречаются крайне редко
	При светлоклеточном раке почки в 70% случаев метастазы поражают грудной отдел позвоночника

	Метастазы в тела С1 и С2 позвонков шейного отдела позвоночника встречаются только в 0,5% всех спинальных метастазов
	При патологических переломах на фоне поражения тела позвонка метастазами рака предстательной железы могут подвергаться репарации при иммобилизации
592	Для хордомы позвоночника характерным является
	Местный агрессивный рост
	Позднее проявление симптомов
	Отсутствие признаков стабилизации роста при специфической лекарственной терапии или карбон-ионной терапии
	Деструкция костной ткани при обзорной спондилографии
	Высокая частота встречаемости относительно других первичных опухолей позвоночника
593	При синдроме миелопатии, на фоне компрессии спинного мозга плазмацитомой, лечение может начинаться с этапа
	Декомпрессионная ламинэктомия и стабилизация позвоночника с последующим консервативным лечением
	Пульстерапия стероидными гормонами
	Химиотерапия
	Лучевая терапия
594	Самыми распространенными экстрамедуллярными опухолями являются
	Липомы и тератомы
	Менингиомы и невриомы
	Эпендимомы
	Метастазы
595	Для экстрамедуллярных опухолей характерны следующие симптомы и синдромы заболевания
	Нарушения движений и чувствительности в конечностях, нарушение функции тазовых органов, болевой синдром
	Радикулярный болевой синдром, менингеальные симптомы, синдром Броун-Секара
	Нарушение движений, повышение температуры тела, нарушение функции тазовых органов
	Нарушения движений и чувствительности в конечностях, нарушение функции тазовых органов, болевой синдром, менингеальные симптомы
596	К экстрамедуллярным опухолям спинного мозга относится
	Менингиома

	Невринома
	Миксопапиллярная эпендимома
	Астроцитомы
597	Для экстрамедуллярной менингиомы характерно
	Медленный рост
	Зона роста опухоли из твердой мозговой оболочки спинного мозга
	Зона роста опухоли из арахноидальной оболочки спинного мозга
	Опухоль может кальцифицироваться
598	Для невриномы экстрамедуллярной локализации характерно
	Рост опухоли по типу "песочных часов"
	Преимущественно вентральное расположение опухоли по отношению к спинному мозгу
	Многоузловой тип роста опухоли
	Большинство опухолей располагаются в грудном отделе позвоночника
599	Какой вид опухоли не сочетается со спинальным дизрафизмом?
	Менингиома
	Невринома
	Астроцитомы
	Липома
600	Достоверно (и независимо друг от друга) на вероятность рецидива менингиомы влияет
	Гистологическая злокачественность
	Радикальность операции
	Возраст пациента
	Первичная или повторная операция
	Лучевая терапия в послеоперационном периоде
601	Основным клиническим проявлением тектальных глиом является
	Глазодвигательные нарушения
	Эндокринные расстройства
	Гемипарез
	Экстрапирамидная симптоматика
	Гидроцефалия

602	Какие клинические симптомы характерны для медуллобластом?
	Головная боль, рвота, атаксия
	Головная боль, среднемозговая симптоматика
	Головная боль, гемипарез
	Головная боль, судороги
	Головная боль, нарушение памяти
603	Какой симптом характерен для опухолей пинеальной области?
	Синдром Парино
	Синдром Вебера
	Синдром Кушинга
	Вестибулярный синдром
	Хиазмальный синдром
604	Наиболее редковстречающиеся супратенториальные опухоли у детей
	Тератома
	Краниофарингиома
	Папиллома сосудистого сплетения
	Пинеалома
	Медуллобластома
605	Какая опухоль характерна для туберозного склероза?
	Глиобластома
	Пилоидная астроцитомы
	Олигодендроглиома
	Субэпендимарная гигантоклеточная астроцитомы
	Тератома
606	Укажите частоту встречаемости пилоидных астроцитом мозжечка у детей с опухолями ЗЧЯ
	27-40%
	16-20%
	5-10%
	1-2%

	65-70%
607	Укажите частоту встречаемости опухолей ствола мозга у детей
	1-10%
	10-20%
	30-40%
	40-50%
608	Укажите частоту встречаемости глиом хиазмы у детей глиом
	40%
	20%
	7%
	25%
	1%
609	Основным клиническим проявлением тектальных глиом является
	Глазодвигательные нарушения
	Эндокринные расстройства
	Гемипарез
	Экстрапирамидная симптоматика
	Гидроцефалия
610	У какой возрастной группы чаще встречаются ганглиоглиомы?
	У детей
	У взрослых
	Частота не зависит от возраста
	Неизвестно
	У детей и взрослых
611	Какая симптоматика характерна для ганглиоглиом?
	Нарушение чувствительности
	Эндокринная симптоматика
	Хиазмальный синдром
	Болевой синдром
	Судороги

612	Какова частота медуллобластом у детей с интракраниальными опухолями?
	10-15%
	15-20%
	25-30%
	30-35%
	35-40%
613	Какие клинические симптомы характерны для медуллобластом?
	Головная боль, рвота, атаксия
	Головная боль, среднелобная симптоматика
	Головная боль, гемипарез
	Головная боль, судороги
	Головная боль, нарушение памяти
614	Укажите характерную для медуллобластом локализацию у детей
	Гемисфера мозжечка
	Червь мозжечка
	Ствол мозга
	Боковой выворот
	Парастволовая локализация
616	Какой хирургический доступ чаще используется при опухолях пинеальной области?
	Парамедианный ретросигмовидный
	Срединный субокципитальный
	Инфратенториальный супрацеребеллярный
	Транскодилярный
	Птериональный
617	Выберите вид лечения, показанный при герминомах?
	Вакциноterapia
	Лучевая терапия
	Химиотерапия
	Удаление опухоли
	Радиохирургия

618	В каком возрасте чаще встречаются опухоли сосудистого сплетения?
	До 2 лет
	В 2-5 лет
	В 5-7 лет
	В 7-10 лет
619	Часто встречающиеся супратенториальные опухоли у детей
	Тератома
	Краниофарингиома
	Папиллома сосудистого сплетения
	Пинеалома
	Медуллобластома
620	Для нейрофиброматоза I типа характерно
	6 и более пятен «кофе с молоком»
	Периферические нейрофибромы
	Ген расположен на хромосоме 17q 12
	Наличие глиом зрительных путей
	Двусторонние акустические шванномы
621	Какая опухоль характерна для туберозного склероза?
	Глиобластома
	Пилоидная астроцитома
	Олигодендроглиома
	Субэпендимарная гигантоклеточная астроцитома
	Тератома
622	Симптом, характерный для туберозного склероза
	Судороги
	Ангиофибромы лица
	Невус лица
	Интеллектуальные нарушения
623	Какой вид опухоли относится к примитивным нейроэктодермальным опухолям?

	Глиобластома
	Медуллобластома
	Нейробластома
	Ретинобластома
	Пинеобластома
624	Исходным местом роста вестибулярной шванномы является
	Твердая мозговая оболочка
	Гассеров узел
	Верхняя порция вестибулярного нерва
	Лицевой нерв
	Добавочный нерв
1	Черепно-мозговая травма
1157	Пациентка 36 лет, доставлена с места ДТП, водитель автомобиля. В момент травмы была пристёгнута ремнём безопасности. Уровень сознания 14 баллов по ШКГ. АД 90/60 mmHg. ЧД 20 в мин. Тетрапарез, правосторонняя гемиплегия. Афазия. Кровоподтёки и ссадины на шее слева, в левой лобной области. Какие исследования необходимо выполнить в первую очередь
	Люмбальная пункция
	Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2х проекциях
	Краниография в 2 проекциях
	КТ головного мозга
	КТ шейного отдела позвоночника
	УЗДГ сосудов шеи
	МРТ головного мозга
	МРТ шейного отдела позвоночника
1158	Какой объём оперативного вмешательства у пациента с проникающим слепым бигемисферным диаметральным трансвентрикулярным огнестрельным черепно-мозговым ранением с входным отверстием в левой лобной области и металлическим инородным телом в области белого вещества правой теменной доли?
	ПХО раны
	Герметичная пластика ТМО ксенотрансплантатом
	Герметичная пластика ТМО свободным аутоотрансплантатом

	Герметичная пластика ТМО аллотрансплантатом
	Неушитая ТМО
1159	Удаление костных отломков в области входного отверстия
	Удаление костных отломков по ходу раневого канала на глубине до 3 см
	Удаление костных отломков по ходу раневого канала на глубине до 5 см
	Удаление металлического инородного тела (пули)
	Дренирование раневого канала
625	Пациентам с открытой раной головы при подозрении на произошедшую кровопотерю рекомендовано выполнить
	Биохимический анализ крови
	Общий (клинический) анализ крови
	Общий анализ ликвора
	УЗИ органов брюшной полости
	КТ головного мозга
626	Ранняя первичная хирургическая обработка раны головы с момента травмы проводится в течение
	Первых 12 часов
	Первых 24 часов
	Первых 48 часов
	Первых 3 суток
	Первых 7 суток
627	Раневой дренаж допустимо удалить
	При прекращении поступления раневого отделяемого через дренаж
	При заживлении раны первичным натяжением
	При восстановлении уровня сознания пациента
	Через 24 часа после первичной хирургической обработки
	При отсутствии субпапневротической гематомы
628	Пациенту с открытой раной головы, осложненной продолжающимся кровотечением, на догоспитальном этапе рекомендовано

	Выполнить перевязку поврежденного сосуда
	Выполнить компрессию в области кровотечения до его прекращения
	Выполнить первичную хирургическую обработку раны головы
	Выполнить назначение ингибиторов фибринолиза
	Обеспечить жесткую фиксацию шейного отдела позвоночника
629	Первичные повреждения головного мозга возникают вследствие
	Гипотонии на фоне болевого шока
	Водно-электролитных нарушений
	Непосредственного воздействия механической энергии
	Гипервентиляции
	Повышения внутричерепного давления
630	Специфическим ионом, играющим основную роль в развитии вторичного повреждения при черепно-мозговой травме, является
	Натрий
	Калий
	Магний
	Кальций
	Литий
631	Вторичному повреждению вследствие травмы наиболее подвержены клетки
	Эритроциты
	Находящиеся в зоне пенумбры
	Располагающиеся наиболее удаленно от очага повреждения
	Эндотелиоциты
	Располагающиеся в очаге первичного повреждения
632	В зависимости от клинической формы острый период ЧМТ может занимать диапазон времени
	2-10 дней
	1-3 месяцев
	2-10 недель
	До 6 месяцев
	2-3 дня

633	Промежуточный период ЧМТ может длиться максимально
	До 1 года
	До 6 месяцев
	До 7 месяцев
	До 8 месяцев
	До 10 месяцев
634	Максимальная временная протяженность отдаленного периода ЧМТ при клиническом выздоровлении может продолжаться до
	До 1 года
	До 2 лет
	До 2 месяцев
	До 1 недели
	24 часа
635	Максимальная временная протяженность отдаленного периода ЧМТ при прогредиентном течении заболевания может длиться
	До 2 лет
	5-7 месяцев
	До 5 лет
	До 3 месяцев
	Бессрочно
636	При изолированной ЧМТ
	Внечерепные повреждения отсутствуют
	Обязательно наличие ликвореи
	Присутствует повреждение спинного мозга
	Является следствием воздействия различных видов энергии
	Внечерепные повреждения вызываются одновременно с внутричерепными повреждениями
637	Для оценки состояния пациента в остром периоде ЧМТ используется шкала
	Hunt-Hess
	Graeb
	Комы Глазго
	ВАШ

	Engel
638	Для оценки состояния пациентов с исходами ЧМТ используется шкала
	Исходов Глазго
	HADS
	NIHSS
	Хауса-Бракманна
	RASS
639	С какой периодичностью рекомендуется проводить оценку неврологического статуса больного с черепно-мозговой травмой?
	Каждые 2 часа
	Каждые 5 минут
	Каждые 12 часов
	Каждые 4 часа
	Каждые сутки
640	У пациента с травматическим анамнезом при обследовании выявлен экзофтальм, хемоз конъюнктивы и определяемый при аускультации пульсирующий шум в проекции глазного яблока, который исчезает при пережатии гомолатеральной сонной артерии на шее. Наиболее вероятной причиной развития данной симптоматики будет
	Разрыв аневризмы коммуникантного сегмента ВСА
	Травматическое каротидно-кавернозное соустье
	Перелом передней черепной ямки
	Субдуральная гематома височно-теменной области
	Абсцесс височной доли
641	Всем пострадавшим с подозрением на очаговую травму мозга при поступлении необходимо выполнить
	Общий (клинический) анализ мочи
	Электрэнцефалографию
	Компьютерную томографию головного мозга
	Магнитно-резонансную томографию головного мозга
	Позитронно-эмиссионную томографию
642	При условии: А – наибольший диаметр гематомы (очага ушиба) на аксиальных КТ, В – наибольший диаметр гематомы под углом 90° по отношению к диаметру А на аксиальных срезах, С – количество срезов с гематомой с учетом толщины срезов – формула расчета объема внутримозговых кровоизлияний соответствует

	$A \times B \times C / 3$
	$A \times B \times C / 2$
	$A + B + C / 2$
	$A \times B + C / 3$
	$A + B \times C / 4$
643	Для диагностики ангиоспазма при травматическом субарахноидальном кровоизлиянии рекомендовано выполнять
	КТ-ангиографию сосудов головного мозга
	МР-ангиографию сосудов головного мозга
	Церебральную ангиографию
	Допплерографию интракраниальных артерий
	Триплексное сканирование брахиоцефальных артерий
644	При подозрении на интракраниальные гнойно-воспалительные изменения рекомендуется выполнять
	Электроэнцефалографию
	Церебральную ангиографию
	Биохимический анализ крови
	Общий (клинический) анализ ликвора
	Микробиологическое исследование крови
645	Минимальные целевые показатели системного систолического артериального давления у пациентов с тяжелой ЧМТ равны
	80-90 мм рт.ст.
	90-100 мм рт.ст.
	100-110 мм рт.ст.
	140-150 мм рт.ст.
	60-70 мм рт.ст.
646	Внутричерепной гипертензией называют состояние, при котором ВЧД повышается более __ мм рт.ст. длительностью более __ минут
	10; 20
	20; 10
	30; 15
	5; 5

	5; 15
647	Использование профилактической гипертермии рекомендуется при
	Эпидуральных гематомах
	Травматических паренхиматозных гематомах
	Диффузных поражениях головного мозга
	Субдуральных гематомах
	Очаговых ушибах головного мозга тяжелой степени
648	Контроль сатурации венозной крови в яремной вене в диапазоне ___ снижает показатель летальности и улучшает клинический исход заболевания
	20-30%
	30-40%
	Не более 45%
	Не менее 50%
	Более 40%
649	Наиболее предпочтительным методом установки датчика ВЧД, позволяющего осуществлять дренирование спинномозговой жидкости является
	Интрапаренхиматозное расположение
	Субдуральное расположение
	Эпидуральное расположение
	Вентрикулярное расположение
	Расположение в базальных цистернах
650	Какая шкала применяется для объективной оценки динамики симптомов и функциональных нарушений, а также эффективность реабилитационных мероприятий?
	Апгар
	Шкала исходов Глазго
	Engel
	Модифицированная шкала Рэнкина
	NIHSS
651	Основная методика диагностики огнестрельных ранений
	Рентгенография
	КТ

	МРТ
	УЗИ
652	Для инструментальной диагностики осложнений огнестрельных ранений основным методом является
	КТ
	МРТ
	МРТ с контрастным усилением
	КТ с контрастным усилением
	УЗИ
653	Основной целью проведения МРТ в остром периоде огнестрельных ранений является
	Уточнение локализации рентгенпозитивных ранящих снарядов
	Уточнение локализации рентгеннегативных ранящих снарядов
	Уточнение локализации и объема внутричерепных гематом
	Уточнение степени повреждения костей черепа
654	Селективную церебральную ангиографию у пострадавших с огнестрельными ранениями черепа проводят
	При множественных переломах черепа
	При краниобазальных ранениях
	При развитии анизокории
	При отоликворее
655	При краниофациальном огнестрельном повреждении и подозрении на ликворею необходимо
	КТ в фронтальной проекции
	КТ в сагиттальной проекции
	КТ в аксиальной проекции
	МРТ в режиме T1
656	Интубацию трахеи проводят при угнетении сознания менее
	12 баллов ШКГ
	11 баллов ШКГ
	10 баллов ШКГ
	9 баллов ШКГ

657	Какой уровень PaCO ₂ необходимо поддерживать при проведении ИВЛ
	10-12 мм.рт.ст.
	20-30 мм.рт.ст.
	36-40 мм.рт.ст.
	45-55 мм.рт.ст.
658	Коррекцию проводят при осмолярности менее
	< 280 мосм/л
	< 290 мосм/л
	< 300 мосм/л
	< 310 мосм/л
659	Наиболее точным методом измерения внутричерепного давления является
	Субдуральный
	Вентрикулярный
	Эпидуральный
	Паренхиматозный
660	Опасность развития острой почечной недостаточности повышается при увеличении осмолярности плазмы крови до
	320 мосм/кг
	325 мосм/кг
	330 мосм/кг
	335 мосм/кг
661	Поясничный дренаж необходимо устанавливать при цитозе более
	150 клеток в мм ³
	200-300 клеток в мм ³
	400-500 клеток в мм ³
	800-1000 клеток в мм ³
662	Какова суточная доза ванкомицина при интратекальном введении?
	5 мг
	10 мг
	15 мг

	20 мг
663	Рана мягких тканей головы при выполнении кожного разреза должна находиться
	Внутри кожно-апоневротического лоскута
	Вне кожно-апоневротического лоскута
	В линии разреза кожно-апоневротического лоскута
664	Позднюю хирургическую обработки огнестрельной раны головы проводят в срок
	24-36 часов
	2-3 суток
	4-5 суток
	6-7 суток
	Свыше 7 суток
665	На какую глубину максимально внедряются костные отломки при огнестрельных ранениях?
	0,5 см
	1-1,5 см
	2-2,5 см
	3-3,5 см
	4-4,5 см
666	Отсроченную хирургическую обработки огнестрельной раны головы проводят в срок
	24-36 часов
	2-3 суток
	4-6 суток
	7-8 суток
667	При пролабировании мозга в трепанационный дефект необходимо выполнить
	Быстрое ушивание кожной раны
	Свободную пластику синтетической ТМО
	Расширяющую герметичную пластику синтетической ТМО
	Пластику «тахокомбом»
	Расширяющую герметичную пластику апоневрозом
668	Для контроля кровотечения из поврежденного сагитального синуса на большом

	протяжении с целью наложения шва целесообразно выполнить
	Осуществить пальцевое прижатие поврежденных стенок
	Применить гемостаз при помощи тахокомба
	Ввести в поврежденный синус катетеры Фогарти сверху и снизу от повреждения
	Поражение подъязычного нерва
	Реперфузионный синдром
669	Показанием к хирургии острых субдуральных гематом является
	Объем гематомы 25 мл
	Смещение срединных структур 3мм
	Угнетение сознания до 13 баллов ШКГ
	Компрессия обходной цистерны
670	Декомпрессивную трепанацию необходимо выполнить у пациента с ОСДГ при
	Угнетении сознания до 8 баллов ШКГ
	Объеме гематомы 80 см ³
	ВКК-2-7%
	Смещении срединных структур 7 мм
671	При какой из перечисленных патологий наиболее вероятно развитие острой окклюзионной гидроцефалии?
	Субдуральная гематома над левым полушарием 90 мл
	Супра-субтенториальная гематома 50 мл
	Эпидуральная гематома объемом 50 мл левой лобной области
	Внутричерепная гематома 40 см ³ правой лобной области
	Хроническая субдуральная гематома 100 мл над левым полушарием
672	У пострадавших с ЧМТ необходимо поддержание уровня ЦПД
	20-30 мм.рт.ст.
	40-50 мм.рт.ст.
	60-70 мм.рт.ст.
	80-90 мм.рт.ст.
	100-110 мм.рт.ст.
673	К патологическим волнам ВЧД относят

	Пульсовые волны
	Волны Лундберга А и В
	Спайки
	М-волны (Майера)
	Вазогенные волны
	Малом диаметре ВСА (менее 4-5 мм) и высоком риске использования расширяющей боковой заплаты, например, опасности нагноения у пациентов с сахарным диабетом
674	У пострадавшего, 35 лет, с тяжелым ушибом головного мозга в послеоперационном периоде развилась дизрезорбтивная гидроцефалия. Какую операцию целесообразно провести?
	Эндоскопическая тривентрикулостомия
	Вентрикулоперитонеальное шунтирование
	Вентрикуло-атриальное шунтирование
	Субдурально-перитонеальное шунтирование
	Наружное вентрикулярное дренирование
675	Наиболее оптимальный метод хирургического вмешательства при хронических субдуральных гематомах
	Краниотомия с опорожнением гематомы, без удаления её капсулы
	Закрытое наружное дренирование гематомы
	Краниотомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы
	Декомпрессивная трепанация, удаление гематомы
676	Костно-пластическая трепанация показана при
	Эпидуральных гематомах, сочетающихся со стволовым ушибом головного мозга и выраженным отеком
	Эпидуральных гематомах, не сочетающихся с выраженным отеком головного мозга
	Внутричерепных гематомах и витальными нарушениями
	Обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами
677	Основными патоморфологическими признаками височно-тенториального вклинения являются
	Сдавление и деформация ствола
	Истончение мозжечкового намета
	Кровоизлияния в ствол мозга
	Сглаженность поверхности ствола мозга

678	Начальный период черепно-мозговой травмы характеризуется патологоанатомическими признаками
	Некрозом
	Нарушением ликвороциркуляции
	Ишемическими нарушениями
	Нарушениями метаболизма мозга
679	К возможным видам первичных некрозов ткани головного мозга при черепно-мозговой травме относятся
	Контузионные очаги
	Мелкоклеточные разрушения
	Размозжение мозга
	Периаксональные нарушения
680	К основным патологоанатомическим признакам раннего периода черепно-мозговой травмы относятся
	Ранние инфекционные осложнения, гематомы
	Гематомы, ограниченный мозговой рубец
	Множественные абсцессы
	Ограниченный мозговой рубец
	Ранние инфекционные осложнения, гематомы
681	Патологоанатомическая характеристика промежуточного периода черепно-мозговой травмы включает
	Ликворные кисты
	Дефекты мозга
	Мозговые рубцы
	Менингит
	Менингоэнцефалит
682	К патологоанатомическому понятию диффузно-аксонального повреждения мозга (ДАП) относятся
	Гипотензия
	Микроскопические разрывы в области мозолистого тела
	Разрыв в области перехода ствола мозга в спинной мозг
	Ушиб лобной доли
	Разрывы аксонов

683	Продолжительность позднего периода черепно-мозговой травмы составляет
	3 недели
	4 месяца
	6 месяцев
	9 месяцев
	Свыше 1 года
684	Причинами синдрома дислокации мозга являются
	Повышенное содержание воды в полости черепа
	Разница давлений в желудочках мозга на супра-субтенториальном уровнях
	Гипертензия
	Смещение мозга в естественные отверстия черепа
	Мелкоочаговые кровоизлияния в подкорковых узлах
685	Причинами развития внутричерепной гипертензии является
	Венозная гиперемия
	Артериальная гипотензия
	Нарушение ликворооттока
	Нарушение секреции ликвора
	Затруднение в системе венозного оттока
686	Противопоказания к краниопластике
	Дефект черепа 3x5 см теменной кости
	2 месяца после заживления гнойной раны по краю дефекта черепа 2x4 см
	Дефект черепа 5x5 см у ребенка 7 лет
687	Патологическая анатомия диффузного аксонального повреждения головного мозга
	Очаги ушиба и разможения супратенториальных отделов головного мозга
	Субпиальное диффузное кровоизлияние
	Множественные мелкие очаги некрозов в супра-и субтенторных отделах головного мозга
	Разрыв аксонов белого вещества мозга
	Нарушение венозного оттока с конвексимальных отделов головного мозга
688	При тяжелой ЧМТ развиваются следующие нарушения в системе гемостаза

	Гипокоагуляция
	Гиперкоагуляция
	Тромбоцитопения
	Повышенная агрегация тромбоцитов
	Развитие ДВС-синдрома
689	Под открытой черепно-мозговой травмой следует понимать
	Любое повреждение мягких тканей головы
	Рану с повреждением апоневроза
	Совпадение раны с переломом черепа
	Скальпированную рану
690	Ушиб головного мозга средней тяжести как правило сопровождается
	Утратой сознания более 1 часа
	Утратой сознания на несколько суток
	Стволовой симптоматикой
	Двухсторонней очаговой симптоматикой
	Субарахноидальным кровоизлиянием
691	К вегетативно-сосудистым нарушениям, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится
	Головная боль
	Светобоязнь
	Повышенная потливость, озноб
	Тошнота
692	К астеническим симптомам, наблюдаемым при сотрясении головного мозга, относится
	Головная боль
	Повышенная потливость
	Повышенная утомляемость
	Головокружение
	Раздражительность
693	При сотрясении головного мозга проходящим стволовым симптомом является
	Нистагм

	Ограничение подвижности глазных яблок
	Двусторонние патологические знаки
	Парез взора вверх
	Симптом Ман-Гуревича
694	При сотрясении головного мозга возможны следующие полушарные симптомы
	Преходящая анизорефлексия
	Парезы конечностей
	Нарушение чувствительности
	Афатические расстройства
695	Мезенцефальная симптоматика при тяжелом ушибе головного мозга проявляется
	Симптомом Гертвига-Мажанди
	Парезом взора вверх
	Спонтанным вертикальным нистагмом
	Двусторонними патологическими знаками
696	Экстрапирамидная симптоматика при ушибе головного мозга проявляется
	Спонтанным вертикальным нистагмом
	Изменением тонуса по экстрапирамидному типу и тремором в конечностях
	Симптомом гертвигамажанди
	Двусторонними патологическими знаками
697	Диэнцефальная симптоматика при ушибе головного мозга проявляется
	Повышенной потливостью
	Неустойчивостью АД
	Нарушением дыхания
	Повышением температуры тела
698	Мезенцефалобульбарная симптоматика при ушибе головного мозга проявляется
	Нарушением ритма дыхания
	Нарушением гемодинамики
	Глубокой утратой сознания
	Первично стволовой симптоматикой

699	При переломе пирамиды височной кости наблюдаются
	Отоликворея
	Парез лицевого нерва
	Глухота
	Поражение барабанной струны
700	Какие виды внутричерепных гематом преобладают у детей грудного возраста?
	Эпидуральные
	Субдуральные
	Внутричерепные
	Множественные
701	При каком переломе основания черепа показано срочное оперативное вмешательство в первые часы после травмы?
	Перелом решетчатой кости, назорея
	Перелом решетчатой кости, пневмоцефалия
	Перелом пирамиды височной кости, сопровождающийся симптомокомплексом поражения мосто-мозжечкового угла
	Перелом в области стенок зрительного канала со снижением зрения
	Перелом затылочной кости, пирамидная недостаточность
702	Какой из симптомов является патогномичным для сотрясения головного мозга?
	Кратковременная потеря сознания
	Анизокория
	Гемипарез
	Клонико-тонические судороги
	Афазия
703	Переломы костей черепа без повреждения мягких тканей являются черепно-мозговой травмой
	Открытой проникающей
	Открытой непроникающей
	Закрытой без повреждения костей черепа
	Закрытой с повреждением костей черепа
	Огнестрельным ранением

704	Наличие крови в ликворе характерно для: А) сотрясения головного мозга. Б) отека головного мозга. В) субарахноидального кровоизлияния. Г) ушиба головного мозга. Д) сдавления головного мозга.
	В, Г
	А, Б, Г
	В, Г, Д
	В, Д
705	Быстрое нарастание сердечной и дыхательной недостаточности является признаком сдавления мозга в области
	Мозжечка
	Больших полушарий мозга
	Ствола
	Височной
	Лобной
706	Нарушение функции тазовых органов при сочетанной черепно-мозговой травме признак
	Черепно-мозговой травмы
	Переломов костей
	Перелома позвоночника
	Повреждения органов брюшной полости
	Повреждения спинного мозга
707	Как оценивается тяжесть черепно-мозговой травмы?
	По изменениям, выявленным при КТ
	По уровню сознания до стабилизации витальных функций/проведения первичных реанимационных мероприятий
	По уровню сознания после стабилизации витальных функций/проведения первичных реанимационных мероприятий
708	Какова последовательность наложения поисковых трепанационных отверстий, при отсутствии возможности выполнить предоперационное КТ?
	Височная область, лобная область, теменная область, затылочная область, в проекции ЗЧЯ
	Лобная область, теменная область, затылочная область, проекция ЗЧЯ, височная область
	Проекция ЗЧЯ, затылочная область, височная область, лобная область, теменная область
	Теменная область, лобная область, височная область, затылочная область, проекция ЗЧЯ
	Проекция ЗЧЯ, височная область, затылочная область, лобная область, теменная область

709	Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по
	Наличию изменений при КТ
	Наличию изменений при МРТ
	Длительности амнезии
	Уровню бодрствования после проведения мероприятий по стабилизации состояния
710	Необходимым условием проведения осмотерапии пострадавшим с черепно-мозговой травмой, с установленным датчиком внутричерепного давления, при отсутствии клинических признаков острой дислокации и вклинения головного мозга является
	Круглосуточная возможность проведения КТ
	Уровень сознания не более 8 баллов по ШКГ
	Возможность контроля электролитного состава крови
	Возможность контроля газового состава крови
711	Какая оптимальная тактика лечения при посттравматической назальной ликворее и отсутствии явных костных дефектов основания черепа?
	Введение воздуха в люмбальный сак
	Разгрузочные люмбальные пункции
	Наружный люмбальный дренаж
	Назначение фуросемида
712	Оптимальным методом диагностики повреждений, требующих хирургического вмешательства, у пострадавших с изолированной черепно-мозговой травмой является
	КТ головного мозга
	МРТ головного мозга
	Краниография
	Ангиография
713	Использование осмодиуретиков у пострадавших с черепно-мозговой травмой с профилактической целью
	Абсолютно показано
	Абсолютно противопоказано
	Абсолютно показано только у пациентов в коме
714	Пациент, 20 лет, поступил в реанимационное отделение после ДТП (сбит автомобилем). При поступлении кожные покровы и видимые слизистые бледные, ШКГ 8 баллов. АД 60/30 mmHg, ЧСС 100. Зрачки равновеликие, 3-4 мм в диаметре. Явная деформация правого бедра. Каковы Ваши действия?

	Перевод в операционную для выполнения операции "наложения поисковых трепанационных отверстий"
	Перевод в операционную для выполнения операции "декомпрессивная трепанация"
	Незамедлительно выполнить КТ головного мозга
	Ожидание окончания проведения первичных реанимационных мероприятий по стабилизации состояния
715	В каком случае необходимо выполнять декомпрессивную трепанацию у пациента 50 лет с черепно-мозговой травмой при ШКГ=12 баллов?
	Для устранения вдавленного перелома 3X2 см в левой лобной области
	Для устранения вдавленного перелома 8X8 см в правой теменной области
	Для устранения вдавленного 2X4 см в проекции задней тети верхней трети верхнего сагиттального синуса
	Для удаления эпидуральной гематомы 40 см ³ в правой височной области
	Для удаления субдуральной гематомы толщиной 12мм в левой лобно-теменной височной области
	При удалении субдуральной гематомы с латеральной дислокацией более 13 мм
714	Обосновано ли применение раствора Рингера в лечении взрослых пострадавших с черепно-мозговой травмой?
	Да
	Нет
	Только у пациентов с лёгкой ЧМТ
	Только у пациентов с ЧМТ средней степени тяжести
	Только у пациентов в коме
715	Оптимальным методом хирургического вмешательства при однокапсульных хронических субдуральных гематомах является
	Краниотомия с опорожнением гематомы, без удаления её капсулы
	Закрытое наружное дренирование гематомы
	Краниотомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы
	Широкая краниоэктомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы
716	Отёк мозга при черепно-мозговой травме в основном носит
	Цитотоксический характер
	Вазогенный характер
	Интерстициальный характер

717	Укажите пороговое значение внутричерепного давления у взрослых, превышение которого требует коррекции
	15 мм.рт.ст
	20 мм.рт.ст
	25 мм.рт.ст
	30 мм.рт.ст
	35 мм.рт.ст.
718	У пациента через месяц после перенесенной черепно-мозговой травмы с переломом свода и основания черепа выявлена пневмоцефалия в лобных областях с обеих сторон. Какая наиболее вероятная причина пневмоцефалии?
	Ликворная фистула в области перелома основания черепа
	Анаэробная инфекция
	Размножение ткани мозга
719	Местом для установки датчика внутричерепного давления у пациента с очагом ушиба III типа в правой теменной доле является
	Премоторная область слева
	Премоторная область справа
	Теменная область слева
	Теменная область справа
720	При огнестрельных черепно-мозговых ранениях наибольший риск развития внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений наблюдается при наличии
	Металлических инородных тел в паренхиме головного мозга
	Инородных тел - костных отломков в паренхиме головного мозга
	Раневой ликворее
	Металлических инородных тел в паренхиме головного мозга и раневой ликворее
	Инородных тел - костных отломков в паренхиме головного мозга и раневой ликворее
721	Лечение посттравматической назальной ликвореи у пациентов без угрозы дислокации и вклинения головного мозга, включает
	Эндолюмбальное введение воздуха
	Установку наружного люмбального дренажа
	Ревизию основания черепа с закрытием ликворных фистул
	Применения салуретиков

722	Во время удаления острой субдуральной гематомы, у пациента, переведённого в операционную по витальным показаниям, минуя КТ, появилось и резко нарастало пролабирование мозгового вещества в трепанационное окно. Какова Ваша хирургическая тактика?
	Немедленное ушивание кожи и мягких тканей, ТМО оставить неушитой
	Выполнить энцефалопункцию для поиска внутримозговой гематомы
	Пластика ТМО, ушивание кожи и мягких тканей
	Декомпрессивная трепанация с этой же стороны, пластика ТМО
	Декомпрессивная трепанация с этой же стороны, пластика ТМО, наложение поисковых трепанационных отверстий с противоположной стороны
723	В структуре медикаментозной терапии, для снижения внутричерепного давления у пострадавших с тяжёлой черепно-мозговой травмой рекомендуется применять
	Глюкокортикоидных гормонов
	Осмодиуретиков
	Барбитуратов
	Наркотических анальгетиков
724	Какой критерий для госпитализации в стационар пациента с лёгкой черепно-мозговой травмой?
	ШКГ < 15 баллов
	Наличие рваной раны мягких тканей головы
	Возраст более 60 лет
	Возраст менее 2 лет
	Постоянный приём иммуномодуляторов
725	Абсолютным показанием к установке датчика ВЧД у пострадавших с черепно-мозговой травмой является
	Уровень сознания 8 и менее баллов
	Наличие патологии при КТ
	ШКГ менее 6
	Сочетанная травма
726	Оптимальным методом диагностики повреждений, требующих хирургического вмешательства, у пострадавших с изолированной ЧМТ является
	КТ головного мозга
	МРТ головного мозга
	Краниография

	Ангиография
727	У пациента 30 лет с тяжёлой черепно-мозговой травмой при поступлении уровень бодрствования 7 баллов по ШКГ. При КТ головного мозга выявлено травматическое субарахноидальное кровоизлияние по межполушарной щели. Установлен датчик ВЧД. За период мониторинга ВЧД в пределах 15-18 mmHg. На 3 сутки после травмы отмечено повышение ВЧД до 40 - 60 mmHg, не связанными с экстракраниальными причинами. Уровень сознания 7 баллов по ШКГ. При КТ не выявлено новых интракраниальных очагов патологической плотности. Желудочковая система не сдавлена, не смещена. III желудочек и базальные цистерны визуализируются. Каковы дальнейшие лечебные действия?
	Выполнить декомпрессионную трепанацию с пластикой ТМО
	Выполнить люмбальную пункцию
	Переустановить датчик ВЧД
728	Оптимальный методом хирургического вмешательства при хронических субдуральных гематомах является
	Краниотомия с опорожнением гематомы, без удаления её капсулы
	Закрытое наружное дренирование гематомы
	Краниотомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы
	Широкая краниоэктомия с удалением гематомы и иссечением её капсулы
729	Пациентка 28 лет получила лёгкую ЧМТ 2 недели назад. С момента травмы развилось сходящееся косоглазие. При КТ выявлен перелом основания черепа, проходящий через скат. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для выявления причин стробизма?
	КТ с контрастным усилением
	МРТ
	МРТ с контрастным усилением
	МРТ ангиографию
	Консультация врача-офтальмолога
730	Применение осмодиуретиков при осмолярности плазмы крови более 320 мосм противопоказано в связи с тем, что
	Повышается риск почечной недостаточности
	Повышается объем циркулирующей крови
	Возрастает риск развития отсроченного развития отёка головного мозга
731	Отёк мозга при ЧМТ в основном носит
	Цитотоксический характер
	Вазогенный характер

	Интерстициальный характер
732	Укажите пороговое значение ВЧД у взрослых, превышение которого требует коррекции
	15 мм.рт.ст
	20 мм.рт.ст
	25 мм.рт.ст
	30 мм.рт.ст
	35 мм.рт.ст.
733	Какие значения субдуральной гематомы являются абсолютным показанием к операции вне зависимости от состояния пациента?
	Толщина до 5 мм
	Толщина от 5 до 10 мм
	Толщина более 10 мм
	Любая толщина
	Любая толщина у пациентов в коме
735	Какие показатели систолического артериального давления во время операции декомпрессивной трепанации черепа по поводу медикаментозно рефрактерной внутричерепной гипертензии (30-35 mmhg) являются предпочтительными у пациента 25 лет, без сопутствующей соматической патологии.
	80-100mmhg
	100-130 mmhg
	130-150 mmhg
	150mmhg и выше
	Не имеет значения
737	Каковы критерии госпитализации в стационар пациента с лёгкой ЧМТ?
	ШКГ<15 баллов
	Наличие рваной раны мягких тканей головы
	Возраст более 60 лет
	Возраст менее 2 лет
	Постоянный приём иммуномодуляторов

740	Пациент 60 лет доставлен в стационар после падения с высоты собственного роста. При осмотре – психомоторное возбуждение, уровень бодрствования 10 баллов по ШКГ, зрачки равновеликие 2-3 мм в диаметре, АД130/80 mmHg, ЧСС=80 в мин. При КТ выявляются очаги ушиба II-III вида в обеих лобных долях, компрессия желудочковой системы, больше передних рогов боковых желудочков. III желудочек щелевидной формы. Базальные цистерны не прослеживаются. Какая дальнейшая тактика лечения?
	Седация, перевод на ИВЛ, установка датчика ВЧД
	Краниэктомия в лобной области с удалением очагов ушиба, без пластики ТМО
	Декомпрессивная бифронтальная краниотомия с пластикой ТМО
741	Пациенту 50 лет с черепно-мозговой травмой, ШКГ 5 баллов, проведение мониторинга ВЧД
	Абсолютно показано
	Абсолютно противопоказано
	Абсолютно показано только в случае выявления патологии при КТ
	Недостаточно данных для выставления показаний к мониторингу ВЧД
742	Применение раствора Рингера при лечении взрослых пострадавших с ЧМТ обосновано
	Да
	Нет
	Только у пациентов с лёгкой ЧМТ
	Только у пациентов с ЧМТ средней степени тяжести
	Только у пациентов в коме
743	Использование 40% раствора глюкозы в структуре лечения взрослых пострадавших с черепно-мозговой травмой обосновано
	Во всех перечисленных случаях
	Ни в каком из случаев
	Только у пациентов с лёгкой ЧМТ
	Только у пациентов с ЧМТ средней степени тяжести
	Только у пациентов в коме
744	Люмбальная пункция как первый этап диагностических мероприятий в остром периоде ЧМТ
	Показана всем
	Показана только если нет возможности выполнить КТ
	Показана пациентам в коме
	Показана только пациентам с лёгкой ЧМТ

	Противопоказана
745	При каком уровне Na ⁺ в плазме крови плановое использование осмодиуретиков для снижения ВЧД противопоказано
	140 ммоль/л
	150 ммоль/л
	160 ммоль/л
	Только В и С
	Противопоказаний нет во всех случаях
746	Тяжесть травмы определяется по
	Наличию изменений при КТ
	Наличию изменений при краниографии
	Наличию изменений при МРТ
	Длительности амнезии
	Уровню сознания после проведения мероприятий по стабилизации состояния
747	Вас вызвали к пациенту, поступившему в отделение реанимации после ДТП (водитель мотоцикла), минуя приёмное отделение. Кожные покровы бледные. Дыхание ИВЛ через оротрахеальную трубку. Уровень сознания 3 балла по ШКГ, АД 40/10 мм.рт.ст., ЧСС 30 правый зрачок 5-6 мм в диаметре, левый 4-5 мм в диаметре. Каковы Ваши действия?
	Ожидание стабилизации состояния
	Двусторонняя декомпрессивная трепанация с пластикой ТМО
	Наложение поисковых трепанационных отверстий
	Немедленное выполнение КТ
	Установка датчика ВЧД
748	Кормление пациентов с тяжёлой ЧМТ в ранние сроки (до 7 суток)
	Показано с использованием зонда, введенного в полость желудка
	Показано с использованием зонда, введенного в полость тонкого кишечника
	Не показано до 10 суток
	Противопоказано до 10 суток
	Показано только парентеральное питание
749	Лечение посттравматической назальной ликвореи у пациентов без угрозы дислокации и вклинения головного мозга, включает
	Введения воздуха в субдуральное пространство

	Наружный люмбальный дренаж
	Ревизия основоания черепа с закрытием ликворных фистул
	Применения салуретиков
751	Во время удаления острой субдуральной гематомы, у пациента, переведённого в операционную по витальным показаниям, минуя КТ, появилось и нарастало пролабирование мозгового вещества в трепанационное окно. Какие Ваши дальнейшие хирургические действия?
	Немедленное ушивание кожи и мягких тканей, ТМО оставить неушитой
	Выполнить энцефалопункцию для поиска внутримозговой гематомы
	Пластика ТМО, ушивание кожи и мягких тканей
	Декомпрессивная трепанация с этой же стороны, пластика ТМО
	Декомпрессивная трепанация с этой же стороны, пластика ТМО, наложение поисковых трепанационных отверстий с противоположной стороны
752	При ревизии переднего основания черепа у пациента с хронической посттравматической назальной ликвореей, выявлен дефект костей основания около 1 см в диаметре с формированием энцефалоцеле в этой области. Какова Ваша хирургическая тактика?
	Иссечение энцефалоцеле, пластика основания черепа и ТМО в области энцефалоцеле аутоканями с использованием биологических клеевых композиций,
	Иссечение энцефалоцеле, ушивание ТМО в области энцефалоцеле
	Иссечение энцефалоцеле, пластика ТМО ксенотрансплантатом
753	Какой наиболее оптимальный способ устранения вдавленного перелома 4x4 см в теменной области?
	Резекционная трепанация, краниопластика через 3-6 месяцев титановой сеткой
	Резекционная трепанация, краниопластика через 3-6 месяцев метилметакрилатами
	Репозиция перелома, остеосинтез отломков
	Резекционная трепанация. Краниопластика нецелесообразна из-за небольшого размера дефекта и его расположении в косметически малозначимой зоне
	Резекционная трепанация с одномоментной краниопластикой ксенотрансплантатом.
754	Для выявления перелома основания черепа необходимо оценивать
	Краниографию в 2 проекциях
	КТ черепа и головного мозга в аксиальной проекции
	КТ черепа и головного мозга в коронарной проекции
	МРТ головного мозга
	Пневмоэнцефалографию

755	Для выявления перелома свода черепа необходимо выполнить
	Краниографию в 2 проекциях
	КТ черепа и головного мозга в аксиальной проекции
	КТ черепа и головного мозга в коронарной проекции
	МРТ головного мозга
	Пневмоэнцефалографию
756	Для установки датчика ВЧД у пациента с очагом ушиба III вида в правой теменной области Вы выберете
	Премоторную область слева
	Премоторную область справа
	Теменную область слева
	Теменную область справа
	В любой предложенной выше области
757	Пациенты какой возрастной группы имеют статистически худший прогноз исхода изолированной ЧМТ?
	Младше 15 лет
	От 15 до 30
	От 40 до 55 лет
	55 и старше
	Нет статистически достоверной разницы в исходах
758	Наиболее важный критерий в выборе стационара для госпитализации пациента с ЧМТ
	Многопрофильная клиника
	Возможность выполнения КТ 24 часа
	Современное отделение реанимации
	Наличие отделения нейрохирургии
	Наличие отделения травматологии
759	Антибактериальная профилактика менингита у пациентов с базальной ликвореей в результате ЧМТ
	Абсолютно показана
	Абсолютно противопоказана
	Показана только у пациентов в коме
	Показана только у пациентов на ИВЛ

	Нет точных данных
760	Метод выбора в диагностике повреждений головного мозга при огнестрельных ранениях
	КТ головного мозга
	МРТ головного мозга
	КТ+МРТ головного мозга
	КТ с контрастным усилением + МРТ головного мозга
	КТ с контрастным усилением и МРТ с контрастным усилением
761	При посттравматической внутренней гидроцефалии
	Имеется окклюзия на уровне водопровода
	Повышается продукция ликвора
	Снижается резорбция ликвора
762	Кому из пациентов с ЧМТ необходим перевод на ИВЛ?
	8 баллов по ШКГ, анизокория, АД 150/100 mmhg
	10 баллов по ШКГ, психомоторное возбуждение
	7 баллов по ШКГ, зрачки узкие, равновеликие, АД 120/90 mmhg
763	При внутрижелудочковом кровоизлиянии какой способ измерения ВЧД является наиболее точным?
	Интрапаренхиматозно установленный пьезоэлектрический датчик
	Субдурально установленный пьезоэлектрический датчик
	Эпидурально установленный датчик ВЧД
	Измерение давления спинномозговой жидкости с установкой наружного вентрикулярного дренажа
	Измерение давления при люмбальной пункции
764	Пациент 49 лет получил проникающее сквозное огнестрельное ранение. При поступлении уровень сознания 4 балла по ШКГ, АД 160/100 мм.рт.ст., ЧСС 63. При КТ выявлен диффузный отёк головного мозга. Базальные цистерны не визуализируются, желудочковая система резко сдавлена. Какова ваша хирургическая тактика?
	ПХО ран в области входного и выходного отверстий
	ПХО ран в области входного и выходного отверстий, установка датчика ВЧД
	Двусторонняя декомпрессивная трепанация с пластикой ТМО
	Двусторонняя декомпрессивная трепанация с пластикой ТМО и установкой датчика ВЧД
766	Под открытой черепно-мозговой травмой понимают

	Любое повреждение мягких тканей головы
	Рану с повреждением апоневроза
	Ссадину мягких тканей головы
	Скальпированную рану
	Рваную рану кожных покровов
767	Сотрясение головного мозга относится
	К легкой черепно-мозговой травме
	К черепно-мозговой травме средней тяжести
	К тяжелой черепно-мозговой травме
	К травме с повреждением костей черепа
	К травме с субарахноидальным кровоизлиянием
768	Под ретроградной амнезией следует понимать
	Амнезию на короткий период времени после травмы
	Амнезию на короткий период времени до травмы
	Амаегию на короткий период до и после травмы
	Амнезия периода травмы
769	Для эпидуральной гематомы характерна
	Утрата сознания после травмы без светлого промежутка
	Утрата сознания, светлый промежуток, после чего повторная утрата сознания
	Утрата сознания через определенное время после травмы
	Утрата сознания отсутствует
770	Наиболее часто ликворея возникает при повреждении
	Лобной пазухи
	Клиновидной пазухи
	Верхнечелюстной пазухи
	Решетчатой пластинки
	Решетчатых ячеек
771	Брадикардия, гемипарез, мидриаз являются классической картиной
	Каротидно-кавернозного соустья
	Опухоли гипофиза

	Травматической внутричерепной гематомы
	Компрессионной сосудистой нейропатии
	Аномалии Арнольда-Киари
772	В основе механизма развития диффузного аксонального повреждения лежит
	Дислокационное повреждение ствола мозга
	Синдром центрального понтинного миелолиза
	Плотная фиксация ствола мозга и парастволовых отделов в области основания черепа
	Сосудистый спазм и ишемия стволовых отделов
	Токсическое влияние продуктов распада крови в субарахноидальном пространстве
773	Клиническая картина диффузного аксонального повреждения
	Длительное коматозное состояние больного
	Наличие выраженных полушарных симптомов
	Циклическое изменение сознания
	Наличие альтернирующих симптомов
	Отсутствие нарушений сознания при наличии бульбарной симптоматики
774	По клинико- компьютерно-томографической классификации Лебедева В.В. – Крылова В.В. мелкоочаговому ушибу головного мозга соответствует очаг с размерами плотной части (в см3)
	До 10
	До 20
	До 30
	30-50
	Более 50
1	Позвоночно-спинномозговая травма
1160	В классификацию F.Denis позвоночный столб подразделяется на
	Среднюю колонну
	Переднюю колонну
	Промежуточную колонну
	Центральную колонну
	Заднюю колонну

775	Оптимальным методом диагностики атланта-окципитальной дислокации является
	Боковая рентгенография
	КТ
	МРТ
	Функциональная рентгенография
776	Наиболее высокой чувствительностью и специфичностью при диагностике атланта-окципитальной дислокации обладают
	Метод X-Line
	Метод Powers
	Подсчет базион-дентального интервала
	Подсчет окципито-кондиллярного интервала
777	Оптимальным методом лечения атланта-окципитальных дислокаций является
	Скелетное вытяжение
	Ношение головодержателя
	Наложение Halo-аппарата
	Окципитоспондилодез
778	В случае выполнения окципитоспондилодеза при атланта-окципитальных дислокациях, оптимальным является выполнение фиксации до
	C1
	C2
	C3
	C4
779	При невозможности выполнения окципитоспондилодеза, наиболее оптимальным методом лечения является
	Скелетное вытяжение
	Наложение жесткого головодержателя
	Наложение Halo-аппарата
780	При переломах Джефферсона II типа и незначительным расхождением боковых масс (до 8 мм) оптимальным методом хирургического лечения является
	Моносегментарная фиксация C1
	Передняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Задняя трансартикулярная фиксация C1-C2

	Спондилодез C1-C2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
781	При переломах Джефферсона III типа и расхождением отломков более 10 мм оптимальным методом хирургического лечения является
	Моносегментарная фиксация C1
	Передняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Задняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Спондилодез C1-C2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
782	При переломах зубовидного отростка II типа без смещения у пациентов молодого возраста оптимальным методом лечения является
	Жесткая иммобилизация шейного отдела позвоночника
	Трансдентальная фиксация
	Задняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Спондилодез C1-C2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
783	При переломах зубовидного отростка II типа со смещением у пациентов молодого возраста оптимальным методом лечения является
	Жесткая иммобилизация шейного отдела позвоночника
	Трансдентальная фиксация
	Задняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Спондилодез C1-C2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
784	При лечении «ростральных» переломов зубовидного отростка III типа со смещением методом выбора является
	Жесткая иммобилизация шейного отдела позвоночника
	Трансдентальная фиксация
	Задняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Спондилодез C1-C2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
785	При лечении переломов зубовидного отростка III типа со смещением 6 мм и более методом выбора является

	Жесткая иммобилизация шейного отдела позвоночника
	Трансдентальная фиксация
	Задний спондилодез C1-C2
	Окципитоспондилодез
786	Ротационный вывих C1 позвонка обуславливает повреждение
	Крестообразной связки
	Крыловидной связки
	Апикальной связки
	Поперечной связки
	Латеральной связки
787	Для переломов Джефферсона наиболее характерно формирование
	Ротационной атланта-аксиальной дислокации
	Передней атланта-аксиальной дислокации
	Вертикальной атланта-аксиальной дислокации
	Задней атланта-аксиальной дислокации
788	Наиболее оптимальным методом выполнения трансдентальной фиксации у пожилых пациентов является
	Фиксация 1 винтом через передний край тела C2
	Фиксация 2 винтами через передний край
	Фиксация 1 винтом через кортикальную пластину тела C2
	Фиксация 2 винтами через кортикальную пластину тела C2
789	Наиболее точным методом визуализации при выполнении трансдентальной фиксации является
	Двухплоскостная флюороскопия
	Виртуальная флюороскопическая навигация
	Нейронавигация с применением O-arm
790	При выполнении трансдентальной фиксации наименее предпочтителен следующий тип винта
	Канюлированный
	Неканюлированный
	Частично-резьбовой

	Полно-резьбовой
	Винт Герберта
791	Какой из нижеперечисленных методов обладает максимальным потенциалом к минимально инвазивному выполнению?
	Метод Goel-Harms
	Задняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Передняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Трансдентальная фиксация
	Трансламинраная фиксация C1-C2
792	При планировании задней трансартикулярной фиксации необходимо обращать внимание на
	Острый инфаркт миокарда
	Степень атланта-аксиальной дислокации
	Степень кифотической деформации
	Толщину и ширину истмической части C2 позвонка
	Толщину и ширину анатомической ножки C2 позвонка
	Толщину и ширину хирургической ножки C2 позвонка
793	При выполнении задней трансартикулярной фиксации C1-C2 полнорезьбовыми винтами, оптимальным методом создания спондилодеза является
	Декортикация боковых суставов C1-C2
	Размещение кости в междужковом промежутке
	Размещение фрагментов кости в полости боковых суставов C1-C2
	Достаточно только установки винтов
794	При выполнении задней трансартикулярной фиксации C1-C2 частичнорезьбовыми винтами, оптимальным методом создания спондилодеза является
	Декортикация боковых суставов C1-C2
	Размещение кости в междужковом промежутке
	Размещение фрагментов кости в полости боковых суставов C1-C2
	Достаточно только установки винтов
795	При выполнении метода Goel-Harms наиболее безопасной траекторией установки винта в C1 позвонок является
	Транспедикулярная

	Интраламинарная
	Непосредственно в боковую массу
	Нет разницы
796	При выполнении метода Goel-Harms наименее безопасной траекторией установки винта в С2 позвонок является
	Транспедикулярная
	Интраламинарная
	Истмическая
	Нет разницы
797	При выполнении метода Goel-Harms мальпозиция винтов
	Развивается чаще при использовании нейронавигации
	Развивается чаще при применении бипланарной флюороскопии
	Характерна для методики Free-Hand
	Не зависит от метода визуализации
798	Оптимальным методом интраоперационной иммобилизации шеи при выполнении трансартикулярной фиксации является
	Скелетное вытяжение
	Силиконовый лицевой упор
	Скоба Мэйфилда
	Нало-аппарат
799	При выполнении трансартикулярной фиксации наиболее целесообразно использовать
	Частично-резьбовые винты 3.5 мм и менее
	Полно-резьбовые винты 3.5 мм и менее
	Частично-резьбовые винты 4 мм и менее
	Полно-резьбовые винты 4 мм и менее
800	Наиболее оптимальным для выполнения задней трансартикулярной фиксации является следующий тип перешейка С2 позвонка согласно классификации Nogueira-Barbosa и Defino
	I
	Ia
	Ib
	Ic

801	При травматическом спондилолистезе С2 позвонка I типа оптимальным является следующий метод лечения
	Жесткая иммобилизация головодержателем
	Передний спондилодез С2-С3
	Задний спондилодез С2-С3
	Циркулярный спондилодез С2-С3
802	При травматическом спондилолистезе С2 позвонка II типа оптимальным является следующий метод лечения
	Жесткая иммобилизация головодержателем
	Передний спондилодез С2-С3
	Задний спондилодез С2-С3
	Циркулярный спондилодез С2-С3
803	При травматическом спондилолистезе С2 позвонка III типа оптимальным является следующий метод лечения
	Жесткая иммобилизация головодержателем
	Передний спондилодез С2-С3
	Задний спондилодез С2-С3
	Циркулярный спондилодез С2-С3
804	У пациентов с вертикальной ригидной атланто-аксиальной дислокацией в случае локализации шейки зубовидного отростка выше носонебной линии оптимален следующий доступ для выполнения одонтоидэктомии
	Трансназальный
	Трансоральный
	Трансназальный + трансоральный
	Подчелюстной
	Трансмандибулярный
805	У пациентов с вертикальной ригидной атланто-аксиальной дислокацией в случае компримирующего субстрата на уровне носонебной линии оптимален следующий доступ
	Трансназальный
	Трансоральный
	Трансназальный + трансоральный
	Подчелюстной

	Трансмандибулярный
806	У пациентов с вертикальной ригидной атланта-аксиальной дислокацией в случае локализации шейки зубовидного отростка ниже носонебной линии, для прямой визуализации компримирующего субстрата оптимален следующий доступ
	Трансназальный
	Трансоральный
	Трансназальный + трансоральный
	Подчелюстной
	Трансмандибулярный
807	У пациента 65 лет при выполнении трансдентальной фиксации перелома зубовидного отростка С2 позвонка достичь оптимальной траектории винта не представляется возможным из-за анатомических особенностей пациента (короткая шея и бочкообразная грудная клетка). Какой дальнейший вариант окончания вмешательства наиболее оптимален?
	Зашивание раны, консервативная терапия перелома
	Выполнение передней трансартикулярной фиксации
	Поворот на живот, перкутанная задняя трансартикулярная фиксация
	Поворот на живот, спондилодез С1-С2 по методу Goel-Harms
	Поворот на живот, временная транспедикулярная фиксация С1-С2 позвонков
808	У пациента 25 лет при выполнении трансдентальной фиксации перелома зубовидного отростка С2 позвонка достичь оптимальной траектории винта не представляется возможным из-за анатомических особенностей пациента (короткая шея и бочкообразная грудная клетка). Какой дальнейший вариант окончания вмешательства наиболее оптимален?
	Зашивание раны, консервативная терапия перелома
	Выполнение передней трансартикулярной фиксации
	Поворот на живот, перкутанная задняя трансартикулярная фиксация
	Поворот на живот, спондилодез С1-С2 по методу Goel-Harms
	Поворот на живот, временная транспедикулярная фиксация С1-С2 позвонков
809	У пациента 25 лет после падения с высоты был выявлен перелом зубовидного отростка С2 II типа со смещением и перелом Джефферсона с расхождением боковых масс до 4 мм. Какой метод лечения будет оптимальным для данного пациента?
	Иммобилизация жестким головодержателем
	Трансдентальная фиксация
	Передняя трансартикулярная фиксация С1-С2
	Задний спондилодез С1-С2 по методу Goel-Harms

	Окципитоспондилодез
810	У пациента 25 лет после падения с высоты был выявлен перелом зубовидного отростка С2 II типа без смещения и двусторонний верховой вывих С6 позвонка (тип С по aospine). Какой метод лечения будет оптимальным в отношении повреждения на верхнешейном уровне?
	Операция на С1-С2 не показана
	Трансдентальная фиксация
	Передняя трансартикулярная фиксация С1-С2
	Задний спондилодез С1-С2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
811	У пациента 65 лет после падения с высоты был выявлен перелом зубовидного отростка С2 III типа со смещением до 7 мм и верховой вывих С7 позвонка (тип С по aospine). Какой метод лечения будет оптимальным в отношении повреждения на верхнешейном уровне?
	Иммобилизация жестким головодержателем
	Трансдентальная фиксация
	Передняя трансартикулярная фиксация С1-С2
	Задний спондилодез С1-С2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
812	Во время рассверливания костного канала в хирургической ножке С2 позвонка при выполнении метода Goel-Harms из него открылось интенсивное артериальное кровотечение вследствие ранения стенки позвоночной артерии. Какова дальнейшая хирургическая тактика?
	Тампонада костного канала воском, установка винта по новой траектории
	Установка винта по прежней траектории несмотря на кровотечение
	Выделение позвоночной артерии с ее клипированием
	Эндоваскулярная окклюзия позвоночной артерии
813	Для предотвращения затылочной невралгии при установке винтов непосредственно в боковую массу атланта во время фиксации по методу Goel-Harms наиболее целесообразно
	Использовать частично-резьбовые винты
	Пересекать корешок С2
	Коагулировать корешок С2
	Отграничивать ганглий С2 корешка от винта гемостатической ватой типа «Surgicel fibrillar»

814	У пациента с застарелым переломом зубовидного отростка со смещением до 4 мм через 12 месяцев был диагностирован псевдоартроз и дегенеративные изменения в боковых суставах (степень IV по Lakshmanan). Какая тактика оптимальна в отношении данного пациента?
	Консервативная терапия
	Трансдентальная фиксация
	Передняя трансартикулярная фиксация C1-C2
	Задний спондилодез C1-C2 по методу Goel-Harms
	Окципитоспондилодез
815	Какие манипуляции при спинальном шоке могут привести к остановке сердца?
	Только изменения положения тела
	Введение наркотических анальгетиков, введение вазопрессоров
	Только введение вазопрессоров
	Введение ганглиоблокаторов, изменения положения тела, введение наркотических анальгетиков
	Изменения положения тела, введение вазопрессоров, введение ганглиоблокаторов
816	Какие патофизиологические механизмы лежат в основе травматического шока?
	Увеличение объема сосудистого русла
	Снижение ОЦК
	Боль
	Увеличение объема сосудистого русла, снижение ОЦК
	Снижение ОЦК, боль
817	Основные принципы лечения травматического шока
	Обезболивание, искусственная гипотермия
	Иммобилизация, назначение бета-адреноблокаторов
	Использование вазопрессоров, иммобилизация
	Восполнение ОЦК, назначение инотропных препаратов
	Обезболивание, иммобилизация, восполнение ОЦК
818	При каком типе перелома зубовидного отростка обычно сохраняется стабильность краниовертебрального сочленения?
	Через верхушку (над поперечной связкой)
	Через основание шейки
	Через основание шейки с большим количеством костных фрагментов

	Через тело С2
819	Согласно классификации переломов зубовидного отростка С2 позвонка выделяют три типа проходящих
	Через верхушку зуба, через основание зубовидного отростка и через тело С2 позвонка
	Через верхушку зуба, через верхушку и основание отростка, через тело С2 позвонка
	Через верхушку зуба, через основание зубовидного отростка, через основание и тело С2 тела
820	Какой метод исследования является обязательным в диагностике травматических повреждений позвоночника?
	МРТ-исследование
	Спондилография
	Миелография
	КТ
821	Какой перелом считается стабильным по теории F. Denis (1983) и не требует стабилизации позвоночника в остром периоде травмы
	При повреждении переднего опорного столба позвоночника
	При повреждении среднего столба позвоночника
	При повреждении заднего столба позвоночника
	При повреждении среднего и заднего столбов позвоночника
822	Показаниями к проведению операции в позднем периоде травмы позвоночника является
	Наличия признаков компрессии дурального мешка
	Отсутствия нарастающей неврологической симптоматики
	Увеличения угловой кифотической деформации
	Появления и/или усиления болевого синдрома
823	Какое количество опорных колон (столбов) позвонка выделяются в грудном и поясничном отделах согласно теории стабильности F. Denis (1983)?
	1
	2
	3
	4
824	Согласно классификации механизмов травмы позвоночника F.Margel (1994) выделяют три типа повреждений

	Тип А компрессионный, тип В дистракционный, тип С ротационный
	Тип А дилатационный, тип В нестабильный, тип С ротационный
	Тип А компрессионный, тип В дистракционный, тип С взрывной
	Тип А дилатационный, тип В дистракционный, тип С ротационный
825	Какой перелом считается стабильным по теории F. Denis (1983) и не требует стабилизации позвоночника в остром периоде травмы?
	При повреждении переднего и среднего опорных столба позвоночника
	При повреждении среднего столба позвоночника
	При повреждении заднего столба позвоночника
	При повреждении среднего и заднего столбов позвоночника
826	Показаниями к экстренному хирургическому вмешательству при травматических повреждениях позвоночника являются
	Наличие неврологической симптоматики
	Компрессионный неосложненный перелом тела позвонка
	Компрессия дурального мешка
	Нестабильный компрессионный перелом позвоночника
827	Показаниями к проведению операции в позднем периоде травмы позвоночника являются
	Наличие признаков компрессии дурального мешка
	Отсутствие нарастающей неврологической симптоматики
	Увеличение угловой кифотической деформации
	Появлени и/или усиление болевого синдрома
828	Наиболее часто травму шейного отдела позвоночника и спинного мозга обуславливает
	Ныряние
	Падение с высоты
	Огнестрельное ранение
	Спортивная травма
829	Синдром поражения передних отделов спинного мозга включает
	Утрата болевой и температурной чувствительности с глубоким парезом, глубокая чувствительность сохранена
	Утрата болевой, температурной и глубокой чувствительности с полным параличом
	Утрата болевой и температурной чувствительности, нижний парапарез без нарушений функции тазовых органов

830	Хирургическая тактика при травме шейного отдела позвоночника включает
	Декомпрессию спинного мозга
	Стабилизацию позвоночника
	Декомпрессию всех нервных элементов, стабилизацию позвоночника
	Декомпрессию нервных корешков, удаление компремирующего агента
	Декомпрессию спинного мозга, ламинопластику
831	Определение нестабильности позвоночника по классификации Denis
	Повреждение связочного аппарата
	Нарушение анатомического соотношения между позвонками при физиологических нагрузках
	Любое повреждение позвоночника, вызывающее компрессию нервных структур
	Любое повреждение позвоночника, вовлекающее 2 столба или средний столб
832	В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома тела С6 позвонка со сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика?
	Ламинопластика
	Ламинэктомия, декомпрессия спинного мозга
	Скелетное вытяжение
	Передняя декомпрессия спинного мозга, корпородез и фиксация пластинами
	Задняя декомпрессия спинного мозга, фиксация пластинами
833	Осложнения, обуславливающие высокую летальность больных с повреждением шейного отдела спинного мозга
	Нарушение функций тазовых органов
	Инфекционно-воспалительные осложнения
	Трофические нарушения
	Прогрессирующая деформация позвоночного столба
	Миелопатический синдром
834	Какой признак характерен для синдрома Броун-Секара?
	Парез на стороне поражения
	Нарушение проприоцептивной чувствительности на стороне поражения
	Нарушение температурной чувствительности на стороне поражения
	Нарушение болевой чувствительности на противоположной от поражения стороне

835	Полное нарушение двигательных функций, некоторая остаточная чувствительность ниже уровня повреждения соответствует степени повреждения по шкале ASIA
	A
	B
	C
	D
836	Показанием для стабилизации перелома позвоночника на поясничном уровне является
	Перелом передней половины тела позвонка
	Угловая деформация менее 25 градусов
	Смещение позвонков на расстояние более ¼ размера тела позвонка
	Компрессия нервного корешка травматической грыжей диска
837	При каком из указанных переломов показано консервативное лечение?
	Неосложненный перелом С2 I типа
	Неосложненный перелом С2 II типа
	Травматическая грыжа диска С5-С6
	Двухсторонний вывих С5 позвонка
838	При каком повреждении перелом считается стабильным по теории F. Denis (1983) и не требует стабилизации позвоночника в остром периоде травмы?
	При повреждении переднего опорного столба позвоночника
	При повреждении среднего столба позвоночника
	При повреждении среднего и заднего столба позвоночника
1	Дегенеративные заболевания позвоночника
1161	В структуру дорсопатий входит
	Остеопороз позвоночника у взрослых
	Остеохондроз позвоночника у взрослых
	Болезнь Шейермана-Мау

	Мышечно-тонический синдром
	Шейно-плечевой синдром
839	Пациент жалуется на боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу до большого пальца. Объективно: движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника ограничены, рефлексы с ног сохранены, гипестезия на тыле стопы по медиальному краю и в области большого пальца. Что поражено?
	Корешок S1 справа
	Эпиконус справа
	Корешок L5 справа
	Большеберцовый нерв справа
840	При диско-радикулярном конфликте на уровне L5-S1 позвонков возможна компрессия
	Артерии Адамкевича
	Артерии Демпрож-Готтерона
	Передней спинальной артерии
	Задней спинальной артерии
841	Снижение коленного рефлекса указывает на поражение
	Корешков L2 и L3
	Корешков L3 и L4
	Корешка L5
	Корешков L4 и L5
842	Дефицит трехглавой мышцы плеча свидетельствует о поражении
	Корешка C6
	Корешка C7
	Корешка C8
	Корешка D1
843	При радиочастотной деиннервации фасеточных суставов блокируют
	Передний корешок
	Задний корешок

	Нерв Люшка
	Передний и задний корешок
844	Артерия Адамкевича чаще всего сопровождает
	Корешок L2 справа или слева
	Один из корешков на нижнегрудном уровне
	Корешок S1 справа
	Одноименную вену
845	Нейрогенная перемежающаяся хромота наиболее характерна для
	Центрального стеноза позвоночного канала
	Манифестации интрамедуллярной опухоли
	Грыжи межпозвонкового диска на уровне L5-S1 позвонков
	Опухолей грудного отдела спинного мозга
846	Синдром оперированного позвоночника требует
	Максимально длительной консервативной терапии с использованием возможностей медикаментозного лечения, физиотерапии, санаторно-курортного лечения, ЛФК
	Быстрейшего повторного хирургического вмешательства с проведением менингоорадикулолиза, установкой межтеловых имплантов и стабилизирующей системы
	Разъяснения пациенту, что имеющийся синдром лечению не подлежит и постараться убедить пациента адаптироваться к проблеме
	Направить пациента к психиатру для подбора терапии
847	К симптомам грыжи межпозвонкового диска C4-C5 относится
	Слабость дельтовидной мышцы, в надплечье
	Слабость кистевого хвата
	Онемения и покалывания обычно не ощущается
	Боль в плече
848	Какой симптом характерен для поражения конуса спинного мозга?
	Спастический нижний парапарез
	Вялый нижний парапарез
	Анестезия в нижних конечностях
	Анестезия в аногенитальной области
849	Методом выбора при дифференциальной диагностике грыжи межпозвонкового диска на

	уровне шейного отдела позвоночника и туннельных синдромов является
	Электронейромиография
	Транскраниальная магнитная стимуляция
	Термография
	УЗИ периферических нервов
851	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?
	Корешок S 1 слева
	Корешок L 5 слева
	Эпиконус
	Малоберцовый нерв слева
852	Чаще всего (около 90% случаев) позвоночная артерия входит в одноименный канал на уровне
	C3
	C4
	C5
	C6
	C7
853	При выполнении переднего спондилодеза на уровне шейного отдела позвоночника чаще повреждается
	Диафрагмальный нерв
	Возвратный нерв
	Звездчатый ганглий
	Ветви шейного сплетения
854	При диско-радикулярном конфликте на уровне L5-S1 позвонков возможна компрессия артерии
	Артерии Адамкевича
	Артерии Демпрож-Готтерона
	Передней спинальной артерии
	Задней спинальной артерии

855	К симптомам поражения конского хвоста относятся
	Спастический нижний парапарез
	Нарушение функций тазовых органов
	Анестезия в нижних конечностях
	Анестезия в аногенитальной области
	Корешковые боли в ногах
856	Снижение коленного рефлекса указывает на поражение
	Корешков L2 и L3
	Корешков L3 и L4
	Корешка L5
	Корешков L4 и L5
857	Снижение Ахиллова рефлекса указывает на поражение
	Корешка L4
	Корешка L5
	Корешка S1
	Конуса спинного мозга
858	При образовании фораминальной грыжи межпозвонкового диска на уровне L4-L5 позвонков поражается
	Корешок L3
	Корешок L4
	Корешок L5
	Корешки L4 и L5
859	Дефицит трехглавой мышцы плеча свидетельствует о поражении
	Корешка C6
	Корешка C7
	Корешка C8
	Корешка D7
860	К симптомам грыжи межпозвонкового диска на уровне C5-C6 позвонков относится
	Слабость в двуглавой мышце плеча и мышцах разгибателях
	Онемение и покалывание наряду с болью могут отдавать в большой палец кисти

	Онемение и покалывание наряду с болью могут отдавать вниз до мизинца
	Слабость дельтовидной мышцы, в надплечье
861	К патогномичным симптомам шейной миелопатии относятся
	Спастика-паретическая походка
	Острое начало
	Парестезии в нижних конечностях
	Симптом Лермитта
	Спастический парез в руках
	Тазовые дисфункции
862	При радиочастотной деиннервации фасеточных суставов блокируют
	Передний корешок
	Задний корешок
	Нерв Люшка
863	Артерия Адамкевича чаще сопровождает
	Корешок L2 справа или слева
	Один из корешков на нижнегрудном уровне
	Корешок S1 справа
	Одноименную вену
864	Выпадение рефлекса с двуглавой мышцы наблюдается при поражении
	Спинного мозга или корешков C5 и C6
	Спинного мозга на уровне C7
	Поражении противоположного полушария головного мозга
	Области краниовертебрального перехода
865	Нейрогенная перемежающаяся хромота наиболее характерна для
	Центрального стеноза позвоночного канала
	Манифестации интрамедуллярной опухоли
	Грыжи межпозвонкового диска на уровне L5-S1 позвонков
	Опухолей грудного отдела спинного мозга
866	Показаниями к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска являются

	Тяжелый радикулярный болевой синдром, двигательные выпадения, нарушения функции тазовых органов
	Наличие выделенной квоты на хирургическое лечение
	Больших размеров грыжа межпозвонкового диска без грубых неврологических нарушений
	Стремление пациента предотвратить в будущем боль в пояснице и возможную инвалидность
868	К симптомам грыжи межпозвонкового диска C4-C5 относится
	Слабость дельтовидной мышцы, в надплечье
	Слабость кистевого хвата
	Онемения и покалывания обычно не ощущается
	Боль в плече
869	К симптомам грыжи межпозвонкового диска C6 – C7 относится
	Слабость в трехглавой мышце плеча и разгибателях пальцев
	Слабость дельтовидной мышцы, в надплечье
	Онемение и покалывание по передней поверхности плеча и предплечья
	Онемение и покалывание наряду с болью могут отдавать в большой палец кисти
870	Методом лечения пациентов с нестабильными повреждениями грудно-поясничного отдела позвоночника будет являться
	Наружная тораколумбосакральная фиксация (корсет), хирургическое лечение не показано
	Консервативная терапия, хирургическое лечение не показано
	Ламинэктомия с передней декомпрессией позвоночного канала
	Ламинэктомия с передней декомпрессией позвоночного канала, ревизия дурального мешка, задний транспедикулярный спондилодез, при необходимости передний спондилодез
871	К симптомам поражения конуса спинного мозга относятся
	Спастический нижний парапарез
	Нарушение функций тазовых органов
	Анестезия в нижних конечностях
	Анестезия в аногенитальной области
872	К симптомам поражения эпиконуса спинного мозга относятся
	Спастический нижний парапарез

	Нарушение функций тазовых органов
	Нарушение чувствительности в нижних конечностях
	Боли в ногах
873	Выпадение ахиллова рефлекса происходит при локализации грыжи диска на уровне
	L5-S1
	L4-L5
	L3-L4
	L2-L3
874	Эндоскопическая секвестрэктомия и фораминопластика на уровне поясничного отдела позвоночника наиболее пригодна в случае
	Латеральной грыжи
	Срединной грыжи
	Парамедиальной грыжи
	Стеноза позвоночного канала
875	При диско-радикулярном конфликте на уровне L5-S1 позвонков возможна компрессия артерии
	Артерии Адамкевича
	Артерии Демпрож-Готтерона
	Передней спинальной артерии
	Задней спинальной артерии
876	Снижение коленного рефлекса указывает на поражение
	Корешков L2 и L3
	Корешков L3 и L4
	Корешка L5
	Корешков L4 и L5
877	При образовании фораминальной грыжи межпозвонкового диска на уровне L4-L5 позвонков поражается
	Корешок L3
	Корешок L4
	Корешок L5
	Корешки L4 и L5

878	Компрессионно-оскольчатый перелом с ротацией по классификации F. Magerl, 1994 обозначается как
	A2
	A3
	B2
	C3
1	Сосудистые заболевания ЦНС
1162	По морфологическому строению артериальные аневризмы головного мозга бывают
	Мешотчатые
	Фузиформные
	Блистерные
	Эллипсоидные
	Сложные
879	В какие сроки после геморрагического инсульта хирургическое лечение наименее благоприятно в отношении рецидива кровоизлияния?
	В 1-е сутки
	На 2-3 сутки
	На 4-7 сутки
	На 8-15 сутки
	Позднее 15 суток
880	Какие параметры следует учитывать при определении хирургической тактики у больных с геморрагическим инсультом?
	Возраст, уровень сознания, объем ВМГ, локализацию ВМГ, окклюзионную гидроцефалию
	Возраст, пол, тяжесть состояния по Hunt-Hess, развитие церебрального ангиоспазма
	Возраст, уровень сознания, уровень глюкозы, натрия в крови
	Возраст, объем и максимальный размер ВМГ, величину поперечной дислокации мозга
	Пол, возраст, объем ВМГ, наличие внутрижелудочкового кровоизлияния
881	Путаменальные ВМГ какого объема рекомендуют для удаления при наличии грубых неврологических расстройств?
	Более 20 см ³

	Более 30 см ³
	Более 50 см ³
	Более 70 см ³
	Более 100 см ³
882	С поражением каких структур головного мозга связано развитие гемиплегии при внутримозговых гематомах глубинной локализации?
	Хвостатого ядра
	Заднего продольного пучка
	Внутренней капсулы
	Таламуса
	Чечевицеобразного ядра
883	В какой клинической ситуации пациентам с ВМГ таламуса требуется выполнение экстренной нейрохирургической операции?
	При объеме ВМГ более 10 см ³
	При прорыве крови в желудочки
	При клинических признаках поражения внутренней капсулы
	При развитии окклюзионной гидроцефалии
	При поперечной дислокации срединных структур более 5 мм
884	Какой из перечисленных является фактором риска рецидива ВМГ у больных после удаления ВМГ?
	Угнетение сознания ниже 13 баллов по ШКГ
	Артериальная гипертензия >160/90 мм рт.ст.
	Остаточный объем ВМГ после удаления менее 25% от исходного
	Наличие ВЖК по данным КТ
	Исходный объем ВМГ > 50 см ³
885	Какому больному с латеральной внутримозговой гематомой объемом 50 см ³ хирургическое лечение не следует рассматривать?
	В возрасте старше 60 лет
	При угнетении сознания до 8 баллов и ниже по ШКГ
	При латеральной дислокации мозга < 5 мм
	При артериальной гипертензии 140/90 мм рт.ст. И более
	При глубоком гемипарезе

886	Какую операцию следует предпочесть у пациента 50 лет с геморрагическим инсультом, уровнем сознания — глубокое оглушение, гематой червя мозжечка 5 см ³ , гемотампонадой IV желудочка, окклюзионной гидроцефалией на 2-е сутки после начала заболевания?
	Подзатылочную декомпрессивную краниэктомию, микрохирургическое удаление ВМГ и ВЖК
	Резекционную трепанацию затылочной кости, микрохирургическое удаление ВМГ и ВЖК
	Резекционную трепанацию затылочной кости, микрохирургическое удаление ВМГ
	Операцию Торкильдсена
	Эндоскопическую тривентрикулостомию
887	Какое осложнение внутрижелудочкового кровоизлияния развивается спустя несколько недель?
	Окклюзионная гидроцефалия
	Дизрезорбтивная гидроцефалия
	Идиопатическая гидроцефалия
	Атрофическая гидроцефалия
	Базальный арахноидит
888	ВМГ мозжечка какого объема подлежит удалению у пациентов с геморрагическим инсультом?
	>10 см ³
	>14 см ³
	>20 см ³
	>27 см ³
	>35 см ³
889	Какая операция предпочтительна для удаления путаменальной внутримозговой гематомы объемом 40 см ³ на 3-и сутки при отсутствии быстрого развития дислокационного синдрома у больного?
	Открытое удаление
	Микрохирургическое удаление
	Эндоскопическое удаление
	Пункционная аспирация
	Декомпрессивная краниэтомия
890	Какой метод следует использовать во время операции эндоскопического удаления внутримозговой гематомы?

	Флуометрию
	Оксиметрию
	Безрамную навигацию
	Допплерографию
	Ангиографию с индоцианином зеленым
891	Какой метод рационально использовать во время операции для контроля радикальности удаления сгустков крови?
	Флуометрию
	Ангиографию с индоцианином зеленым
	Безрамную нейронавигацию
	Сонографию
	Магнитно-резонансную томографию
892	Из какой области выполняют доступ для удаления путаменальных гематом?
	Лобной
	Височной
	Лобно-теменной
	Теменной
	Затылочной
893	При каком уровне сознания по ШКГ можно ожидать наибольшей пользы от хирургического удаления супратенториальных внутримозговых гематом?
	15 баллах
	13-14 баллах
	9-12 баллах
	6-8 баллах
	3-5 баллах
894	Какие супратенториальные ВМГ наиболее часто осложняются ВЖК?
	Лобной доли
	Затылочной доли
	Латеральные
	Смешанные
	Медиальные

895	Перфорирующие ветви какой артерии являются источником путаменальных гематом?
	Передней мозговой
	Средней мозговой
	Задней мозговой
	Базиллярной
	Верхней мозжечковой
896	При ВМГ какой локализации наибольший риск развития окклюзионной гидроцефалии?
	ВМГ лобной доли
	ВМГ височной доли
	ВМГ затылочной доли
	ВМГ базальных ядер
	ВМГ мозжечка
897	Какую степень внутрижелудочкового кровоизлияния в баллах по шкале Graeb следует считать при гемотампонаде III, IV желудочков с расширением последнего?
	2 балла
	3 балла
	4 балла
	5 баллов
	7 баллов
898	Основная методика определения степени стеноза (в %) внутренней сонной артерии в настоящее время - это
	ECST
	NASCET
	Линейная скорость кровотока по данным дуплексного/триплексного сканирования в области максимального сужения артерии
899	Для определения показаний к хирургическому вмешательству по поводу асимптомного стеноза внутренней сонной артерии основным исследованием в настоящее время является
	МР-перфузия головного мозга
	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография головного мозга
	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
	КТ-ангиография брахиоцефальных артерий
	МР-ангиография брахиоцефальных артерий

900	Показанием к хирургическому лечению пациентов с «симптомным» стенозом внутренней сонной артерии является степень стеноза (по NASCET) не менее
	40%
	50%
	80%
	90%
901	Показанием к хирургическому лечению пациентов с «асимптомным» стенозом внутренней сонной артерии является степень стеноза (по NASCET) не менее
	40%
	60%
	80%
	90%
902	В какие сроки от развития ишемического инсульта желательно выполнить операцию по поводу стеноза внутренней сонной артерии при отсутствии противопоказаний к операции (согласно рекомендациям ESVS и ESO)?
	До 14 суток от начала заболевания
	До 3 месяцев от начала заболевания
	Не ранее 3 месяцев от начала заболевания
	Не ранее 1 месяца от начала заболевания
903	Предпочтительным методом хирургической коррекции симптомного стеноза внутренней сонной артерии (особенно в ранние сроки заболевания) является согласно рекомендациям ESVS и ESO
	Стентирование
	Каротидная эндартерэктомия
	Баллонная ангиопластика
904	Показанием к выполнению экстра-интракраниального анастомоза является
	Симптомная субокклюзия внутренней сонной артерии
	Асимптомная окклюзия внутренней сонной артерии с межполушарной асимметрией показателей перфузии
	Симптомная окклюзия внутренней сонной артерии с нарушением перфузионного резерва
905	Измерения степени стеноза по методике NASCET заключается в
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии там, где ее стенки

	становятся параллельно
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее максимального сужения к гипотетическому исходному диаметру луковицы ВСА
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии сразу после окончания атеросклеротической бляшки
	Вычислении отношения диаметра просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента ОСА в области ее бифуркации
906	Измерения степени стеноза по методике ECST заключается в
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии там, где ее стенки становятся параллельно
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее максимального сужения к гипотетическому исходному диаметру луковицы ВСА
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии сразу после окончания атеросклеротической бляшки
	Вычислении отношения диаметра просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента ОСА в области ее бифуркации
907	Последовательность снятия сосудистых зажимов с сонных артерий при запуске кровотока после ушивания артериотомии
	Наружная сонная артерия, общая сонная артерия, внутренняя сонная артерия
	Общая сонная артерия, наружная сонная артерия, внутренняя сонная артерия
	Внутренняя сонная артерия, наружная сонная артерия, общая сонная артерия
908	Последовательность наложения сосудистых зажимов на сонные артерии перед выполнением артериотомии
	Верхняя щитовидная, общая сонная, внутренняя сонная, наружная сонная артерии
	Внутренняя сонная, общая сонная, наружная сонная артерии, верхняя щитовидная
	Верхняя щитовидная, внутренняя сонная, общая сонная, наружная сонная артерии
	Верхняя щитовидная, наружная сонная, общая сонная, внутренняя сонная артерии
909	Выявление какой стадии нарушения перфузии головного мозга по классификации Nemoto является показанием к выполнению ЭИКШ при симптомной окклюзии ВСА?
	I
	II
	III
	IV

	V
910	Наиболее точный метод выявления нарушения церебрально-перфузионного резерва головного мозга у пациентов с симптомной окклюзией ВСА
	КТ-перфузия
	МР-перфузия
	ПЭТ
	ОФЭКТ
911	Наиболее вероятные сроки тромбоза после наложения микрососудистого анастомоза
	1-7 сутки после операции
	8-14 сутки после операции
	15-21 сутки после операции
	22-28 сутки после операции
912	Основная методика каротидной эндартерэктомия в настоящее время
	Классическая каротидная эндартерэктомия с первичным артериальным швом
	Классическая каротидная эндартерэктомия с пластикой расширяющей заплатой
	Эверсионная каротидная эндартерэктомия
	Эндартерэктомия по Дебейки
913	Предпочтительные размеры нити (USP) при выполнении КЭЭ
	3/0
	6/0
	10/0
	6
	5
914	Рандомизированные исследования, посвящённые эффективности КЭЭ у пациентов с симптомными стенозами ВСА
	NASCET, ECST
	COSS, JET
	ACAS, ACST
915	Рандомизированные исследования, посвящённые эффективности КЭЭ у пациентов с асимптомными стенозами ВСА
	NASCET, ECST

	COSS, JET
	ACAS, ACST
	COSS, ACST
	NASCET, JET
916	Основоположником операции ЭИКШ является
	G.M. Yasargil
	M. Debekey
	А.В. Покровский
	А.А. Суфианов
	O.U. Titov
917	Нормальным цереброваскулярным резервом считается прирост перфузии при нагрузочной пробе с диакабом
	5-10%
	15-40%
	Синдром «обкрадывания»
918	Признак «симптомности» стеноза ВСА - это
	Степень стеноза артерии более 50% по методике NASCET
	Время от момента возникновения ишемического эпизода – до 6 месяцев
	Время от момента возникновения ишемического эпизода – до 12 месяцев
	Степень стеноза артерии более 70% по методике NASCET
919	При стандартной методике ЭИКШ височная артерия вшивается в СМА по типу
	Конец-в-конец
	Конец-в-бок
	Кольца Д.А. Донецкого
	Циркулярным швом
920	Лучшим материалом для микрохирургического сшивания сосудов считается
	Шелк
	Капрон
	Полиамид
	Викрил

921	С целью уменьшения операционной травмы при выполнении операции ЭИКШ используют
	Интраоперационную контактную доплерографию
	Инфракрасную видеоангиографию с применением индоцианина зеленого
	Безрамную нейронавигации
922	Исследование, продемонстрировавшее эффективность ЭИКШ для профилактики повторных ишемических инсультов
	COSS
	JET
	EI-IC bypass trial
923	Исследование, оценивающее когнитивные функции у пациентов после ЭИКШ
	ACAS
	RECON
	JET
	EC-IC bypass
924	Основная методика определения степени стеноза (в %) внутренней сонной артерии в настоящее время это
	ECST
	NASCET
	Линейная скорость кровотока по данным дуплексного/триплексного сканирования в области максимального сужения артерии
	КТ-ангиография
	МР-перфузия головного мозга
925	Для определения показаний к хирургическому вмешательству по поводу асимптомного стеноза внутренней сонной артерии основным исследованием в настоящее время является
	МР-перфузия головного мозга
	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография головного мозга
	Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
	КТ-ангиография брахиоцефальных артерий
	МР-ангиография брахиоцефальных артерий
926	Показанием к хирургическому лечению пациентов с «симптомным» стенозом внутренней сонной артерии является степень стеноза (по NASCET) не менее

	40%
	50%
	80%
	90%
927	Показанием к хирургическому лечению пациентов с «асимптомным» стенозом внутренней сонной артерии является степень стеноза (по NASCET) не менее
	40%
	60%
	80%
	90%
928	В какие сроки от развития ишемического инсульта желательно выполнить операцию по поводу стеноза внутренней сонной артерии при отсутствии противопоказаний к операции (согласно рекомендациям ESVS и ESO)
	До 14 суток от начала заболевания
	До 3 месяцев от начала заболевания
	Не ранее 3 месяцев от начала заболевания
	Не ранее 1 месяца от начала заболевания
929	Предпочтительным методом хирургической коррекции симптомного стеноза внутренней сонной артерии (особенно в ранние сроки заболевания) является согласно рекомендациям ESVS и ESO
	Стентирование
	Каротидная эндартерэктомия
	Баллонная ангиопластика
930	Показанием к выполнению экстра-интракраниального анастомоза является
	Симптомная субокклюзия внутренней сонной артерии
	Асимптомная окклюзия внутренней сонной артерии с межполушарной асимметрией показателей перфузии
	Симптомная окклюзия внутренней сонной артерии с нарушение перфузионного резерва
931	Измерения степени стеноза по методике NASCET заключается в
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии там, где ее стенки становятся параллельно
	Вычислении отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее максимального сужения к гипотетическому исходному диаметру луковичи ВСА

	Вычисления отношения диаметра сохранного просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии сразу после окончания атеросклеротической бляшки
	Вычисления отношения диаметра просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента ОСА в области ее бифуркации
932	Измерения степени стеноза по методике ECST заключается в
	Вычисления отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии там, где ее стенки становятся параллельно
	Вычисления отношения диаметра сохранного просвета артерии в месте ее максимального сужения к гипотетическому исходному диаметру луковицы ВСА
	Вычисления отношения диаметра сохранного просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента внутренней сонной артерии сразу после окончания атеросклеротической бляшки
	Вычисления отношения диаметра просвета ВСА в месте ее наибольшего сужения к диаметру дистального сегмента ОСА в области ее бифуркации
933	Последовательность снятия сосудистых зажимов с сонных артерий при запуске кровотока после ушивания артериотомии
	Наружная сонная артерия, общая сонная артерия, внутренняя сонная артерия
	Общая сонная артерия, наружная сонная артерия, внутренняя сонная артерия
	Внутренняя сонная артерия, наружная сонная артерия, общая сонная артерия
934	У пациента с разрывом аневризмы коммуникантного сегмента левой внутренней сонной артерии на 3 сутки от кровоизлияния течение заболевания осложнилось развитием окклюзионной гидроцефалии, охватывающая цистерна деформирована. Клинически определяется угнетение уровня бодрствования до умеренного оглушения. Укажите тактику лечения
	Костно-пластическая трепанация черепа, клипирование аневризмы, наружное вентрикулярное дренирование
	Декомпрессивная трепанация черепа, клипирование аневризмы, наружное вентрикулярное дренирование
	Декомпрессивная трепанация черепа, клипирование аневризмы
	Наружное вентрикулярное дренирование
936	Тяжесть состояния больных в остром периоде САК оценивается по шкале
	Глазго
	Карновского
	ASIA
	Hunt-Hess

937	Рандомизированные исследования, посвящённые эффективности КЭЭ у пациентов с симптомными стенозами ВСА
	NASCET, ECST
	COSS, JET
	ACAS, ACST
938	Рандомизированные исследования, посвящённые эффективности КЭЭ у пациентов с асимптомными стенозами ВСА
	NASCET, ECST
	COSS, JET
	ACAS, ACST
939	При разрыве аневризмы головного мозга манифестация симптомов обычно происходит в виде
	Судорожных припадков
	Картины субарахноидального кровоизлияния
	Парализации
	Психоза
940	Нормальным цереброваскулярным резервом считается прирост перфузии при нагрузочной пробе с диакабом
	5-10%
	15-40%
	Синдром «обкрадывания»
941	Вторая степень тяжести по шкале Hunt-Hess характеризуется
	Наличием минимальной головной боли
	Угнетением сознания до оглушения, левосторонний гемипарез, менингеальный синдром
	Атонической комой
	Головной болью, менингеальным синдромом
942	Оценка тяжести состояния пациента по шкале Hunt-Hess позволяет
	Направить больного на амбулаторное долечивание
	Подобрать адекватную гипотензивную терапию
	Определить оптимальные сроки хирургического лечения
	Определить оптимальные сроки госпитализации в стационар

943	Церебральный ангиоспазм характерен для
	Острейшего периода САК
	Острого периода САК
	«Холодного» периода САК
	Периода стойких резидуальных явлений
944	С целью уменьшения операционной травмы при выполнении операции ЭИКШ используют
	Интраоперационную контактную доплерографию
	Инфракрасную видеоангиографию с применением индоцианина зеленого
	Безрамную нейронавигации
945	Исследование, продемонстрировавшее эффективность ЭИКШ для профилактики повторных ишемических инсультов
	COSS
	JET
	EI-IC bypass trial
946	Исследование, оценивающее когнитивные функции у пациентов после ЭИКШ
	ACAS
	RECON
	JET
	EC-IC bypass
947	Оценку интенсивности кровоизлияния в желудочки головного мозга при разрыве интракраниальной аневризмы проводят по шкале
	Fisher
	Graeb
	Hijdra
	Hunt-Hess
948	Через 3 месяца после хирургического лечения разорвавшейся аневризмы ПСА у пациента отметили появление шаткости походки, недержания мочи, выраженное снижение памяти. Какое осложнение аневризматической болезни можно заподозрить?
	Менингит
	Церебральный ангиоспазм
	Окклюзионная гидроцефалия

	Дизрезорбтивная гидроцефалия
949	Методом выбора в лечении дуральных артериовенозных фистул в кавернозном синусе является
	Трансартериальная неселективная эмболизация частицами ПВА ветвей НСА
	Суперселективная эмболизация оболочечных ветвей НСА цианакрилатами и радиохирургия
	Трансвенозная окклюзия заинтересованного синуса микроспиралями
	Суперселективная эмболизация оболочечных ветвей НСА неадгезивной композицией с тотальной окклюзией кавернозного синус
950	В остром периоде кровоизлияния, обусловленного разрывом артериальной аневризмы, какие наиболее важные показатели гемодинамики требуют мониторинга и на основе которых определяются сроки вмешательства на аневризме?
	Уровень АД
	Линейная скорость кровотока в СМА, Уровень АД
	Уровень АД и сатурация кислорода в крови
	Скорость кровотока по экстракраниальным отделам магистральных сосудов головы и АД
951	Какой фактор обуславливает появление и\или усугубление неврологических расстройств при эмболизации АВМ спинного мозга?
	Нарушение спинального кровообращения
	Проксимальная окклюзия афферентных сосудов
	Тотальное выключение АВМ
	Нарушение ликвороциркуляции в субарахноидальном пространстве спинного мозга
952	Наиболее неблагоприятные исходы эндоваскулярных операций при ККС в отдаленном периоде связаны с
	Стойкими глазо-двигательными расстройствами
	Формированием ложных аневризм в кавернозном синусе и пазухе основной кости
	Нарушением венозного кровообращения мозга
	Стойкими глазо-двигательными расстройствами и формированием ложных аневризм в кавернозном синусе и пазухе основной кости
953	Относительным противопоказанием к клипированию аневризмы является ускорение ЛСК по средней мозговой артерии до
	100 см/с
	150 см/с
	200 см/с

	250 см/с
954	Основной инструментарий, используемый при окклюзии аневризм
	Микроспирали
	Микроэмболы ПВА
	Стенты
	ОПУХ
955	К аневризмам верхней 1/3 основной артерии оптимальным доступом является
	Парамедианный доступ
	Затылочный доступ
	По Нафцигер-Тауну
	Теменно-затылочный доступ
	Трансфарингеальный доступ
956	Прорыв крови в субарахноидальное пространство головного мозга при артериальных аневризмах возникает вследствие разрыва
	Непосредственно артерии
	Артерии, впадающей в аневризму
	Шейки
	Дна купола
	Тела
957	К анатомическим элементам артерио-венозных мальформаций относятся
	Вены притока
	Капилляры, вены притока
	Патологически измененный клубок сосудов, капилляры
	Афферентные артерии и вены оттока, вены притока
	Патологически измененный клубок сосудов, афферентные артерии и вены оттока
958	Возможными патологоанатомическими изменениями в стволе мозга при тромбозах магистральных сосудов являются
	Мелкоточечные кровоизлияния
	Ишемические нарушения
	Размягчение ствола мозга
	Прорыв крови в желудочек мозга

	Атрофию одной половины ствола мозга
959	Возможными изменениями в подкорковых структурах при окклюзии магистральных артерий могут быть
	Инфаркты, мелкоочечные кровоизлияния
	Гематомы, ишемические нарушения
	Мелкоочечные кровоизлияния, гематомы
	Ишемические нарушения
	Инфаркты, ишемические нарушения
960	К патогномичным симптомам артериальных аневризм кавернозной части внутренней сонной артерии относятся
	Потери сознания
	Экзофтальм
	Поражения III, VI, IV черепно-мозговых нервов
	Сосудистые шумы
	Эпилептические припадки
961	К основным признакам, характеризующим мешотчатые аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии, относятся
	Экзофтальм
	Боли в лобно-височной области
	Поражения III пары черепно-мозговых нервов
	Гомонимная гемианопсия
	Снижение зрения
962	При разрыве аневризм передней мозговой передней соединительной артерии у больных отмечается наличие
	Менингеального синдрома
	Экзофтальма
	Преходящих парезов в конечностях
	Нарушений полей зрения
	Психических расстройств
963	Каков общий принцип кровоснабжения периферической нервной системы?

	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
	Периферические нервы снабжаются кровью длинными ветвями магистрального сосуда, прилегающего к нерву и питающего его диффузией и осмосом
	Периферические нервы питаются поперечными сегментарными ветвями основной артерии соответствующей конечности
964	При разрыве артериальных аневризм средней мозговой артерии отмечается наличие
	Головной боли
	Пареза VI нерва
	Субарахноидальных паренхиматозных кровоизлияний
	Гемипарезов
	Психических расстройств
965	Для внутрижелудочковых гематом характерна
	Утрата сознания после травмы без светлого промежутка
	Трехфазное изменение сознания
	Утрата сознания через определенное время после травмы
	Утраты сознания нет
966	Укажите наиболее распространенную причину синдрома “доброкачественной” внутричерепной гипертензии
	Опухоль задней черепной ямки
	Окклюзионная гидроцефалия
	Разрыв внутричерепной аневризмы
	Аденома гипофиза
	Синус-тромбоз
967	Двоение - симптом, характерный для аневризмы
	Передней соединительной артерии
	Супраклиноидного сегмента ВСА
	Кавернозного сегмента ВСА
	Супраклиноидного и кавернозного сегментов ВСА
968	Тяжесть больных, перенесших САК, оценивается по шкале
	Рэнкина

	Хаус-Бракмана
	Карновского
	Мировой федерации нейрохирургов
	Фишера
969	Какой веной при операции на аневризме ВСА можно пожертвовать в случаи необходимости?
	Веной Денди
	Веной Лаббе
	Веной Галена
	Веной Тролара
	Сильвиевой веной
970	В каких случаях целесообразна комбинированная (эндоваскулярная и микрохирургическая) операция?
	При глубоинных АВМ
	При АВМ, распространяющихся на 2 и более доли
	При кровоснабжении АВМ из нескольких сосудистых бассейнов
	При тяжелом состоянии больного
972	Риск разрыва АВМ головного мозга в год составляет
	1%
	2-4%
	16-18%
	До 25%
	50%
973	Кавернозная мальформация является
	Сосудистой глиальной опухолью низкой степени активности
	Разновидностью сосудистой мальформации ЦНС
	Одним из видов лептоменингеальных кист
	Следствие спонтанного тромбирования аневризм сосудов головного мозга
	Пороком развития сосудов с артерио-венозным шунтированием
974	Хирургическое лечение показано в случае, когда у пациента
	Кавернома латеральных отделов полушария мозжечка, проявившаяся кровоизлиянием

	Кавернома ствола мозга на уровне моста, проявившаяся однократным кровоизлиянием, с полным регрессом симптомов
	Кавернома в области зоны Вернике у пациента без нарушений речи, страдающего только от эпилептических припадков средней частоты
	Кавернома в области базальных ганглиев справа, проявившаяся кровоизлиянием с развитием глубокого гемипареза
	Кавернома среднего мозга без данных за массивные кровоизлияния, проявляющаяся преимущественно гипертензионно-гидроцефальным синдромом
975	Наиболее частая локализация гипертонических гематом
	Лобарная (субкортикальная)
	Путаменальная (латеральная)
	Таламическая (медиальная)
	Смешанная (поражены все подкорковые структуры)
	Мозжечковая
976	Тактика хирургического лечения больных с АВМ Spetzler-Martin, Grade 4-5
	Иссечение АВМ
	Эмболизация АВМ
	Динамическое наблюдение, консервативное лечение
	Тактика лечения зависит от степени выраженности клинических проявлений
977	Предпочтительный метод выбора хирургического лечения при каротидно-кавернозном соустье
	Треппинг операция
	Эндоваскулярная окклюзия поврежденного синуса
	Эмболизация ветвей наружной сонной артерии с помощью клеевой композиции
	Динамический контроль через 6 месяца с последующим решением тактики лечения
978	Основные клинические проявления каротидно-кавернозного соустья
	Признаки затруднения венозного оттока из орбиты и пульсирующий шум
	Субарахноидальное кровоизлияние
	Асимптомное течение
	Расходящееся косоглазие
979	Основной материал используемый при лечении дуральных артеривенозных фистул в области кавернозного синуса
	Клеевые композиции

	Спирали
	ПВА
	Стенты
980	Экстренная хирургическая тактика при профузных носовых кровотечениях
	Эмболизация ветвей наружной сонной артерии клеевыми композициями и ПВА
	Перевязка наружной сонной артерии и ее ветвей
	Эмболизация наружной сонной артерии микроспиралями
981	Для релаксации мозга при операции на аневризме в остром периоде САК применяется
	Гипервентиляция
	Маннитол
	Гиперхаес
	Нимодипин
	Наружный дренаж
982	Аневризмы заднего круга кровообращения от общего числа аневризм составляют
	2-3%
	6-7%
	10-12%
	21%
	25%
983	Гигантские аневризмы внутренней сонной артерии чаще проявляются
	САК
	Эпиприступами
	Гемипарезом
	Снижением зрения
	Электролитными нарушениями
984	Противопоказанием к операции на аневризме в остром периоде САК является
	Внутричерепная гематома 50 см ³
	5 сутки после САК
	ЛСК по СМА=200 см/с
	Na плазмы 150 ммоль/л

	5 баллов по шкале Глазго
985	При операции на аневризме области ПМА-ПСА выполняется
	Диссекция сильвиевой щели
	Диссекция переднего наклоненного отростка
	Диссекция поверхностной височной артерии
	Диссекция передней ворсинчатой артерии
	Диссекция прямой извилины
986	Треппинг чаще всего применяется при операциях на аневризме
	СМА
	ЗНМА
	ПМА-ПСА
	Основной артерии
987	Научно доказано, что для лечения вазоспазма эффективно применение
	Гипотермии
	Нимодипина
	Симвастатина
	Клозасентана
	ЗН-терапии
988	С целью уменьшения тракции мозга при операциях на аневризме в остром периоде применяют
	Укладка больного на столе
	Введение маннитола
	Установка дренажа в т. Пейна
	Базальные доступы
	Ранние сроки операции (1-3 сут.)
989	При операциях на артериальных аневризмах головного мозга используется
	Аспиратор Фукушима
	Клипсы Сугита
	Расширитель Коллина
	Краниофиксы

	Пинцет Малиса
990	Укажите основной метод лечения артерио-венозных мальформаций спинного мозга
	Микрохирургическое удаление
	Эндоваскулярная эмболизация
	Радиохирургия
	Комбинированное лечение
991	Укажите факторы, способствующие полной эмболизации АВМ
	Небольшие размеры
	Несколько доминантных афферентов без перифокального ангиогенеза
	Фистульный тип АВМ
992	Для аневризм какого сегмента ВСА типично поражение III нерва
	Офтальмического сегмента
	Коммуникатного сегмента
	Хориоидального сегмента
	Каменистого сегмента
993	Радикальное удаление АВМ головного мозга обеспечивает излечение от сопутствующего эписиндрома?
	Да
	Да, при небольших АВМ
	Нет, кроме единичных эпилепсий в анамнезе
	Нет
994	В каких случаях показана ускоренная операция удаления АВМ в остром периоде?
	При больших внутримозговых гематомах
	При внутрижелудочковом кровоизлиянии
	При стволовом кровоизлиянии
	Во всех случаях с целью предупреждения рецидивного разрыва АВМ
996	Тактика лечения при АВМ головного мозга в сочетании с гемодинамическими аневризмами
	Удаление АВМ первым этапом, затем выключение аневризм
	Выключение аневризм первым этапом, затем удаление АВМ

	Одноэтапное выключение аневризмы и удаление АВМ
	Удаление АВМ, аневризмы - под динамический контроль
997	Риск разрыва АВМ головного мозга в год составляет
	1%
	2-4%
	16-18%
	До 25%
	50%
998	Укажите, что характерно для кавернозных мальформаций
	Рост
	Уменьшение размеров со временем
	Появление каверном «de novo»
	Субарахноидальные кровоизлияния
	Метастазирование
999	Абсолютные показания к удалению каверномы есть в случае
	Кавернома средних размеров правой премоторной области, выявленная перед пластикой митрального клапана
	Кавернома медиальных отделов левой височной доли, проявляющаяся сложными парциальными приступами в течение 1,5 лет
	Кавернома правой средней ножки мозжечка, проявившаяся повторными паренхиматозными кровоизлияниями
	Кавернома полюса правой височной доли, проявляющаяся редкими эпилептическими припадками
	Ни в одном из приведенных примеров
1000	Для каверном спинного мозга характерно
	Острое развитие симптоматики часто на фоне интенсивных болей
	Полный регресс симптомов через 1-2 месяца
	Сегментарные, проводниковые, реже корешковые нарушения
	Часто латерализованное расположение каверномы
	Неблагоприятное естественное течение заболевания
1001	Наиболее частая локализация гипертонических гематом
	Лобарная (субкортикальная)

	Путаменальная (латеральная)
	Таламическая (медиальная)
	Смешанная (поражены все подкорковые структуры)
	Мозжечковая
1002	Тактика хирургического лечения при наличии асимптомной аневризмы до 5 мм, локализованных в кавернозном сегменте ВСА
	Клипирование аневризмы
	Эндоваскулярная окклюзия аневризмы
	Динамический контроль через 6 месяца с последующим решением тактики лечения
	Отказ от хирургии
1003	Тактика хирургического лечения больных с АВМ Spetzler-Martin, Grade 4-5
	Иссечение АВМ
	Эмболизация АВМ
	Динамическое наблюдение, консервативное лечение
	Тактика лечения зависит от степени выраженности клинических проявлений
1004	Предпочтительный метод выбора лечения при нервавшихся аневризмах, локализованных на развилке базилярной артерии
	Клипирование аневризмы
	Эндоваскулярная окклюзия аневризмы
	Динамический контроль через 6 месяца с последующим решением тактики лечения
	Отказ от хирургии
1005	Сроки эндоваскулярного вмешательства при ишемическом инсульте в бассейне СМА
	До 6 часов
	До 8 часов
	До 10 часов
	До 12 часов
1006	Риск разрыва интракраниальной аневризмы до 10 мм, локализованной в переднем отделе Виллизиего круга
	5% в год
	0.5% в год
	5% в год

	10% в год
1007	Риск разрыва интракраниальной аневризмы до 5 мм, локализованной в переднем отделе Виллизиего круга
	5% в год
	0.5% в год
	5% в год
	10% в год
1008	Предпочтительный метод выбора хирургического лечения при каротидно-кавернозном соустье
	Треппинг операция
	Эндоваскулярная окклюзия поврежденного синуса
	Эмболизация ветвей наружной сонной артерии с помощью клеевой композиции
	Динамический контроль через 6 месяца с последующим решением тактики лечения
1009	При ККС проведенная церебральная ангиография выявила полный сброс из контралатеральной ВСА в фистулу. Укажите тип соустья по Ф. Сербиненко
	3
	4
	5
	6
1010	Основной доступ применяемый при эндоваскулярных вмешательствах
	Трансфеморальный
	Трансрадиальный
	Через фрезевое отверстие
	Каротидный
1011	Основная причина инвалидизации и смертности после субарахноидального кровоизлияния при успешно проведенном хирургическом лечении
	Выраженный спазм сосудов головного мозга
	Менингит
	Сепсис
1012	Основная причина возникновения синдрома Валленберга –Захарченко после эндоваскулярных операции
	Повреждение ВСА

	Повреждение НСА
	Повреждение ЗНМА
	Повреждение СМА
1013	«Золотой стандарт» диагностики АВМ спинного мозга
	СКТ
	МРТ
	Прямая спинальная ангиография
	КТ
1014	Основной материал используемый при лечении ДАВФ в области кавернозного синуса
	Клеевые композиции
	Спирали
	ПВА
	Стенты
1015	Причиной грубой инвалидизации после проведения эндоваскулярных вмешательств могут быть
	Тромбоэмболия
	Интраоперационное кровоизлияние
	Спазм
1016	При гигантских аневризмах более 25 мм методом выбора является
	Эндоваскулярное вмешательство
	Краниотомия т.е открытая хирургия
	Динамическое наблюдение
	Тактика хирургии в первую очередь зависит от анатомо-топографических особенностей аневризмы
1017	Экстренная хирургическая тактика при профузных носовых кровотечениях
	Эмболизация ветвей наружной сонной артерии клеевыми композициями и ПВА
	Переязка наружной сонной артерии и ее ветвей
	Эмболизация наружной сонной артерии микроспиралями
1018	Первая ветвь, отходящая от наружной сонной артерии
	Лицевая артерия

	Затылочная артерия
	Верхняя щитовидная артерия
	Задняя ушная артерия
1019	Тактика лечения интраоперационных эндоваскулярных тромбоземболических осложнений
	Тромбэкстракция
	Локальный и системный тромболизис
	Динамическое наблюдение, симптоматическая терапия
	Тромбэкстракция либо локальный и системный тромболизис
1020	Риск разрыва первично диагностированной интракраниальной АВМ
	2-4% в год
	0.5% в год
	30% в год
	10% в год
1021	Виллизиев круг – это
	Зона межартериальных анастомозов между дистальными участками мозговых сосудов в смежных зонах кровоснабжения головного мозга
	Зона анастомозов между оболочечными и мозговыми сосудами
	Зона анастомозов между дистальными ветвями экстракраниальных артерий и интракраниальных артерий
	Зона анастомозов на основании мозга между проксимальными участками задних мозговых артерий, внутренними сонными артериями и участками А1 передних мозговых артерий
1022	Артерия Адамкевича кровоснабжает
	Большую часть грудного отдела спинного мозга, конус и эпиконус
	Средне-грудной отдел спинного мозга
	Конус и эпиконус
	Шейный и грудной отделы спинного мозг
1023	Какие особенности ангиоархитектоники обуславливают высокий риск кровоизлияния при ДАВФ?
	Ретроградный дренаж в мозговые вены
	Выраженная гипертрофия афферентных сосудов
	Значительная дилатация синусов мозга

	Высокая скорость артерио-венозного шунтирования
1024	При какой патологии наиболее часто наступает обширный полушарный ишемический инфаркт мозга?
	При окклюзии подключичной артерии с формированием стил-синдрома в вертебро-базиллярном бассейне
	При остром тромбозе доминантной позвоночной артерии
	При окклюзии СМ
	При окклюзии СМА, окклюзии или критическом стенозе экстракраниального отдела ВСА и недостаточном развитии коллатералей
1025	Интракраниальные стенты используются для
	Эмболизации артерио-венозных мальформаций и аневризм с широкой шейкой в отдаленном периоде кровоизлияния
	Реконструкции или реканализации интракраниальных сосудов при аневризмах, прямых артерио-венозных фистулах, стенозирующих и процессах, тромбозах
	Только для лечения аневризм с широкой шейкой в остром периоде кровоизлияния и острых тромбозах
	Только для лечения стенозирующих процессов и тромбоза
1026	Методом выбора в лечении ДАВФ в кавернозном синусе является
	Трансартериальная неселективная эмболизация частицами ПВА ветвей НСА
	Суперселективная эмболизация оболочечных ветвей НСА цианакрилатами и радиохирurgia
	Трансвенозная окклюзия заинтересованного синуса микроспиралями
	Суперселективная эмболизация оболочечных ветвей НСА неадгезивной композицией с тотальной окклюзией кавернозного синуса
1027	Профилактика интраоперационных тромботических осложнений требует
	Постоянной ирригации проводникового катетера и микрокатетера физиологическим раствором в течение всей нейроваскулярной процедуры, в/в введения гепарина в дозировке поддерживающей АСТ на уровне 150-200 сек.
	В/в введения гепарина в дозировке 2500 ед/час
	Аспирации из проводникового катетера и микрокатетера при их удалении
	В/в введения гепарина в дозировке 5000 ед/час
1028	В остром периоде кровоизлияния, обусловленного разрывом артериальной аневризмы, какие наиболее важные показатели гемодинамики требуют мониторинга и на основе которых определяются сроки вмешательства на аневризме?
	Уровень АД

	Линейная скорость кровотока в СМА, Уровень АД
	Уровень АД и сатурация кислорода в крови
	Скорость кровотока по экстракраниальным отделам магистральных сосудов головы и АД
1029	Последовательность эндоваскулярных манипуляций при лечении АВМ, сочетающихся с аневризмами на афферентных сосудах
	Окклюзия аневризм, затем эмболизация АВМ
	Эмболизация АВМ, затем окклюзия аневризм
	Эмболизация АВМ, аневризмы не окклюдировать
	Окклюзия аневризм без эмболизации АВМ
1030	Какой фактор обуславливает появление и/или усугубление неврологических расстройств при эмболизации АВМ спинного мозга?
	Нарушение спинального кровообращения
	Проксимальная окклюзия афферентных сосудов
	Тотальное выключение АВМ
	Нарушение ликвороциркуляции в субарахноидальном пространстве спинного мозга
1031	При планировании эмболизации АВМ грудного отдела спинного мозга в первую очередь необходимо верифицировать
	Афферентные сосуды и узел АВМ
	Участие артерии Адамкевича и ее ветвей в кровоснабжении АВМ
	Артерию Адамкевича и ее ветви
	Узел АВМ и направление путей венозного отток
1032	Наиболее неблагоприятные исходы эндоваскулярных операций при ККС в отдаленном периоде связаны с
	Стойкими глазо-двигательными расстройствами
	Формированием ложных аневризм в кавернозном синусе и пазухе основной кости
	Нарушением венозного кровообращения мозга
	Стойкими глазо-двигательными расстройствами в сочетании с формированием ложных аневризм в кавернозном синусе и пазухе основной кости
1033	Основной целью эндоваскулярного разобщения ККС является
	Профилактика геморрагических осложнений
	Ликвидация застойных явлений в орбите и сохранение нормальных функций глаза
	Ликвидация косметического дефекта лиц

1034	Порядок запуска кровотока после реконструкции ВСА
	ВСА-НСА-ОСА
	НСА-ВСА-ОСА
	НСА-ОСА-ВСА
1	Дифференциальный диагноз в нейрохирургии
1163	Молодой человек 25-ти лет найден на улице в бессознательном состоянии. АД 110/80 mmHg, частота дыхания 25-28 в мин. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ШКГ=8 баллов, температура тела 36,0. Зрачки 3-4 мм в диаметре, равновеликие, фотореакция ослаблена. При поступлении в стационар выполнено КТ, не выявившая изменений. Каковы дальнейшие лечебные и диагностические действия (выберете верные утверждения)?
	Установка датчика ВЧД
	Анализ крови на опиаты
	Анализ крови на уровень сахара
	Анализ крови с определением гликированного гемоглобина
	Анализ крови на бензодиазепины
	Анализ крови с определением уровня алкоголя
	Общий анализ крови
	Анализ крови с определением АЛТ
	Анализ крови с определением АСТ
	Анализ крови с определением гамма-ГТ
	Анализ крови с определением мочевины
	Анализ крови с определением креатинина
	Применение осмодиуретиков
	Интубация и перевод на ИВЛ
	Анализ крови с определением уровня электролитов
1035	Укажите наиболее частую причину синдрома "доброкачественной" внутричерепной гипертензии
	Опухоль задней черепной ямки
	Окклюзионная гидроцефалия
	Разрыв внутричерепной аневризмы
	Аденома гипофиза

	Синус-тромбоз
1036	Ключевой признак синдрома "доброкачественной" внутричерепной гипертензии
	Вызван опухолью задней черепной ямки
	Вызван метаболическими нарушениями
	Обычно проходит самостоятельно, но часто бывают рецидивы
	Происходит из-за увеличения вязкости крови
	Отмечается понижение ликворного давления
1037	Угнетение дыхания у больных с повышенным внутричерепным давлением приводит к развитию
	Гипоксемии, бронхоспазма
	Повышению внутричерепного давления, ларингоспазма
	Развитие дислокационного синдрома, анемии
	Гипоксемии, повышению внутричерепного давления, развитие дислокационного синдрома
	Бронхоспазма, повышению внутричерепного давления
1038	Больная 30 лет. Поступила в клинику с жалобами на прибавку в весе (с преимущественным отложением жира на животе), нарушение менструального цикла, появление <i>аспае vulgaris</i> . При осмотре окулиста: нет зрительных нарушений. При МРТ головного мозга (без контрастного усиления): нет патологических данных. При исследовании крови на гормоны: отмечено незначительное повышение кортизола и АКТГ в крови. Ваш предположительный диагноз
	Микроаденома гипофиза гормонально неактивная
	Микроаденома гипофиза кортикотропинома
	Норма
	Микроаденома гипофиза пролактинома
1039	Больной 60 лет. Поступил в клинику с жалобами на двоение предметов, снижение остроты зрения на оба глаза, нарушение походки, нарушение глотания, дизартрию. В анамнезе – оперирован 3 месяца назад по поводу злокачественной опухоли почки, затем проведена лучевая и химиотерапия. На СКТ и МРТ (с контрастным усилением): больших размеров опухоль в области ската, распространяющаяся в полость обоих кавернозных синусов, среднюю черепную ямку справа, умеренно накапливающее контрастное вещество. Какая оптимальная тактика лечения больного?
	Динамическое наблюдение
	Транскраниальное удаление опухоли
	Трансназальное частичное удаление опухоли
	Трансназальная биопсия с последующей лучевой и химиотерапией
	Химиотерапия

1040	Методом выбора при дифференциальной диагностике грыжи межпозвонкового диска на уровне шейного отдела позвоночника и туннельных синдромов является
	Электронейромиография
	Транскраниальная магнитная стимуляция
	Термография
	УЗИ периферических нервов
1041	Что из перечисленного ниже является диагностическим критерием нейрофиброматоза I типа?
	Сфеноидная дисплазия
	Синдром Зудека
	2 узелка Лиша и более
	Глиома зрительного нерва
	Веснушки (гиперпигментация) в подмышечных или паховых областях
1042	Молодая женщина репродуктивного возраста с клиникой в виде интенсивных головных болей, тошнотой, рвотой. В анамнезе принимала контрацептивы. По данным осмотра офтальмолога отмечается застой на глазном дне. Ваш предположительный диагноз?
	Острый тромбоз синусов головного мозга
	Субарахноидальное кровоизлияние
	Менингит
	Острый абсцесс головного мозга
1043	Укажите нормальные значения ВЧД у взрослых при использовании инвазивного мониторинга
	0 – 5 mmhg
	5 – 7 mmhg
	7 – 10 mmhg
	5-15 mmhg
	20 – 25 mmhg
1044	Дифференциально-диагностический признак ушиба головного мозга средней степени тяжести
	Наличие перелома лобной кости
	Наличие перелома основания черепа
	Наличие травматического субарахноидального кровоизлияния
	Коматозное состояние больного более 3 недель

	Ушибленная рана головы длиной более 15 см
1045	Для какого повреждения характерен верхний парапарез, снижение болевой чувствительности в верхних конечностях при отсутствии другой неврологической симптоматики?
	Разрыв спинного мозга на уровне С3-С4
	Синдром центрального повреждения спинного мозга на шейном уровне
	Синдром передней спинальной артерии
	Рассеянный склероз
1046	Появление очаговой неврологической симптоматики при черепно-мозговой травме характерно для
	Травматического субарахноидального кровоизлияния
	Сотрясения головного мозга
	Ушиба головного мозга
	Диффузного аксонального повреждения
1048	Укажите основное отличие между невралгией тройничного нерва и языкоглоточной невралгией
	Характер боли
	Локализация боли
	Возможность иррадиации боли
	Происходит по причине компрессии черепных нервов
	Провоцируется приемом пищи
1049	К синдромам компрессии черепных нервов относят
	Гемифациальный спазм
	Невралгию тройничного нерва
	Невралгию тройничного нерва
	Паралич Белла
	Позиционное головокружение
1050	Наиболее частый симптом у пациентов с невриномами слухового нерва
	Головокружение
	Нистагм
	Головные боли
	Онемение лица

	Снижение слуха
1	Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия
1164	К патологиям, к которым применимы методы стереотаксической нейрохирургии относятся
	Артериальные аневризмы
	Фармакорезистентная эпилепсия
	Тройничная невралгия
	АВМ
	Дорсопатии
1051	Оптимальный срок начала проведения радиохирургического лечения после нейрохирургической операции
	1 неделя
	2-6 неделя
	6 месяцев
	12 месяцев
	18 месяцев
1052	Краевой отступ от края ложа удаленного метастаза головного мозга при формировании мишени для стереотаксической лучевой терапии должен быть
	5 мм
	3 мм
	1-2 мм
	10 мм
	В зависимости от гистологического диагноза
1053	Проведение стереотаксической радиохирургии рекомендовано
	При наличии метастатических очагов в головном мозге с максимальным диаметром 2,5 см и меньше без клинических проявлений масс-эффекта, вне функциональных зон
	При наличии метастатических очагов в головном мозге с диаметром 3,0 см и более без клинических проявлений, с поражением функциональных зон
	При наличии метастатических очагов в головном мозге с диаметром 3,0 см и более с клиническими проявлениями масс-эффекта
	При наличии метастатических очагов в головном мозге с максимальным диаметром 2,5 см и меньше без клинических проявлений масс-эффекта, с поражением функциональных зон

	При наличии метастатических очагов в головном мозге с диаметром 3,0 см и более с клиническими проявлениями масс-эффекта, вне функциональных зон
1054	Оптимальный срок начала проведения радиохирургического лечения после нейрохирургической операции (остаточная опухоль/ложе)
	1 неделя
	2-6 неделя
	6 месяцев
1055	Для АВМ какого объёма методом выбора является радиохирургическое лечение
	Менее 1 см ³
	Менее 10 см ³
	От 5 до 20 см ³
	Более 10 см ³
1056	Шкала для оценки динамики метастатических очагов в головном мозге после проведенного лечения
	RANO-ВМ
	ASPECT
	PHASES
	RECIST
1057	Наличие симптоматической эпилепсии у пациентов с АВМ головного мозга
	Является абсолютным показанием для открытой нейрохирургической операции
	Является противопоказанием для эндоваскулярной эмболизации
	Не является противопоказанием для радиохирургического лечения
	Требует фармакорезистентного течения для выбора нейрохирургического метода лечения
1058	Риск повторного кровоизлияния вследствие разрыва кавернозной ангиомы после радиохирургического лечения
	Сначала существенно увеличивается, затем снижается
	Сохраняется на дооперационном уровне в течение первых двух лет
	Снижается практически до нуля
	Снижается в 2-4 раза по истечении двух лет после операции
1059	После стереотаксической радиохирургии менингиомы можно ожидать
	Полного исчезновения опухоли

	Увеличения опухоли в срок 3-6 месяцев, затем уменьшение
	Увеличения опухоли в срок 3-6 месяцев, затем стабилизация на этом уровне
	Отсутствие изменений или медленное уменьшение опухоли
1060	При сохранении патологического кровотока после стереотаксической радиохирургии АВМ через 5 лет после операции
	Возможно повторное радиохирургическое лечение
	Невозможно повторное радиохирургическое лечение
	Нужно подождать еще 2 года
1062	Стереотаксическая радиохирургия в отношении глиобластомы преследует цель
	Повысить чувствительность опухоли к химиотерапии
	Ограничить распространение опухоли в ствол головного мозга
	Заместить 1,5 месяца фракционного облучения единократным воздействием
	Снизить риск локального рецидива после комбинированного лечения
1063	Аппараты гамма-нож и кибер-нож
	Это разные торговые названия одного и того же аппарата
	Используют при работе фокусировку множества отдельных пучков
	Используют многолепестковые (multi-leaf) коллиматоры
1064	Физической основой излучения гамма-ножа является
	Тормозное фотонное излучение в гамма-диапазоне
	Фотонное излучение в гамма-диапазоне вследствие распада изотопа стронция
	Фотонное излучение в гамма-диапазоне вследствие распада изотопа кобальта
	Нейтронное излучение после гамма-распада изотопа
1065	Предписанная доза в радиохирургии - это
	Значение дозы, которое задается специалистом для оптимального воздействия на облучаемую ткань
	Кривая, которая должна наиболее полно окружать облучаемую опухоль
	Значение дозы, которое вычисляется аппаратом после проведенного лечения
	Калибровочное значение, необходимое для учёта распада источника ионизирующего облучения
1066	Отступ от контура мишени (расширение зоны облучения за пределы контура опухоли) в стереотаксической радиохирургии составляет

	1-2 мм
	2-3 мм
	До 2 см при лечении глиобластом
	Стереотаксическая радиохирургия не предполагает наличия отступа
1067	Риск формирования индуцированных злокачественных опухолей после лечения на гамма-ноже
	Существенный, 191 на 100 тыс. пациентов
	Значительный только при ПД выше 18 Гр
	Есть только при лечении на старых моделях гамма-ножа
	Незначительный, около 0,1 на 100 тыс. пациентов
1068	Радиохирургическое лечение конвексимальной менингиомы размером 2х1,8х1,5 с перифокальным отеком
	Возможно на фоне терапии дексаметазоном
	Возможно без каких-либо условий
	Не рекомендуется
	Возможно только при использовании кибер-ножа
1069	При ПЭТ-КТ головного мозга с мечеными аминокислотами индекс накопления (ИН) показывает
	Абсолютный показатель степени захвата РФП
	Относительный показатель степени захвата РФП по сравнению с интактной мозговой тканью
	Относительный показатель перфузии крови с РФП по сравнению с интактной мозговой тканью
	Интенсивность метаболизма жирных кислот по сравнению с интактной мозговой тканью
1070	Радиохирургическое лечение невралгии тройничного нерва
	Полностью неэффективно при рассеянном склерозе
	Наиболее безопасно выполнять на аппарате гамма-нож
	Имеет высокий риск anaesthesia dolorosa
	Невозможно при рецидиве после микроваскулярной декомпрессии
1071	По сравнению с микроваскулярной декомпрессией, радиохирургическое лечение невралгии тройничного нерва
	Менее эффективно, имеет отсроченный эффект, выше риск осложнений
	Более эффективно, имеет отсроченный эффект, такой же риск осложнений

	Менее эффективно, имеет быстрый эффект, ниже риск осложнений
	Менее эффективно, имеет отсроченный эффект, ниже риск осложнений
1072	Современной мишенью для стереотаксической радиохирургии при невралгии тройничного нерва является
	Цистернальная порция тройничного нерва, примерно на 7,5 мм от ствола головного мозга
	Собственное ядро тройничного нерва
	Гассеров узел
	Точка выхода соответствующей ветви тройничного нерва на лицо
1073	Объём сферической опухоли диаметром 3 см составляет
	10 см ³
	14 см ³
	9 см ³
	27 см ³
1074	При каком диагнозе показано радиохирургическое лечение?
	Холестеатома
	Фиброзная дисплазия лобной кости
	Остеоид-остеома
	Множественная миелома
1075	При радиохирургическом лечении секретирующей аденомы гипофиза снижение патологической секреции гормонов следует ожидать через
	2-4 недели
	6-8 месяцев
	1 год
	3-5 лет
1076	При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению
	Вентро-латеральное ядро таламуса
	Миндалевидный комплекс
	Субталамическая область, миндалевидный комплекс
	Латеральное гипоталамическое ядро
	Вентро-латеральное ядро таламуса, субталамическая область

1077	Показания для нейрохирургического лечения болезни Паркинсона
	Моторные флуктуации
	Лекарственные дискинезии
	Отсутствие эффекта от препаратов L-дофа
	Дебют заболевания
	Возраст старше 70 лет
1078	Показания для нейрохирургического лечения болезни Паркинсона
	Моторные флуктуации
	Лекарственные дискинезии
	Отсутствие эффекта от препаратов L-дофа
	Дебют заболевания
	Возраст старше 70 лет
1079	Мишенями для стереотаксической имплантации электродов при болезни Паркинсона являются
	Субталамическое ядро
	Медиальный сегмент бледного шара
	Вентролатеральное ядро таламуса
	Зубчатое ядро мозжечка
	Красное ядро
1080	Противопоказанием для нейрохирургического лечения болезни Паркинсона является
	Грубые постуральные расстройства
	Возраст больного старше 70 лет
	Разница между on и off состоянием менее 50 %
	Срок с момента начала терапии менее 5 лет
	Отсутствие эффекта от терапии препаратами L-ДОФА
1081	Противопоказанием для нейрохирургического лечения болезни Паркинсона является
	Грубые постуральные расстройства
	Возраст больного старше 70 лет
	Разница между on и off состоянием менее 50 %
	Срок с момента начала терапии менее 5 лет
	Отсутствие эффекта от терапии препаратами L-ДОФА

1082	Показания для нейрохирургического лечения генерализованной торсионной дистонии
	Отсутствие эффекта ботулинотерапии
	Мутация гена DYT1
	Мутация гена DYT5
	Хороший эффект от терапии L-ДОФА
	Мутация гена DYT6
1083	Операция Бертрана предполагает
	Пересечение передних корешков C1-C2
	Пересечение передних корешков C3-C6
	Пересечение задних двигательных ветвей корешков C3-C6
	Селективная денервация грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	Селективная денервация дельтовидной мышцы
1084	При фармакорезистентных формах первичной торсионной дистонии применяются следующие нейрохирургические вмешательства
	Хроническая электростимуляция медиального сегмента бледного шара
	Хроническая электростимуляция зубчатого ядра мозжечка
	Хроническая интратекальная терапия
	Операция Бертрана
	Задняя селективная ризотомия
1085	При фармакорезистентных формах вторичной мышечной дистонии применяются следующие нейрохирургические вмешательства
	Хроническая электростимуляция медиального сегмента бледного шара
	Хроническая электростимуляция зубчатого ядра мозжечка
	Хроническая интратекальная терапия
	Операция Бертрана
	Задняя селективная ризотомия
1086	К операциям, применяемым при спастических синдромах, относятся
	Задняя селективная ризотомия
	Селективная невротомия
	VL-таламотомия
	Хроническая интратекальная терапия

	Хроническая электростимуляция спинного мозга
1087	Мишенью для нейрохирургического лечения первичной дистонии является
	Медиальный сегмент бледного шара
	Субталамическое ядро
	Вентролатеральное ядро таламуса
	Пендункулопонтинное ядро
	Зубчатое ядро
1088	Оптимальный возраст для нейрохирургического лечения ДЦП
	2-3 года
	3-7 лет
	7-12 лет
	12-16 лет
	16-25 лет
1089	Мишенью для нейрохирургического лечения первичной дистонии является
	Медиальный сегмент бледного шара
	Субталамическое ядро
	Вентролатеральное ядро таламуса
	Пендункулопонтинное ядро
	Зубчатое ядро
1090	Что является показанием для применения хронической электростимуляции спинного мозга (SCS)?
	Нижний спастический парапарез
	Спастический тетрапарез
	Мышечная дистония
	Культевой болевой синдром
	Фантомный болевой синдром
1091	Радиохирургическое лечение каверном
	Является безопасной, доступной альтернативой удалению
	Не доказано, что влияет на течение заболевания
	Показано в случае повторных кровоизлияний из каверномы, недоступной для хирургического удаления

	Используется ограниченно в связи с высокой вероятностью развития радиоиндуцированных некрозов
	Используется в клинической практике для лечения каверном только у взрослых
1	Хирургическое лечение болевого синдрома
1165	К методам лечения болевого синдрома относится
	Консервативная терапия
	Стереотаксическая радиохирургия
	Микрохирургическое лечение
	Установка противоболевого стимулятора
	Декапитация
1092	При невралгии тройничного нерва наибольшей эффективностью обладает препарат
	Кеторол
	Анальгин
	Кепра
	Финлепсин
	Эфедрин
1093	Причиной болевого тригеминального синдрома может быть
	Невринома Гассерова узла
	Холестеатома мосто-мозжечкового угла
	Невринома слухового нерва
	Аневризма верхней мозжечковой артерии
	Менингиома синусного стока
1094	К синдромам компрессии черепных нервов относят
	Гемифациальный спазм
	Невралгию тройничного нерва
	Невралгию языко-глоточного нерва
	Паралич Белла
	Позиционное головокружение
1095	Из указанного ниже наиболее целесообразно использовать при васкулярной декомпрессии

	Фрагмент вентрикулярного катетера
	Фрагмент медицинского фторопластового фетра
	Фрагмент резиновой перчатки
	Фрагмент тахокомба
	Фрагмент гемостатической марли
1096	При болевых синдромах, вызванных преганглионарным поражением плечевого сплетения, операция выполняется на
	Первичных стволах плечевого сплетения
	Вторичных стволах плечевого сплетения
	Задне-боковых входных зонах спинного мозга
	Симпатической нервной системе
1097	Из указанного ниже наиболее целесообразно использовать при невровакулярной декомпрессии
	Фрагмент вентрикулярного катетера
	Фрагмент медицинского фторопластового фетра
	Фрагмент резиновой перчатки
	Фрагмент тахокомба
	Фрагмент гемостатической марли
1098	Характер болей при тригеминальной невралгии
	Давящие
	Жгучие
	Стреляющие
	Тянущие
	Тупые
1099	Какая из перечисленных мышц может при рефлекторном напряжении вызывать сдавление большого затылочного нерва и позвоночной артерии?
	Передняя лестничная мышца
	Ременная мышца головы
	Нижняя косая мышца головы
	Полуостистая мышца головы
1100	Что относится к симптомам ирритации симпатического сплетения позвоночной артерии при синдроме нижней косой мышцы головы?

	Парестезии в затылочной области
	Пульсирующая боль в зоне «снятия шлема»
	Фотопсии
	Кохлеовестибулярные нарушения
	Сужение полей зрения
1101	Дифференциальный диагноз скаленус-синдрома проводят со следующими заболеваниями
	Синдром Наффцигера
	Реберно-ключичный синдром
	Синдром малой грудной мышцы
	Гиперабдукционный синдром Райта-Мендловича
	Синдром Педжета-Шреттера
1102	В пользу преганглионарного повреждения плечевого сплетения свидетельствуют следующие признаки
	Синдром Клода Бернара-Горнера
	«Крыловидная лопатка»
	Наличие радикулоцеле по данным МРТ или КТ
	Ранняя невропатическая боль
	Экзофтальм на стороне повреждения плечевого сплетения
1103	Показаниями для применения хронической интратекальной терапии является при болевом синдроме
	Отрицательный результат баклофенового скрининг-теста
	Фармакорезистентный эписиндром
	Прогрессирующий сколиоз
	Спастический тетрапарез
	Первичная мышечная дистония
1104	Показаниями для применения хронической электростимуляции спинного мозга являются
	Спастические синдромы с повышением мышечного тонуса до 5 баллов
	Дистония
	Культевой болевой синдром
	Фантомный болевой синдром

1106	Показаниями для применения хронической электростимуляции спинного мозга являются
	Спастические синдромы с повышением мышечного тонуса до 5 баллов
	Дистония
	Культевой болевой синдром
	Фантомный болевой синдром
1107	Противопоказанием для применения задней селективной ризотомии являются
	Болевой синдром
	Мышечная дистония
	Гиперкинетический синдром
	Угроза развития неконтролируемой мышечной слабости у ходячих больных
	Отрицательный результат баклофенового скрининг-теста
1108	Селективная невротомия применяется при
	Неэффективности ботулинотерапии
	Локальных спастических синдромах
	Генерализованных спастических синдромах
	Фокальных формах мышечной дистонии
1109	DREZ-томия применяется в следующих случаях
	Тяжелые спастические синдромы
	Наличие перспектив для двигательной реабилитации
	Мышечная дистония
	Гиперкинетический синдром
1110	Показанием к хронической противоболевой стимуляции спинного мозга является
	Постлямбиктомический болевой синдром
	Рефлекторная симпатическая дистрофия
	Посттоработомическая боль
	Онкологический болевой синдром
	Спастический гемипарез
1111	DREZ-операций малоэффективна при
	Деафферентационной боли в результате отрыва корешков при травме
	Боль в области последнего сохранного дерматома после травмы спинного мозга

	Диффузной боли в теле и конечностях после травмы спинного мозга
	Посттравматической невралгии
	Постампутационная фантомная боль
1112	В лечении комплексного регионарного болевого синдрома применяется
	Трициклические антидепрессанты
	Серии симпатических блокад
	Таламотомия
	Хирургическая симпатэктомия
	Стимуляция спинного мозга
1113	При эквиноварусной установке стопы выполняется селективная невротомия какой ветви большеберцового нерва?
	Медиальный поодшвенный нерв
	Двигательная ветвь к икроножной мышце
	Внутриствольное пересечение волокон к короткому сгибателю пальцев стопы
	Внутриствольное пересечение 50% сенсорных фасцикул
1115	Основной патогенетический метод лечения невралгии тройничного нерва
	Чрезкожная высокочастотная ризотомия
	Спирто-новокаиновые блокады
	Медкаментозная терапия
	Васкулярная декомпрессия тройничного нерва
	Радиохирургическое лечение
1116	Причиной болевого тригеминального синдрома может быть
	Невринома Гассерова узла
	Холестеатома мосто-мозжечкового угла
	Невринома слухового нерва
	Аневризма верхней мозжечковой артерии
	Менингиома синусного стока
1117	Наиболее частый сосуд, компримирующий нерв при невралгии тройничного нерва
	Верхняя мозжечковая артерия
	Передняя нижняя мозжечковая артерия

	Задняя нижняя мозжечковая артерия
	Вертебральная артерия
	Лабиринтная артерия
1118	Основной хирургический доступ, применяемый при васкулярной декомпрессии тройничного нерва
	Транслабиринтный
	Срединный субокципитальный
	Межполушарный
	Ретросигмоидный
	Птериональный
1119	Наиболее частое осложнение после васкулярной декомпрессии тройничного нерва
	Снижение чувствительности на лице
	Снижение слуха
	Бульбарные нарушения
	Глазодвигательные нарушения
	Эпилептические припадки
1120	Укажите основное отличие между невралгией тройничного нерва и языкоглоточной невралгией
	Характер боли
	Локализация боли
	Возможность иррадиации боли
	Происходит по причине компрессии черепных нервов
	Провоцируется приемом пищи
1121	Какая операция применяется для коррекции спастического синдрома?
	Задняя селективная ризотомия
	DREZ-томия
	Паллидотомия
	Имплантация баклофеновой помпы
1122	Что является показанием для применения хронической интратекальной терапии (ИТВ)
	Нижний спастический парапарез
	Спастический тетрапарез

	Первичная мышечная дистония
	Вторичная мышечная дистония
	Неврогенные болевые синдромы
1	Фармакорезистентная эпилепсия
1166	В состав комплексной инструментальной диагностики входит
	Суточный скальповый видео-ЭЭГ мониторинг
	Суточный инвазивный видео-ЭЭГ мониторинг
	МРТ головного мозга
	Церебральная ангиография
	КТ головного мозга
1123	Гемисферэктомия - это
	Резекция височной доли и центральной области с сохранением участков затылочной и лобной долей после прерывания их связей с оставшимися зонами мозга
	Передняя височная лобэктомия
	Резекция лобной доли
	Резекция передних двух третей мозолистого тела, а затем, если припадки сохраняются, задняя резекция
1124	Синдром, возникающий при двухстороннем поражении амигдаларной области
	Синдром Кловера-Бьюси
	Синдром Парино
	Синдром Аргайлла Робертсона
	Синдром Горнера
	Синдром Виленберга-Захарченко
1125	Вид парамнезии, заключающийся в смещении в памяти времени событий, действительно имевших место в жизни пациента
	Псевдореминисценция
	Конфабуляция
	Jamais vu
	Déjà vu
	Криптомнезия
1126	Структура, являющаяся частью лимбической системы и непосредственным

	продолжением Амониева рога, проходящая над мозолистым телом
	Fornix
	Пучок Вик-д'Азира
	Anterior perforated substance
	Stria terminalis
	Indusium griseum
1	Лучевая терапия нейрохирургических заболеваний
1167	Лучевая терапия может быть применена в лечении
	Первичных внутримозговых опухолей
	Вторичных внутримозговых опухолей
	Злокачественных менингиом головного мозга
	Церебральных аневризмах
1127	Гипофракционирование проводится в случае наличия
	Метастатических очагов в головном мозге с максимальным диаметром 3 см и больше, без клинических проявлений масс-эффекта
	Метастатических очагов в головном мозге с максимальным диаметром 2,5 см и больше, без клинических проявлений масс-эффекта, при наличии противопоказаний к проведению нейрохирургического лечения
	Метастатических очагов в головном мозге с максимальным диаметром 2,5 см и больше, без клинических проявлений масс-эффекта
	Наличии метастатических очагов в головном мозге с диаметром 3,0 см и более с клиническими проявлениями масс-эффекта, вне функциональных зон
1128	При наличии от 5 до 10 метастазов головного мозга и хорошим прогнозом выживаемости рекомендуется
	Химиотерапия
	Только нейрохирургическое лечение
	Паллиативное лечение
	Облучение всего головного мозга в самостоятельном варианте лечения или в комбинации со стереотаксической радиотерапией
1129	При наличии ложа удаленного метастатического очага после нейрохирургического лечения и других метастатических очагов рекомендуется
	Лучевое лечение
	Химиотерапия
	Повторное нейрохирургическое лечение

	Паллиативное лечение
1130	При наличии от 11 и более метастазов головного мозга и хорошего прогноза выживаемости рекомендуется
	Химиотерапия
	Только нейрохирургическое лечение
	Облучение всего головного мозга в самостоятельном варианте лечения
	Паллиативное лечение
1131	Какой препарат рекомендуется применять при облучении всего головного мозга для уменьшения риска развития когнитивных нарушений?
	Мемантин
	Нейромидин
	Глицин
	Трийодтиронин
1132	Противоопухолевая лекарственная терапия в самостоятельном варианте проводится у пациентов с
	Бессимптомным метастатическим поражением головного мозга
	С выраженным масс-эффектом
	Симптомным метастатическим поражением
	Метастатическим поражением функциональных зон мозга
1133	При наличии стойкого или нарастающего симптоматического отёка или радионекроза после проведения стереотаксического облучения, резистентного к проводимой стероидной терапии рекомендовано применение
	Бевацизумаб
	Омализумаб
	Ломустин
	Толперазон
1134	Пациентка В., 14-ти лет отмечает прогрессивное снижение зрения. По данным МРТ была выявлена глиома хиазмы. Выполнено частичное удаление опухоли. Какая максимальная доза при радиохирургическом облучении может быть назначена во избежании повреждения хиазмы?
	4-7 Гр
	11-13 Гр
	11-16 Гр
	21 Гр

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Опишите методику сбора информации (жалобы, анамнез, и т.д.) у пациентов и (или) законных представителей с заболеваниями и (или) патологическими состояниями нервной системы, требующими хирургического лечения;
2. Опишите методику обследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями нервной системы, требующими хирургического лечения;
3. Опишите методику проведения:
 - ✓ определения уровня сознания пациента;
 - ✓ определения функций черепных нервов;
 - ✓ определения объема активных и пассивных движений туловища и конечностей и их нарушения;
 - ✓ определения всех видов чувствительности и их нарушения;
 - ✓ определения функций тазовых органов и их нарушения;
 - ✓ определения высших корковых функций и степени нарушений;
 - ✓ оценки интенсивности боли.
4. Оцените результаты инструментальных методов исследования:
 - ✓ нейросонографии, в том числе интраоперационной;
 - ✓ рентгенографии, в том числе рентгенологического обследования с использованием внутривенного и (или) внутривенного контрастирования;
 - ✓ компьютерной томографии (КТ), в том числе с использованием внутривенного или эндолумбального контрастирования, в том числе интраоперационной;
 - ✓ магнитно-резонансной томографии (МРТ), в том числе с использованием внутривенной, в том числе интраоперационной;
 - ✓ ангиографии;
 - ✓ однофотонной эмиссионной томографии;
 - ✓ позитронной эмиссионной томографии;
 - ✓ электрофизиологических исследований функций центральной и периферической нервной системы;
 - ✓ ультразвукового исследования брахиоцефальных сосудов;
 - ✓ транскраниального ультразвукового исследования магистральных сосудов головного мозга;
 - ✓ биопсии;
5. Опишите методику постановки предварительного диагноза на основании клинического осмотра пациентов;
6. Опишите технику проведения непрямого массажа сердца. Выбор точки для компрессии грудной клетки; техника закрытого массажа сердца;
7. Опишите технику проведения искусственной вентиляции легких.
8. Опишите технику сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации;
9. Опишите тактику выбора медикаментозной терапии при расширенной реанимации;
10. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику спинномозговой пункции;

11. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику спинномозговой пункции с катетеризацией перидурального пространства;
12. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику получения ликвора из желудочков мозга;
13. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику краниотомии;
14. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику формирования трепанационных отверстий в костях черепа;
15. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику разреза головного мозга и мозговых оболочек;
16. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику иссечения поврежденных костей черепа;
17. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику коррекции деформации позвоночника;
18. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику декомпрессии межпозвоночного диска пункционной;
19. Перечислите показания, противопоказания, а также опишите методику выполнения и технику ламинопластики.
20. Опишите технику выполнения кожного шва;
21. Опишите технику выполнения сосудистого шва;
22. Опишите технику выполнения эндовазальных вмешательств;
23. Опишите технику выполнения эмболэктомии;
24. Опишите технику выполнения тромбэктомии;
25. Опишите технику работы с электрокоагулятором;
26. Опишите технику обработки рук хирурга;
27. Опишите технику выполнения первичной хирургической обработки раны;
28. Опишите технику выполнения биопсии образований;
29. Опишите методику выполнения перевязок больным после хирургических операций;
30. Опишите технику организации реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.
31. Перечислите показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии пациентам с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы;
32. Перечислите документы, необходимые для направления пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы на МСЭ с целью установления степени нетрудоспособности;
33. Перечислите документы, которые необходимо заполнить в медицинской организации и ее структурных подразделения на пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы;
34. Опишите правила работы по сбору, обработке, защите и передаче персональных данных;
35. Опишите процесс работы с информационно-поисковыми диагностическими системами (как стационарными, так и интернет-ресурсы).

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Основы организации медицинской помощи пациентам по профилю "Нейрохирургия". Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы.
2. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала в стационаре нейрохирургического профиля.
3. Оснащение нейрохирургической операционной.
4. Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний нервной системы. Порядок организации диспансерного наблюдения за пациентами с заболеваниями нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи.
5. Экспертиза нетрудоспособности и Медико-социальная экспертиза. Порядки проведения экспертиз. Медицинская документация.
6. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.
7. Методы медицинской реабилитации пациентов с нейрохирургическими заболеваниями и (или) состояниями, травмами отделов нервной системы. Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий.
8. Хирургическая анатомия основания черепа.
9. Хирургическая анатомия оболочек головного и спинного мозга.
10. Хирургическая анатомия системы внутренней сонной артерии.
11. Хирургическая анатомия вертебро-базилярной системы.
12. Хирургическая анатомия поверхностных вен головного мозга.
13. Хирургическая анатомия глубоких вен головного мозга.
14. Хирургическая анатомия больших полушарий головного мозга.
15. Хирургическая анатомия базальных ганглиев головного мозга.
16. Хирургическая анатомия ствола головного мозга.
17. Радиологическая анатомия черепа.
18. Радиологическая анатомия головного мозга.
19. Радиологическая анатомия сосудов головного мозга.
20. Хирургическая анатомия спинного мозга.
21. Хирургическая анатомия шейного отдела позвоночника.
22. Хирургическая анатомия грудного отдела позвоночника.
23. Хирургическая анатомия поясничного отдела позвоночника.
24. Биомеханика позвоночника, сагиттальный баланс позвоночника.
25. Радиологическая анатомия позвоночника и спинного мозга.
26. Физиология и патофизиология гематоэнцефалического барьера.
27. Неврологические синдромы у пациентов с нейрохирургическими заболеваниями.
28. Методика выполнения трепанации черепа.
29. Конвекситальные краниотомии, показания, техника выполнения.

30. Краниобазальные доступы к структурам передней черепной ямки, показания, техника выполнения.
31. Краниобазальные доступы к структурам средней черепной ямки, показания, техника выполнения.
32. Краниобазальные доступы к структурам задней черепной ямки, показания, техника выполнения.
33. Жесткая фиксация головы во время нейрохирургических операций.
34. Хирургический доступы к верхне-шейному отделу позвоночника.
35. Хирургический доступы к нижне-шейному отделу позвоночника.
36. Хирургический доступы к грудному отделу позвоночника.
37. Хирургический доступы к поясничному отделу позвоночника.
38. 31. Основные неспецифические группы препаратов, применяемых при лечении пациентов с нейрохирургическими заболеваниями.
39. Заместительная гормональная терапия у пациентов с нейрохирургическими заболеваниями.
40. Компьютерная томография, как метод диагностики патологии головного мозга и черепа.
41. Ядерный магнитный резонанс, как метод диагностики патологии головного мозга и черепа.
42. Компьютерная томография, как метод диагностики патологии спинного мозга и позвоночника.
43. Ядерный магнитный резонанс, как метод диагностики патологии спинного мозга и позвоночника.
44. Ультразвуковая диагностика у пациентов с нейрохирургическими заболеваниями.
45. Нейрофизиологические методы диагностики нейрохирургических заболеваний.
46. Аномалии развития черепа. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
47. Мальформация Дэнди Уолкера. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
48. Гипоталамические гамартомы. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
49. Интракраниальные липомы. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
50. Агенезия мозолистого тела. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
51. Стеноз водопровода. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
52. Спинальные арахноидальные кисты. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
53. Спинальная дизрафия. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
54. Синдром Клиппеля-Фейля. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
55. Фиксированный спинной мозг. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
56. Синдром расщепленного спинного мозга. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
57. Аномалия Арнольда-Киари. Дефекты нервной трубки. Нейроэнтерическая киста. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.

58. Угнетение уровня сознания, патогенез, диагностика.
59. Определение и диагностика смерти мозга, регламентирующие документы.
Органное донорство.
60. Бактериальная инфекция головного мозга и его оболочек. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
61. Спондилодисцит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
62. Абсцесс большой поясничной мышцы. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
63. Остеомиелит костей позвоночника. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
64. Спинальный эпидуральный абсцесс. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
65. Инфекция наружного вентрикулярного дренажа. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
66. Инфекция шунтирующих систем. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
67. Небактериальные инфекционные заболевания ЦНС. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
68. Основные характеристики спинномозговой жидкости, её состав, продукция и всасывание СМЖ.
69. Спинальные ликворные фистулы. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
70. Краниальные ликворные фистулы. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
71. Гидроцефалия. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
72. Эпилептические приступы, классификация, критерии фармакорезистентности, антиконвульсантная терапия, неэпилептические приступы.
73. Болевой синдром. Классификация, виды, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
74. Компрессионная нейропатия. Классификация, виды, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
75. Некомпрессионная нейропатия. Классификация, виды, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
76. Первичные опухоли ЦНС и ПНС. Классификация, основные клинические проявления. Медикаментозная терапия, применяемая в нейроонкологии. Основные нейроонкомаркёры.
77. Диффузные глиомы и другие астроцитарные опухоли. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
78. Эпендимальные опухоли. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
79. Опухоли ворсинчатых сплетений. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
80. Нейроцитарные опухоли. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.

81. Опухоли черепных, спинномозговых и периферических нервов. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
82. Менингеальные, мезензимальные и меланоцитарные опухоли ЦНС. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
83. Лимфомы, гистиоцитарные опухоли, опухоли зародышевых клеток, опухоли хиазмально-селлярной области. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
84. Опухоли гипофиза. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение. Синдром пустого турецкого седла.
85. Эстезионейробластома, кистозное поражение ЦНС, опухолеподобные поражения ЦНС. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
86. Псевдотумор головного мозга. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
87. Опухоли черепа и опухолеподобные поражения черепа. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
88. Опухоли позвоночника и спинного мозга. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
89. Метастатическое поражение ЦНС. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
90. Виды лечения метастазов головного мозга (открытая хирургия, радиохирургия, консервативное: лучевое, противоопухолевое лекарственное и др.)
91. Гематологические новообразования ЦНС. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
92. Патофизиология черепно-мозговой (ЧМТ) травмы. Нейромониторинг при ЧМТ.
93. Классификация, клинические формы черепно-мозговой травмы.
94. Принципы диагностики черепно-мозговой травмы.
95. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с травматическими внутричерепными гематомами, основные принципы и методики.
96. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с травматическими эпидуральными гематомами, основные принципы и методики.
97. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с травматическими субдуральными гематомами, основные принципы и методики.
98. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с множественными внутричерепными гематомами, основные принципы и методики.
99. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с травматическими внутрижелудочковыми кровоизлияниями, основные принципы и методики.
100. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с ушибами головного мозга, основные принципы и методики.
101. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с переломами костей черепа, основные принципы и методики.
102. Хирургическое и консервативное лечение пациентов с краниофациальными повреждениями, основные принципы и методики.
103. Осложнения и последствия черепно-мозговой травмы. Клинические исходы черепно-мозговой травмы.

104. Огнестрельные и минно-взрывные ранения головного мозга и костей черепа.
105. Позвоночно-спинномозговая травма. Основные понятия, патофизиология, классификация, диагностика.
106. Травма краниовертебрального перехода. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
107. Травма шейного отдела позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
108. Определение тактики лечения у пациентов с атланта-окципитальными повреждениями, показания к консервативному и хирургическому лечению.
109. Определение тактики лечения у пациентов с переломами С1 позвонка, показания к консервативному и хирургическому лечению.
110. Определение тактики лечения у пациентов с переломами зубовидного отростка С2 позвонка, показания к консервативному и хирургическому лечению.
111. Определение тактики лечения у пациентов с травматическими спондилолистезами С2 позвонка, показания к консервативному и хирургическому лечению.
112. Определение тактики лечения у пациентов с множественными и многоуровневыми повреждениями верхней шейной области позвоночника, показания к консервативному и хирургическому лечению.
113. Травма грудного отдела позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
114. Огнестрельные и минно-взрывные ранения спинного мозга и позвоночника.
115. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
116. Осложнения позвоночно-спинальной травмы. Ведение пациентов с хроническими состояниями после спинальной травмы.
117. Боль в пояснице и радикулопатия. Патофизиология и диагностика.
118. Грыжа межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника, радикулопатия. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
119. Стеноз поясничного отдела позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
120. Дегенеративные заболевания грудного отдела позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
121. Деформация позвоночного столба, дегенеративная сколиотическая деформация. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
122. Иные заболевания, поражающие спинной мозг и позвоночник. Болезнь Педжета. Анкилозирующий спондилит. Оссификация задней продольной связки.
123. Оссификация передней продольной связки. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
124. Иные заболевания, поражающие спинной мозг и позвоночник. Диффузный идиопатический гиперостоз костей. Кифоз Шейерманна. Синдром Бертолотти. Спинальная эпидуральная, субдуральная гематомы. Инфаркт спинного мозга. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
125. Иные заболевания, поражающие спинной мозг и позвоночник. Пневморахис.

126. Гранулёма кончика катетера. Ревматоидный артрит. Синдром Дауна. Морбидное ожирение.
127. Спинальные сосудистые мальформации. Спинальные оболочечные кисты. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
128. Иные заболевания, поражающие спинной мозг и позвоночник. Фасеточная киста. Сирингомиелия. Посттравматическая сирингомиелия. Идиопатическое грыжевое выпячивание спинного мозга. Спинальный эпидуральный липоматоз. Аномалии краниовертебрального перехода и верхнешейного отдела позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
129. Аневризмы сосудов головного мозга. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
130. Аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК). Консервативная и интенсивная терапия пациентов с САК.
131. Сосудистые мальформации головного мозга. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
132. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
133. Атеросклероз сонных артерий, стеноз, окклюзия. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
134. Болезнь Мойямойя. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
135. Диссекции артерий головного мозга. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
136. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
137. Стереотаксическая нейрохирургия. Виды, показания и противопоказания к стереотаксической хирургии.
138. Хирургическое лечение хронического болевого синдрома. Показания. Методы хирургического лечения.
139. Фармакорезистентная эпилепсия. Классификация, этиология, патогенез, диагностика и лечение.
140. Лучевая терапия нейрохирургических заболеваний. Основные принципы и показания.
141. Понятие об альтерации. Обратимая и необратимая альтерация. Некрозы, принципы классификации, морфологические проявления.
142. Основные характеристики злокачественного роста.
143. Шок. Характеристика понятия, виды.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Мужчина 69 лет, обратился на плановую консультацию к нейрохирургу с жалобами на выраженную головную боль, тошноту, шаткую походку. Из анамнеза заболевания и медицинской документации известно, что пациент оперирован в 2015 году по поводу рака пищевода с последующим прохождением курса химиотерапии. Регулярно наблюдался в врачом-онкологом по месту жительства. При амбулаторно выполненной

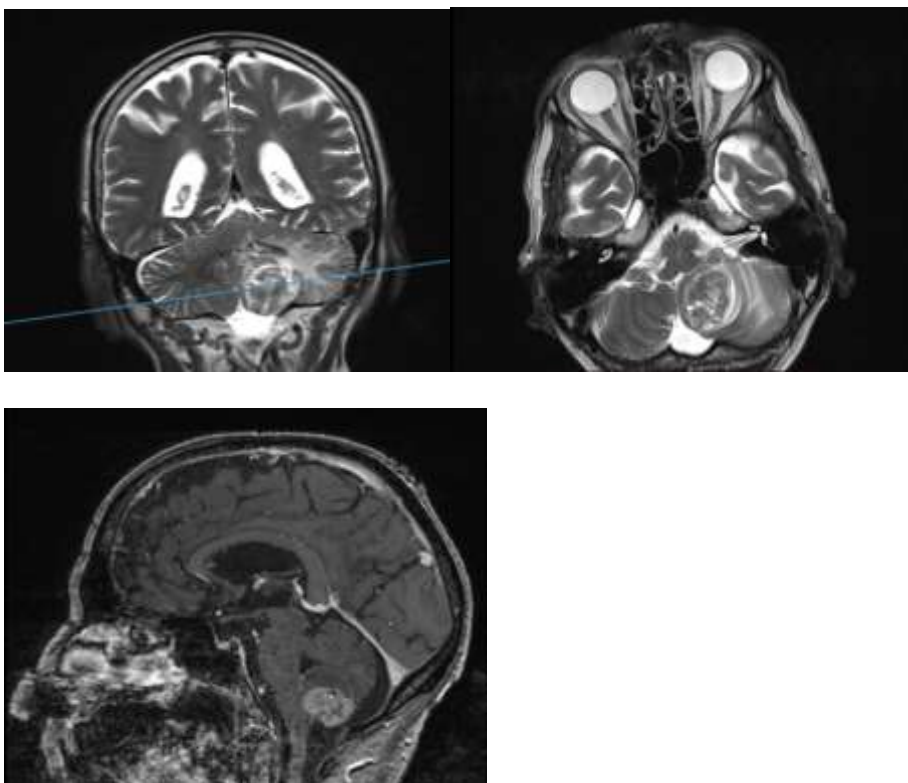
МРТ головного мозга с контрастным усилением было выявлено объемное образование в области задней черепной ямки, размерами 29x26x27 мм, с перифокальным отеком и дислокацией ствола головного мозга. Было рекомендовано дообследование с последующим плановым оперативным лечением. Однако, вскоре, у больного развилась неукротимая рвота и отмечалось нарастание интенсивности головной боли. Аллергологический анамнез со слов родственников и согласно медицинской документации не отягощен. В связи с выраженной общемозговой симптоматикой больной был госпитализирован в нейрохирургическое отделение в экстренном порядке.

При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести. 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.

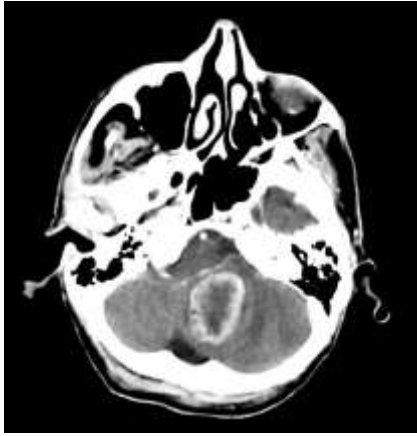
В неврологическом статусе: уровень бодрствования: ясное сознание. Ориентация: в пространстве, времени и собственной личности сохранена. ШКГ (баллы): 15. Наличие синдрома: нет. Менингеальные симптомы: есть. Фотореакция: живые. Поля зрения: не изменены. Лицо симметричное. Бульбарные расстройства: нет. Речь норма. Парез мышц конечностей: нет. Нарушение чувствительности: нет. Выпадение полей зрения: нет. В позе Ромберга падает. Нистагм: есть. Пальцево-носовую пробу не выполняет. Симптомы натяжения: нет. Функции тазовых органов не нарушены.

Из представленных обследований (выполнены во время госпитализации и предоставлены пациентом):

МРТ головного мозга с КУ (предоставлено пациентом) – объемное образование в области задней черепной ямки, размерами 29x26x27 мм, с перифокальным отеком и дислокацией ствола головного мозга.



КТ головного мозга с КУ (при госпитализации) – объемное образование левой гемисферы мозжечка (35x29x35мм) с перифокальным отеком-ишемией (до 17/50см³) с деформацией и сдавлением 4-го желудочка и обводной цистерны. ВКК2 – 17%



ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по Шкале Карновского:

- a. 70;
- b. 60;
- c. 80;
- d. 40.

2. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения:

- a. МРТ головного мозга с контрастным усилением;
- b. КТ головного мозга с контрастным усилением;
- c. ТКДГ;
- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография.

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента:

- a. проведение консервативного лечения с применением стероидной терапии;
- b. Выполнение планового хирургического вмешательства – микрохирургическое удаление объемного образования задней черепной ямки, после дообследования, на фоне проводимой стероидной терапии; с последующим выполнением радиохирургического лечения;
- c. Выполнение экстренного хирургического вмешательства – микрохирургическое удаление объемного образования задней черепной ямки в максимально ранние сроки;
- d. проведение паллиативного лечения.

Ситуационная задача № 2

Женщина 32 лет, обратилась на плановую консультацию к нейрохирургу с жалобами на головную боль, головокружение, общую слабость, эмоциональную лабильность. Из анамнеза заболевания и медицинской документации известно, что у пациентки рак правой молочной железы, pT1N2M0. Прошла 4 курса химиотерапии (АС), с последующим проведением мастэктомии по Пейти, 7 курсов адъювантной химиотерапии (доцетаксел) до ноября 2018, гормонотерапии (тамоксифен). Прогрессирование в 2021- рост медиастинальных лимфатических узлов, очагов в позвонках (Th3, L2). Состояние после 2 курсов химио-таргетной терапии (доцетаксел, пертузумаб, трастузумаб) в августе 2021, бевацизумаб 100 мг внутривенно в сентябре 2021 года, 6 курсов (ТСНР) в октябре-декабре 2021. После терапии трастузумаб + пертузумаб. Регулярно наблюдалась врачом-онкологом по месту жительства. При амбулаторно выполненной МРТ головного мозга с контрастным усилением были выявлены множественные объемные образования (мтс): в правой лобной и левой височной, теменной, затылочной долях. Было рекомендовано дообследование с

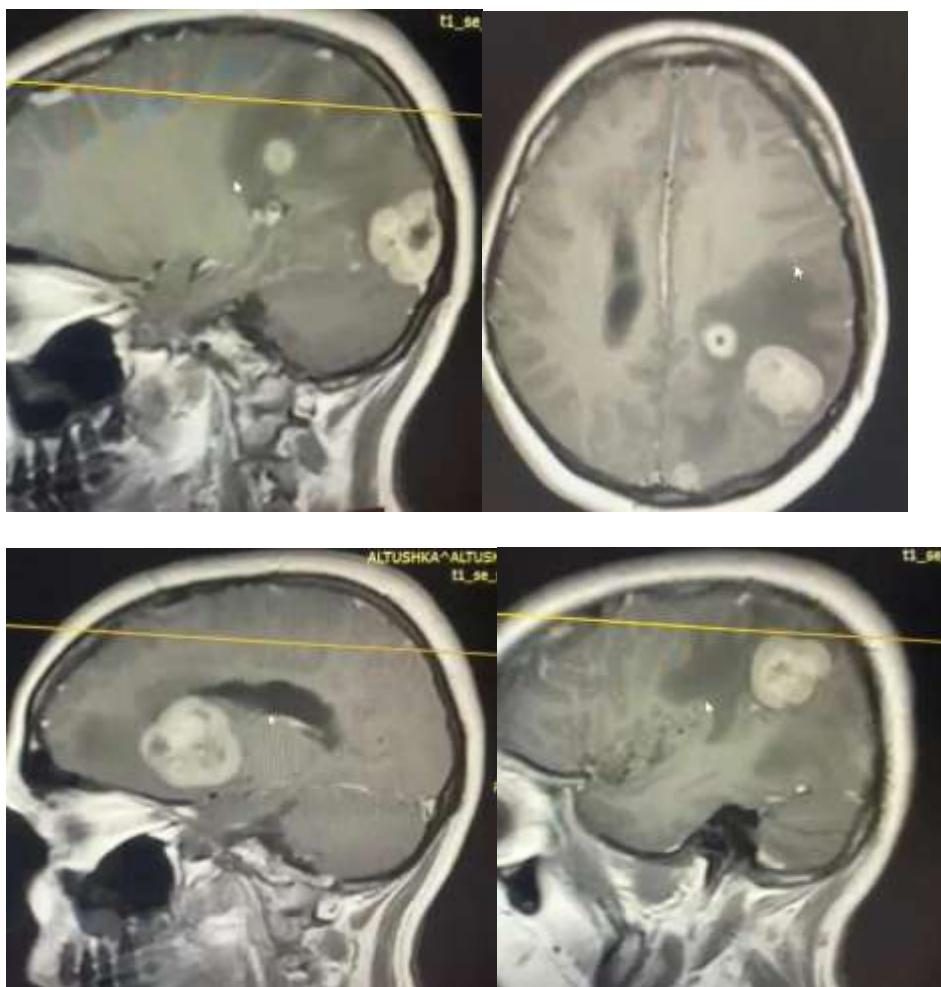
последующим плановым оперативным лечением. Аллергологический анамнез со слов родственников и согласно медицинской документации не отягощен.

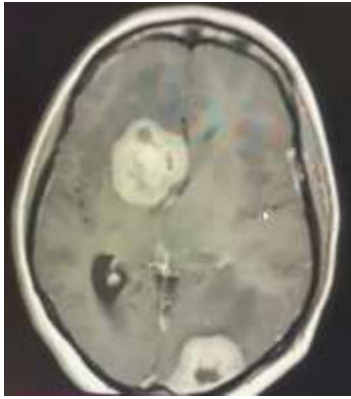
При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести. В общесоматическом статусе – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичны, пульс 70 уд в мин., АД 125/80 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: уровень сознания: ясное; ШКГ: 15; Ориентация: в пространстве, времени и собственной личности сохранена; Общемозговая симптоматика в виде головной боли, головокружения; Игнорирование: не выявлено; Дизартрия: не выявлено; Дисфония не выявлено; Речь не изменена; Глазные щели: равные; Величина и симметрия зрачков: D=S; Менингеальный синдром: не выявлен; Нистагм: отсутствует; Движение глазных яблок: не изменено; Роговичные рефлексы: D=S; Реакция зрачков на свет: в норме; Поля зрения: не изменены; Диплопия: нет; Мимическая мускулатура: лицо симметрично; Слух: не изменен; Глотание: не изменено; Чувствительная сфера: не изменена; Мышечная сила: D=S, симметрично сохранена; Мышечный тонус: в норме; Сухожильные рефлексы конечностей: D=S, симметрично сохранены; Трофические расстройства: нет; Координация движений: не изменена; В позе Ромберга пошатывается; Дополнительные сведения: Проба на адиадохокinez отрицательная. Отмечается замедленность мышления. Склонна к эмоциональной лабильности. Когнитивно-мнестический фон не снижен.

Из представленных обследований (предоставлены пациентом):

МРТ головного мозга с КУ (предоставлено пациентом) – опухоль (мтс) в правой лобной доле (15x34x21мм); левой теменной и височной доли (15x14x14мм), левой затылочной доли (45x32x17мм); активно накапливающее контрастное вещество; отмечается выраженный перифокальный отек. Поперечная дислокация до 3 мм. Аксиальной дислокации нет.





ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациентки по Шкале Карновского:

- a. 70;
- b. 60;
- c. 80;
- d. 40.

2. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения:

- a. МРТ головного мозга с контрастным усилением;
- b. КТ головного мозга с контрастным усилением;
- c. ПЭТ-КТ;
- d. КТ-ангиография сосудов головного мозга.

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента:

- a. проведение консервативного лечения с применением стероидной терапии;
- b. Выполнение планового хирургического вмешательства в несколько этапов – 1.

Микрохирургическое удаление опухолей левых затылочной и теменной долей с использованием безрамной и ультразвуковой нейронавигации под нейрофизиологическим контролем, после дообследования, на фоне проводимой стероидной терапии; 2. - Микрохирургическое удаление опухоли (mts) в правой лобной доле с применением метаболической навигации и нейрофизиологического мониторинга функционально значимых зон головного мозга, с последующим проведением радиохирургического лечения

- c. Облучение всего головного мозга
- d. проведение паллиативного лечения

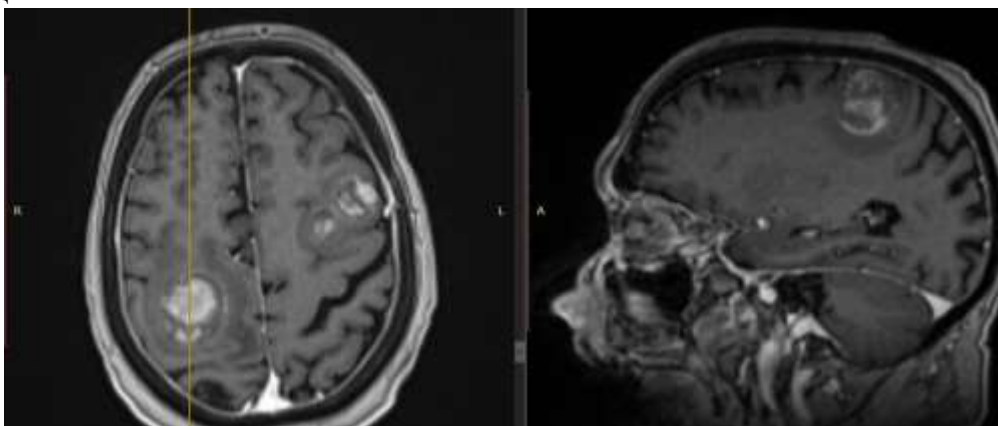
Ситуационная задача № 3

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

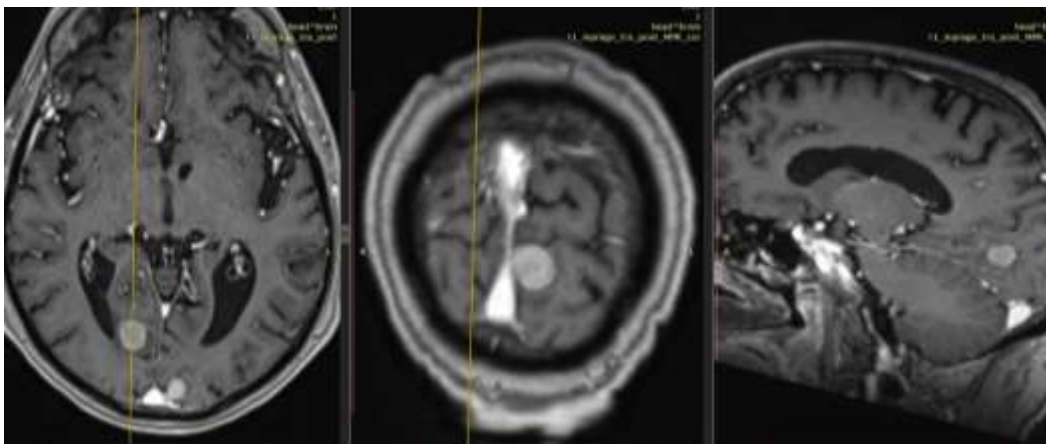
- a. только удаление крупного очага, дальнейшее лечение онкологом по месту жительства
- b. хирургическое лечение всех метастазов в головной мозг из разных доступов за одну операцию, затем рекомендовать облучение всего головного мозга
- c. Удаление крупного очага, стереотаксическая радиохирургия небольших 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)

Ситуационная задача № 4

Женщина 60 лет направлена онкологом на консультацию нейрохирурга. В анамнезе у пациентки центральный рак левого легкого, гистологический диагноз после трансбронхиальной биопсии – мелкоклеточный нейроэндокринный рак сT4N3M1. Химиотерапевтическое лечение не получала. В процессе дообследования на уровне онкологического диспансера определяются множественные очаги в печени, легких,

костях скелета. При МРТ головного мозга определяются 3 патологических очагов округлой формы, интенсивно и гомогенно накапливающие контрастный препарат наибольший – диаметром до 1,2 см в области заднего рога правого бокового желудочка, с небольшим перифокальным отеком. ПЭТ-КТ всего тела в рамках первичного стадирования не назначалась.

В неврологическом статусе сознание ясное, речевых нарушений нет, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Центральный прозопарез справа, 2 балла по шкале Хаус-Бракманн. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечная сила не снижена, координация не нарушена. Пациентка самостоятельно себя обслуживает, кроме жалоб на кашель ничего не беспокоит. В анамнезе жизни – гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, риск ССО 3.



ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по Шкале Карновского:

- a. 60%;
- b. 70%;
- c. 80%;
- d. 90%

2. Определите наиболее вероятный диагноз по данным анамнез и МРТ:

- a. метастазы мелкоклеточного рака легкого в головной мозг
- b. мелкоклеточный рак легкого не дает метастазов в головной мозг, необходимо исключить демиелинизирующее заболевание
- c. мелкоклеточный рак легкого не дает метастазов в головной мозг, необходимо исключить первично-множественный рак с метастазами другого генеза в головной мозг
- d. определить диагноз затруднительно, поскольку отсутствует ПЭТ-КТ всего тела

3. Предложите варианты лечения поражения головного мозга

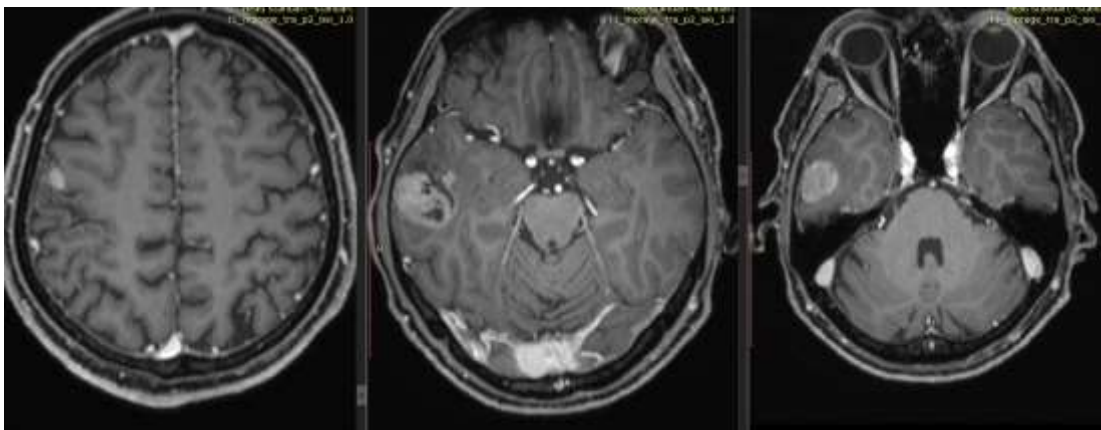
- a. Удаление наиболее крупного очага, стереотаксическая радиохирургия ложа удаленной опухоли стереотаксическая радиохирургия остальных трех метастазов,
- b. Стереотаксическая биопсия крупного очага, рассмотрение вопроса стереотаксической радиохирургии после получения гистологического диагноза
- c. Облучение всего головного мозга
- d. Стереотаксическая радиохирургия всех 3 очагов
- e. консультация в центре лечения рассеянного склероза

Ситуационная задача № 5

Мужчина 26 лет направлен онкологом на консультацию нейрохирурга. В анамнезе у пациента меланома кожи спины с множественными метастазами в регионарные и отдаленные лимфатические узлы, легкие. Несколько лет проводится иммунотерапия с положительным эффектом в виде стабилизации размеров вторичных очагов по данным

регулярных ПЭТ-КТ всего тела. При очередной ПЭТ-КТ головного мозга выявлено патологическое накопление РФП в правой височной доле, размером до 3 см. При МРТ головного мозга в правой височной доле определяется округлый, слабо гиперинтенсивный очаг на T1 без контраста, с гипоинтенсивным на T1 без контраста участком на периферии (в заключении описано как «образование со следами старого кровоизлияния»), неоднородно накапливает контрастный препарат, окружен зоной отека до 2 см. Также определяется два очага накопления контрастного препарата: в базальных отделах правой височной доли размерами 19x15x14 мм и в правой лобной доле размером 8x5x7 мм.

В неврологическом статусе сознание ясное, пациент периодически отмечает трудности при подборе слов в разговоре, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечная сила не снижена, координация не нарушена. Пациент самостоятельно себя обслуживает, работает, оценивает свое состояние как «отличное». В анамнезе жизни без особенностей



ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по Шкале Карновского и RPA:
 - a. 100 %, RPA 1
 - b. 90%, RPA 2
 - c. 100%, RPA 2
 - d. 90%, RPA 3

2. Определите наиболее вероятный диагноз по данным анамнеза и МРТ:
 - a. несмотря на анамнез, нельзя исключить первичный характер опухоли, мелкие очагов – признаки микроангиопатии
 - b. Крупный очаг представляет собой нетравматическую внутримозговую гематому неясного генеза (коагулопатия на фоне иммунотерапии?), мелкие очаги – метастазы меланомы
 - c. Все образования, наиболее вероятно, являются метастазами меланомы, наибольший – со следами перенесенного кровоизлияния
 - d. Крупный очаг – кавернозная ангиома с признаками разрыва, мелкие очаги - метастазы меланомы

3. Предложите варианты лечения поражения головного мозга
 - a. Стереотаксическая биопсия крупного очага, с учетом множественных экстракраниальных очагов, рассмотрение вопроса стереотаксической радиохирургии после получения гистологического диагноза
 - b. Удаление крупного очага, затем стереотаксическое облучение ложа удаленной опухоли и милиарных метастазов
 - c. Предоперационное облучение крупного очага и милиарных метастазов, затем удаление крупного очага (в 1-2 сутки после радиохирургии)

d. Нейрохирургическая операция не показана – можно ожидать эффекта от иммунотерапии

e. Предоперационное облучение крупного очага и милиарных метастазов, затем удаление крупного очага (в 1-2 сутки после радиохирургии), затем стереотаксическое облучение ложа удаленной опухоли (в срок 2-6 недель после открытой операции)

Ситуационная задача № 6

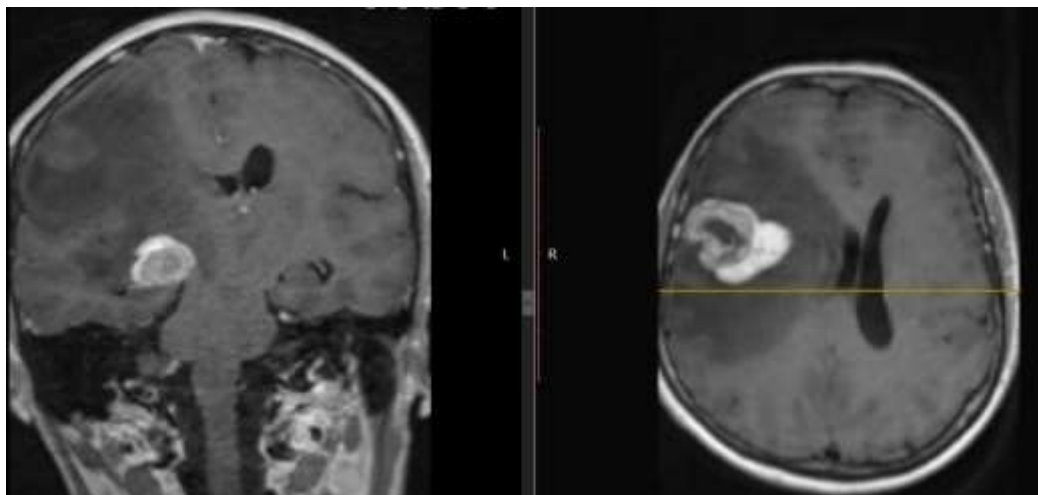
Вызов в неврологическое отделение для проведения консультации нейрохирурга:

Пациентка 50 лет, бригадой СМП госпитализирована в неврологическое отделение с речевыми нарушениями, дезориентацией в месте и времени, слабостью в левых конечностях. Направительный диагноз – ОНМК в бассейне правой ВСА. Сопроводительных медицинских документов при себе у пациентки не было. При КТ головного мозга возникло подозрение на образование в правом полушарии головного мозга, выполнена МРТ головного мозга с контрастированием: в правой лобной доле объемное образование неправильной формы, размерами 56x34x46 мм, гетерогенно накапливает контрастный препарат, в области нижнего рога правого бокового желудочка похожее по МР-характеристикам образование меньших размеров (17x21x23 мм). Выраженный перифокальный отёк, поперечная дислокация на 11 мм влево, аксиальной дислокации нет.

При УЗДГ сосудов шеи стеноз правой ВСА (30%) без признаков нестабильности АСБ, в остальных артериях – нестенозирующий атеросклероз. Рентгенография легких без существенной патологии, при УЗИ органов брюшной полости конкременты в желчном пузыре, в остальном без особенностей. ЭКГ – синусовая тахикардия до 86 в минуту, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. В анализах крови и мочи без клинически значимых отклонений от нормы.

При осмотре обнаружены следы операции на правой молочной железе (мастэктомия). Пациентка сообщает, что 6 лет назад оперирована по поводу рака молочной железы, по назначению онколога принимает таблетки (более подробно не сообщает).

В неврологическом статусе сознание ясное, некоторая дезориентация в месте и времени, в собственной личности ориентирована. Зрачки OD=OS, фотореакции сохранены. Лицо асимметричное за счет сглаженности левой носогубной складки, сухожильные рефлексы оживлены слева, левосторонний гемипарез 1 балл в ноге, 2 балла в руке. Функции тазовых органов не нарушены. Пациентка сама не ходит, перемещается на кресле-каталке.



ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по Шкале Карновского и RPA:

a. 40%, RPA 3

b. 50%, RPA 4

- c. 60%, RPA 2
- d. 50%, RPA 3

2. Определите наиболее вероятный диагноз по данным анамнеза и МРТ:

- a. прогрессирование рака молочной железы с метастазами в головной мозг
- b. первичная злокачественная опухоль головного мозга глиального ряда
- c. МР-характеристики очагов не соответствуют метастазам рака молочной железы, более вероятно – метастазы саркомы
- d. Гетерогенное накопление контрастного препарата и локализация очагов свидетельствуют об абсцессах головного мозга

3. Предложите варианты лечения поражения головного мозга

- a. Декомпрессивная трепанация черепа, удаление обоих очагов из одного доступа, затем облучение всего головного мозга (ввиду невозможности стереотаксической радиохирургии после декомпрессивной краниотомии)
- b. Костно-пластическая трепанация черепа, удаление крупного очага, стереотаксическая радиохирургия ложа удаленной опухоли и очага меньших размеров в срок 2-6 недель после операции
- c. Предоперационное облучение крупного очага вместе с облучением очага меньшего размера, затем удаление крупного очага (в 1-2 сутки после радиохирургии)
- d. Стереотаксическая биопсия на фоне больших доз дексаметазона для исключения первичной опухоли, лучевое лечение по данным гистологического исследования

Ситуационная задача № 7

Женщина 53 года, перенесла ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА 30 дней назад, при обследовании:

Жалобы: на слабость в левой руке и ноге, пациент может ходить по комнате с поддержкой, при подъеме предметов чувствует неуверенность в левой кисти, нарушений речи нет.

При УЗИ БЦА лоцируется окклюзия правой ВСА, стеноз устья правой НСА 80% (измерение по ECST). Гетерогенная АСБ.

При КТ-перфузии головного мозга выявлена гипоперфузия правой височной теменной и лобной долей.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените тяжесть состояния больного по шкалам инсульта
 - A. NIHSS 4, индекс Ривермид 13 баллов
 - B. NIHSS 8, индекс Ривермид 9
 - C. NIHSS 10, индекс Ривермид 13
 - D. NIHSS 14, индекс Ривермид 3
2. Какой вид исследования необходимо назначить больному для выяснения дальнейшей тактики исследования
 - A. КТ-ангиография экстра- интракраниальных артерий, КТ-перфузия с диакарбом
 - B. МР-ангиография, УЗИ поверхностных височных артерий
 - C. МРТ головного мозга, церебральная ангиография
 - D. Исследование крови на глюкозу, КТ-перфузия
3. Предложите тактику хирургического лечения:
 - a. каротидная эндартерэктомия из ВСА;
 - b. Bonnet-bypass;
 - c. Первый этап- эндартерэктомия из НСА с резекцией ВСА, второй- этап ЭИКМА;
 - d. ЭИКМА

4. Какие послеоперационные исследования необходимо назначить пациенту с целью контроля микроанастомоза:

- a. Дуплексное сканирование анастомоза;
- b. КТ-ангиография интракраниальных артерий;
- c. МР-ангиография интракраниальных артерий
- d. любое из вышеперечисленного

Ситуационная задача № 8

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 не отягощен.

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 рефлексы 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):

- a. 2;
- b. 3;
- c. 4;
- d. 5

2. Оцените состояние пациента по индексу мобильности Ривермид:

- a. 6-7;
- b. 8-9;
- c. 10-11;
- d. 12-13;

3. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения:

- a. МР-перфузия головного мозга;
- b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- c. МР-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография

4. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении степени стеноза:

a. проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции;

b. Выполнение планового хирургического вмешательства – каротидной эндартерэктомии – через 3 месяца после начала заболевания;

c. Выполнение планового хирургического вмешательства – каротидной эндартерэктомии в максимально ранние сроки

d. проведение реабилитационного лечения, двойной дезагрегантной терапии, планового УЗ-контроля состояния брахиоцефальных артерий 1 раз в год

Ситуационная задача № 9

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 преходящая 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 гемипестезия. 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:

- a. Перфузионное исследование головного мозга ;
- b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- c. консультация кардиолога ;

- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография
- e. ЭХО-кардиография

2. Какие показатели необходимо оценить при выполнении ангиографического исследования:

- a. наличие «культи» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, замкнутость артериального круга большого мозга
- b. степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга
- c. наличие «культи» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга
- d. наличие «культи» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, функционирование глазничного и надблокового анастомозов

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении окклюзии правой ВСА и критического стеноза левой ВСА:

- a. проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции;
- b. Выполнение планового хирургического вмешательства – ЭИКМА справа – через 3 месяца после начала заболевания;
- c. Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом - каротидная эндартерэктомия из левой ВСА в максимально ранние сроки от начала заболевания при отсутствии соматических противопоказаний, вторым этапом – ЭИКМА справа
- d. Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом – ЭИКМА в максимально ранние сроки при отсутствии соматических противопоказаний, вторым этапом – каротидная эндартерэктомия из левой ВСА.

Ситуационная задача № 10

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.

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 – байпасс
 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 № 11

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, недоведение 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.

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 № 12

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 5х4 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. IV ст

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 № 13

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 не отягощен.

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% (по методике NASCET).

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):
 - a. 2;
 - b. 3;
 - c. 4;
 - d. 5
2. Оцените состояние пациента по индексу мобильности Ривермид:
 - a. 6-7;
 - b. 8-9;
 - c. 10-11;
 - d. 12-13;
3. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения:
 - a. МР-перфузия головного мозга;
 - b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
 - c. МР-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
 - d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография
4. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении степени стеноза:
 - a. проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции;
 - b. Выполнение планового хирургического вмешательства – каротидной эндартерэктомии – через 3 месяца после начала заболевания;
 - c. Выполнение планового хирургического вмешательства – каротидной эндартерэктомии в максимально ранние сроки

d. проведение реабилитационного лечения, двойной дезагрегантной терапии, планового УЗ-контроля состояния брахиоцефальных артерий 1 раз в год

Ситуационная задача № 14

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. Левосторонний спастический гемипарез со снижением мышечной силы до 4-х баллов. Левосторонняя гемигипестезия. Сухожильные рефлексy D=S. Функции тазовых органов не нарушены

Во время первичного обследования в приемном отделении:

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 кровоток 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:

- a. Перфузионное исследование головного мозга ;
- b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- c. консультация кардиолога ;
- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография
- e. ЭХО-кардиография

2. Какие показатели необходимо оценить при выполнении ангиографического исследования:

a. наличие «культы» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, замкнутость артериального круга большого мозга

b. степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга

с. наличие «культы» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга

d. наличие «культы» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, функционирование глазничного и надблокового анастомозов

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении окклюзии правой ВСА и критического стеноза левой ВСА:

a. проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции;

b. Выполнение планового хирургического вмешательства – ЭИКМА справа – через 3 месяца после начала заболевания;

с. Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом - каротидная эндартерэктомия из левой ВСА в максимально ранние сроки от начала заболевания при отсутствии соматических противопоказания, вторым этапом – ЭИКМА справа

d. Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом – ЭИКМА в максимально ранние сроки при отсутствии соматических противопоказания, вторым этапом – каротидная эндартерэктомия из левой ВСА

Ситуационная задача № 15

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
- с. ЭХО-КТ
- 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
 - d. Комбинация оксиметрии с измерением SpO₂ и ТКДГ с оценкой ЛСК по СМА во время пережатия сонных артерий

Ситуационная задача № 16

Женщина 53 года, перенесла ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА 30 дней назад.

Жалобы: на слабость в левой руке и ноге, пациентка может ходить по комнате с поддержкой, при подъеме предметов чувствует неуверенность в левой кисти, нарушений речи нет.

При УЗИ БЦА лоцируется окклюзия правой ВСА, стеноз устья правой НСА 80% (измерение по NASCET) и стеноз левой ВСА до 40% (измерение по NASCET) гетерогенной атеросклеротической бляшкой.

При КТ-перфузии головного мозга выявлена гипоперфузия правой височной теменной и лобной долей.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените тяжесть состояния больного по шкалам инсульта
 - E. NIHSS 4, индекс Ривермид 13 баллов
 - F. NIHSS 8, индекс Ривермид 9
 - G. NIHSS 10, индекс Ривермид 13
 - H. NIHSS 14, индекс Ривермид 3

2. Какой вид исследования необходимо назначить больной для выяснения дальнейшей тактики лечения
 - A. КТ-ангиография брахиоцефальных и интракраниальных артерий + КТ-перфузия с диакарбом
 - B. МР-ангиография брахиоцефальных и интракраниальных артерий,
 - C. УЗИ поверхностных височных артерий
 - D. МР-перфузия головного мозга+МР-ангиография головного мозга

3. Предложите тактику хирургического лечения:
 - a. каротидная эндартерэктомия из левой ВСА, затем – ЭИКМА справа;
 - b. Bonnet-bypass;
 - c. Первый этап- эндартерэктомия из НСА с резекцией ВСА (десимпатизация), второй- этап ЭИКМА ;
 - d. ЭИКМА справа

4. Какое основное послеоперационное исследование необходимо назначить пациентке с целью послеоперационного контроля состояния артерий в зоне операции:
 - a. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
 - b. КТ-ангиография интракраниальных + экстракраниальных артерий;
 - c. МР-ангиография интракраниальных + экстракраниальных артерий
 - d. любое из вышеперечисленного

Ситуационная задача № 17

Женщина 60 лет, доставлена в стационар бригадой СМП.

Жалоб активно не предъявляет в связи с речевыми нарушениями

Со слов родственников в течение 3 дней до поступления жаловалась на чувство онемения и неловкости в левой руке, периодически путала слова. За 6 часов до поступления резко утратила сознание на 5 минут, резко возникла слабость в правых конечностях и нарушилась речь. Из сопутствующих заболеваний - длительное время отмечает повышение АД максимально до 200/120 мм.рт.ст., постоянно гипотензивные препараты не принимает, у терапевта и кардиолога не наблюдается. Курит 2 пачки сигарет в неделю.

При осмотре: общее состояние пациентки тяжелое. Рост 165, вес 90 кг. В общесоматическом статусе – дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс от 74 уд в мин., АД 160/80 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: умеренное оглушение (ШКГ 14 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо асимметричное за счет сглаженности левой носогубной складки. Язык не показывает. Грубая моторная афазия. Глубокий правосторонний гемипарез до пареза в руке и до 1 балла в ноге.

Во время первичного обследования в палате интенсивной терапии:

Триплексное сканирование БЦА – в области бифуркации правой ОСА с переходом в правую ВСА определяется концентрическая гетерогенная атеросклеротическая бляшка с сужением просвета до 80%. В области бифуркации левой ОСА с переходом на левую ВСА определяется концентрическая гетерогенная атеросклеротическая бляшка с сужением просвета на 95%.

КТ головного мозга – очаг ишемии в левых теменной, лобной и височной долях и в области подкорковых ядер, объемом до 40 см³ с геморрагическим пропитыванием, поперечной и аксиальной дислокации нет.

ВОПРОСЫ

1. Предложите набор диагностических обследований и консультаций специалистов для определения тактики лечения:

- a. Перфузионное исследование головного мозга;
- b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- c. консультация кардиолога ;
- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография
- e. ЭХО-кардиография

2. Какие показатели необходимо оценить при выполнении ангиографического исследования:

- a. степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, степень и протяженность стеноза правой ВСА, расположение бифуркации правой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга
- b. степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга
- c. степень и протяженность стеноза правой ВСА, расположение бифуркации правой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга
- d. степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, функционирование глазничного и надблокового анастомозов

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования:
- проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным КТ головного мозга через 3 месяца для решения вопроса об операции в плановом порядке ;
 - Выполнение хирургического вмешательства в максимально ранние сроки при отсутствии соматических противопоказаний – каротидная эндартерэктомия слева;
 - Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом - каротидная эндартерэктомия из левой ВСА в максимально ранние сроки от начала заболевания при отсутствии соматических противопоказаний, вторым этапом – каротидная эндартерэктомия справа;
 - Проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции

Ситуационная задача № 18

Женщина 48 лет, перенесла ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА за 3 месяца до планового обращения.

Жалобы: на слабость в правой кисти.

При осмотре: общее состояние пациентки удовлетворительное. Рост 165, вес 70 кг. В общесоматическом статусе – дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс от 76 уд в мин., АД 130/80 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Речевых расстройств нет. Парез в кисти до 4 баллов. Сухожильные рефлексы D=S. Функции тазовых органов не нарушены

При УЗИ БЦА лоцируется окклюзия левой ВСА, стеноз устья правой ВСА 45% (измерение по NASCET). Гетерогенная АСБ.

ВОПРОСЫ:

- Оцените тяжесть состояния больного по шкалам инсульта
 - NIHSS 1, индекс Ривермид 15 баллов
 - NIHSS 8, индекс Ривермид 9
 - NIHSS 10, индекс Ривермид 13
 - NIHSS 14, индекс Ривермид 3
- Какой вид исследования необходимо назначить больной для выяснения дальнейшей тактики исследования
 - КТ-ангиография экстра- интракраниальных артерий, КТ-перфузия с диакарбом
 - МР-ангиография, УЗИ поверхностных височных артерий
 - МРТ головного мозга, церебральная ангиография
 - Исследование крови на глюкозу, КТ-перфузия
- Предложите тактику хирургического лечения:
 - каротидная эндартерэктомия из ВСА;
 - Bonnet-bypass;
 - Первый этап- эндартерэктомия из НСА с резекцией ВСА, второй- этап ЭИКМА;
 - ЭИКМА слева
- Какое основное послеоперационное исследование необходимо назначить пациентке с целью послеоперационного контроля состояния артерий в зоне операции:
 - Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;

- b. КТ-ангиография интракраниальных + экстракраниальных артерий;
- c. МР-ангиография интракраниальных + экстракраниальных артерий

Ситуационная задача № 19

Пациент 35 лет пострадал в ДТП (водитель, был пристегнут за рулем). Во время травмы отмечал кратковременную утрату сознания. Был доставлен в приемное отделение районной больницы. При осмотре врачом травматологом пациент предъявляет жалобы на боль в шее, невозможность поворота головы влево. В соматическом и неврологическом статусе отклонений от нормы выявлено не было. Локально: голова повернута вправо, ограничение поворота головы влево. При рентгенографии шейного отдела позвоночника была выявлена следующая картина:



ВОПРОСЫ

1. Какое повреждение может быть заподозрено у пациента по данным рентгенографии?
 - a. перелом C1 по типу Джефферсона;
 - b. Ротационный вывих C1 позвонка;
 - c. Перелом шейки зубовидного отростка C2;
 - d. На рентгенограмме – без патологии.

2. Какое обследование должно быть назначено в первую очередь?
 - a. КТ шейного отдела позвоночника;
 - b. КТ головного мозга и шейного отдела позвоночника;
 - c. МРТ шейного отдела позвоночника;
 - d. МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника;

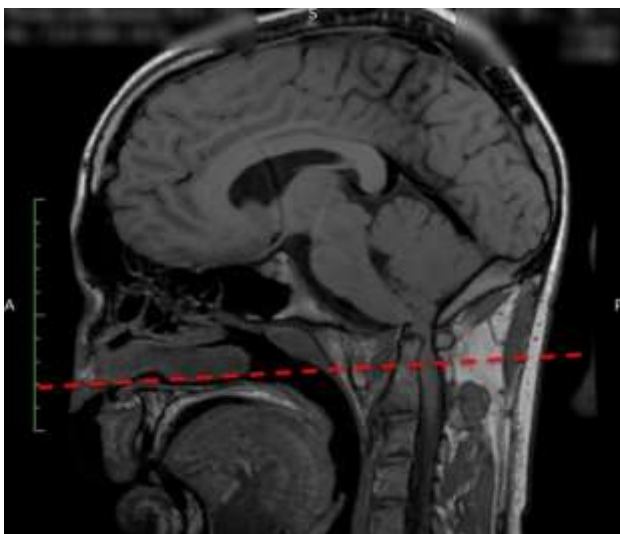
3. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения:
 - a. КТ шейного отдела позвоночника с функциональными пробами;
 - b. МРТ краниовертебрального перехода;
 - c. КТ – перфузионное исследование;
 - d. Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника.

4. Предложите варианты тактики лечения в зависимости от результатов дополнительного обследования.

Ситуационная задача № 20

Пациент 32-х лет пострадал в результате падения с высоты. Сразу же после падения почувствовал боль в шее. При первичном обследовании в районной больнице по данным рентгенографии патологии шейного отдела позвоночника выявлено не было. В течении 6 месяцев боль в шее нарастала, в связи с чем пациент обратился к нейрохирургу на консультацию. При осмотре патологии в соматическом и неврологическом статусах нет. Местно: отмечается болезненность при пальпации

остистого отростка С2 позвонка, ограничение движений в шее из-за болевого синдрома. Было выполнено МРТ шейного отдела позвоночника:

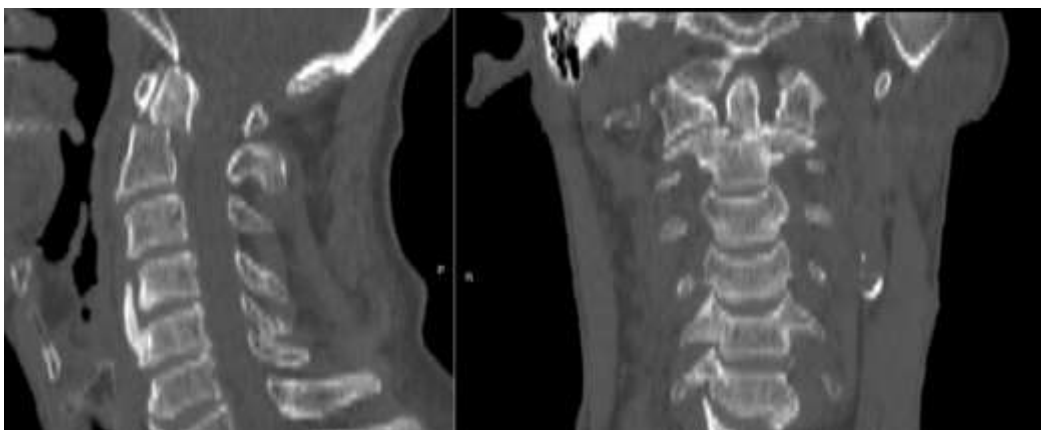


ВОПРОСЫ

1. Какой тип повреждения диагностирован у данного пациента?
 - a. Вертикальная атланта-аксиальная дислокация на фоне перелома Джефферсона;
 - b. Транслигаментозный вывих атланта;
 - c. Ротационный вывих С1 позвонка;
 - d. Атланта-окципитальная дислокация.
2. Какой метод декомпрессии будет оптимальным у данного пациента?
 - a. Трансназальная одонтоидэктомия;
 - b. Трансоральная одонтоидэктомия;
 - c. Трансцервикальная одонтоидэктомия;
 - d. Ламинэктомия С1 позвонка и резекция края БЗО.
3. Предложите тактику хирургического лечения у данного пациента.

Ситуационная задача № 21

Пациент 50 лет был доставлен в приемное отделение после падения с высоты собственного роста. После получения травмы сознания не терял, тошноты, рвоты не было, сразу же почувствовал боль в шее. При осмотре: выраженный болевой синдром в шейном отделе позвоночника, пациент вынужден поддерживать голову руками при переключении и поворотах туловища. В общесоматическом и неврологическом статусах – без особенностей. Местно: выраженная болезненность при пальпации остистого отростка С2 позвонка. Обращает на себя внимание широкая бочкообразная грудная клетка. При КТ шейного отдела позвоночника было выявлено:



1. Какой тип повреждения диагностирован у данного пациента в соответствии с классификацией Anderson и D'Alonzo?

- Перелом зубовидного отростка С2 позвонка I типа;
- Перелом зубовидного отростка С2 позвонка II типа;
- «Ростральный» перелом зубовидного отростка III типа;
- Перелом зубовидного отростка С2 позвонка III типа.

2. Какой метод репозиции будет оптимальным у данного пациента?

- Предоперационное скелетное вытяжение в течении 1-3 дней;
- Предоперационная репозиция при помощи Halo-аппарата;
- Интраоперационная репозиция при помощи Halo-тракции;
- Интраоперационная репозиция в скобе Мэйфилда.

3. Предложите тактику хирургического лечения у данного пациента.

Ситуационная задача № 22

Пациент 35 лет был доставлен в приемное отделение после ныряния на мелководье. Жалобы – на интенсивную боль в шее. При осмотре патологии в общесоматическом и неврологическом статусах нет. Локально: резкая болезненность при пальпации в области бугорка задней дужки С1 позвонка. Усиление болей в шее и необходимость поддерживания головы руками при вертикализации пациента. При КТ шейного отдела позвоночника был выявлен перелом С1 позвонка:



При МРТ шейного отдела позвоночника было выявлено кровоизлияние в горизонтальную порцию крестообразной связки справа.

ВОПРОСЫ

1. Какой тип повреждения диагностирован у данного пациента в соответствии с классификацией Landells?

- a. I тип;
- b. II тип;
- c. III тип;
- d. IV тип.

2. Какой метод декомпрессии будет оптимальным у данного пациента?

- a. Трансназальная одонтоидэктомия;
- b. Трансоральная одонтоидэктомия;
- c. Трансцервикальная одонтоидэктомия;
- d. Ламинэктомия С1 позвонка и резекция края БЗО.

3. Предложите тактику хирургического лечения у данного пациента.

Ситуационная задача № 23

Пациент 45 лет пострадал в ДТП (был за рулем, пристегнут ремнем безопасности). В момент травмы сознания не терял, тошноты рвоты не было. Сразу же почувствовал резкую боль в шее. В течении 30 минут после получения травмы не мог пошевелить руками и ногами. По СМП был доставлен в приемное отделение круглосуточного стационара. При осмотре в общесоматическом статусе особенностей нет. В неврологическом – тетрапарез до 4 баллов. Гипестезия с уровня С2 с обеих сторон.



ВОПРОСЫ

1. Какой тип повреждения диагностирован у данного пациента в соответствии с классификацией Effendi?

- a. I тип;
- b. II тип;
- c. Па тип;
- d. III тип.

2. Какой метод декомпрессии будет оптимальным у данного пациента?

- a. Скелетное вытяжение 1-3 дня;
- b. Halo-тракция и репозиция;
- c. Корпэктомия С3 позвонка;
- d. Ламинэктомия С2 и С3 позвонка.

3. Предложите тактику хирургического лечения у данного пациента.

Ситуационная задача № 24

Пациентка 65 лет была доставлена в приемное отделение после ДТП (пассажир заднего сиденья, была пристегнута). В момент травмы сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При осмотре предъявляет жалобы на боль в шее с иррадиацией в левую

руку. В общесоматическом статусе – без особенностей. В неврологическом – гипестезия по ходу левого С5 корешка. Парезов нет. Местно: боль в шее, усиливающаяся при движениях. Болезненность при пальпации остистого отростка С2 позвонка. При КТ шейного отдела позвоночника выявлено:



ВОПРОСЫ

1. Какой тип повреждения С2 диагностирован у данного пациента в соответствии с классификацией Anderson и D'Alonzo?

- a. Перелом зубовидного отростка С2 позвонка I типа;
- b. Перелом зубовидного отростка С2 позвонка II типа;
- c. «Ростральный» перелом зубовидного отростка III типа;
- d. Перелом зубовидного отростка С2 позвонка III типа.

2. Какой тип повреждения на уровне С5 диагностирован у данного пациента в соответствии с классификацией AOSpine?

- a. A;
- b. B;
- c. CF1;
- d. CF2.

3. Предложите тактику хирургического лечения у данного пациента.

Ситуационная задача № 25

Женщина 53 года, перенесла ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА 30 дней назад, при обследовании:

Жалобы: на слабость в левой руке и ноге, пациент может ходить по комнате с поддержкой, при подъеме предметов чувствует неуверенность в левой кисти, нарушений речи нет.

При УЗИ БЦА лоцируется окклюзия правой ВСА, стеноз устья правой НСА 80% (измерение по ECST). Гетерогенная АСБ.

При КТ-перфузии головного мозга выявлена гипоперфузия правой височной теменной и лобной долей.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените тяжесть состояния больного по шкалам инсульта
M. NIHSS 4, индекс Ривермид 13 баллов
N. NIHSS 8, индекс Ривермид 9
O. NIHSS 10, индекс Ривермид 13
P. NIHSS 14, индекс Ривермид 3
2. Какой вид исследования необходимо назначить больному для выяснения дальнейшей тактики исследования
A. КТ-ангиография экстра- интракраниальных артерий, КТ-перфузия с диакарбом
B. МР-ангиография, УЗИ поверхностных височных артерий
C. МРТ головного мозга, церебральная ангиография
D. Исследование крови на глюкозу, КТ-перфузия
3. Предложите тактику хирургического лечения:
a. каротидная эндартерэктомия из ВСА;
b. Bonnet-bypass;
c. Первый этап- эндартерэктомия из НСА с резекцией ВСА, второй- этап ЭИКМА;
d. ЭИКМА
4. Какие послеоперационные исследования необходимо назначить пациенту с целью контроля микроанастомоза:
a. Дуплексное сканирование анастомоза;
b. КТ-ангиография интракраниальных артерий;
c. МР-ангиография интракраниальных артерий
d. любое из вышеперечисленного

Ситуационная задача № 26

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 не отягощен.

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 рефлексы 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):

- a. 2;
- b. 3;
- c. 4;
- d. 5

2. Оцените состояние пациента по индексу мобильности Ривермид:

- a. 6-7;
- b. 8-9;
- c. 10-11;
- d. 12-13;

3. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения тактики лечения:

- a. МР-перфузия головного мозга;
- b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- c. МР-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография

4. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении степени стеноза:

a. проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции;

b. Выполнение планового хирургического вмешательства – каротидной эндартерэктомии – через 3 месяца после начала заболевания;

c. Выполнение планового хирургического вмешательства – каротидной эндартерэктомии в максимально ранние сроки

d. проведение реабилитационного лечения, двойной дезагрегантной терапии, планового УЗ-контроля состояния брахиоцефальных артерий 1 раз в год

Ситуационная задача № 27

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:

- a. Перфузионное исследование головного мозга ;
- b. КТ-ангиография брахиоцефальных артерий и брахиоцефальных артерий;
- c. консультация кардиолога ;
- d. Дигитальная субтракционная церебральная ангиография
- e. ЭХО-кардиография

2. Какие показатели необходимо оценить при выполнении ангиографического исследования:

a. наличие «культы» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, замкнутость артериального круга большого мозга

b. степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга

c. наличие «культы» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга

d. наличие «культы» в области ампулы правой ВСА, степень и протяженность стеноза левой ВСА, расположение бифуркации левой ВСА, замкнутость артериального круга большого мозга, диаметр ветвей правой поверхностной височной артерии, функционирование глазничного и надблокового анастомозов

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при подтверждении окклюзии правой ВСА и критического стеноза левой ВСА:

a. проведение консервативного лечения с двойной дезагрегантной терапией и контрольным исследованием брахиоцефальных артерий через 6 месяцев и решением вопроса от операции;

b. Выполнение планового хирургического вмешательства – ЭИКМА справа – через 3 месяца после начала заболевания;

c. Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом - каротидная эндартерэктомия из левой ВСА в максимально ранние сроки от начала заболевания при отсутствии соматических противопоказания, вторым этапом – ЭИКМА справа

d. Выполнение поэтапного планового хирургического вмешательства – первым этапом – ЭИКМА в максимально ранние сроки при отсутствии соматических противопоказания, вторым этапом – каротидная эндартерэктомия из левой ВСА.

Ситуационная задача № 28

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.

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 – байпасс
 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 № 29

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, недоведение 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.

Выполнена попытка эндоваскулярного лечения аневризмы: в связи с выраженной извитостью дистальных отделов правой ВСА исключить 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 № 30

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. IV ст
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 № 31

Пациентка, 58 лет, обратилась в плановом порядке. Жалобы на головокружение, периодические синкопальные состояния, слабость, тошноту, двоение в глазах.

Из анамнеза: указанные жалобы беспокоят около 5 лет, ухудшение 2 месяца назад, когда появилось двоение в глазах.

При осмотре: общее состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие.

Рост 156, вес 60 кг. В общесоматическом статусе: дыхание жестковатое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 78 уд в мин., АД 130/80 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Разностояние глазных яблок по вертикали. Ротаторный нистагм. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Парезов в конечностях не выявляется. Функции тазовых органов не нарушены. Координаторные пробы с мимопопаданием.

При обследовании: МРТ головного мозга – очаг перенесенной ишемии в левом полушарии мозжечка 2х3 см. По данным церебральной ангиографии – правые и левые ОСА, ВСА, НСА без особенностей, отмечается неровность и изъязвления стенок левой подключичной артерии, гипоплазия правой позвоночной артерии, стеноз V1 сегмента левой позвоночной артерии 80%, окклюзия дистальных отделов левой ЗНМА.

ВОПРОСЫ:

- 1) Назовите синдром, соответствующий клиническому статусу пациентки
 1. Арнольда-Киари
 2. Бехтерева
 3. Гертвига- Мажанди
 4. Вильсона-Коновалова
- 2) Какой вид вмешательства предпочтителен:
 1. Каротидная эндартерэктомия
 2. Транспозиция устья левой ПА в левую ОСА
 3. Анастомоз между затылочной артерией и левой ЗНМА
 4. Каротидная эндартерэктомия из левой ПА
- 3) Какой метод контроля необходимо выполнить в послеоперационном периоде
 1. КТ головного мозга

2. МРТ головного мозга
3. КТ-ангиография экстра- и интракраниальных артерий
4. КТ-перфузия

Ситуационная задача № 32

Пациентка, 62 лет, обратилась в плановом порядке. Жалобы на головокружение, периодические синкопальные состояния, проходящую слабость в левых конечностях.

Из анамнеза: указанные жалобы беспокоят около 3 лет, жалобы становятся чаще и интенсивнее.

При осмотре: общее состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие.

Рост 150, вес 64 кг. В общесоматическом статусе: дыхание жестковатое, проводится во все отделы, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 58 уд в мин., АД 110/70 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: ясное сознание (ШКГ 15 баллов). Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Парезов в конечностях не выявляется. Функции тазовых органов не нарушены. Координаторные пробы с мимопопаданием.

При обследовании: МРТ головного мозга – очаг перенесенной ишемии в левом полушарии головного мозга 1х2 см. По данным УЗИ МАГ – петлеобразная извитость дистальных отделов левой ВСА на уровне С1 позвонка.

ВОПРОСЫ:

- 1) Какое дополнительное исследование необходимо выполнить пациентке
 1. КТ-ангиография экстракраниальных артерий
 2. КТ головного мозга
 3. ТКДГ
 4. ОФЭКТ

- 2) Как называется вид патологической извитости ВСА, диагностированный у пациентки:
 1. Кинкинг
 2. Койлинг
 3. С-образная извитость
 4. S-образная извитость

- 3) Какой вид вмешательства является операцией выбора?
 1. Резекция петли ВСА с выполнением анастомоза конец-в-конец
 2. Десимпатизация правой ВСА
 3. Редрессация и резекция ВСА с эндоскопической ассистенцией
 4. ЭИКМА

Ситуационная задача № 33

Пациент, 68 лет, обратился в плановом порядке. Жалобы на слабость в правых конечностях

Из анамнеза: 7 месяцев назад перенес ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА

При осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные.

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. Остаточный правосторонний гемипарез. Функции тазовых органов не нарушены. Ходит самостоятельно.

При обследовании: МРТ головного мозга – очаг перенесенной ишемии в левом теменной доле 2х4 см. По данным УЗИ МАГ – окклюзия левой ВСА, стеноз правой ВСА 20%. По данным ОФЭКТ с диакарбом – синдром «нищей» перфузии в левом полушарии головного мозга.

ВОПРОСЫ:

1. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить пациенту

1. КТ-ангиография экстракраниальных артерий
2. КТ головного мозга
3. ЭХО-КГ
4. ОФЭКТ

2. Какой вид лечения возможно предложить пациенту:

1. Каротидная эндартерэктомия из левой ВСА
2. Каротидная эндартерэктомия из правой ВСА
3. ЭИКМА слева
4. Перекрестное шунтирование

3. Какой вид интраоперационного контроля является предпочтительным в данном случае:

1. УЗИ МАГ
2. Инфракрасная ангиография (ICG)
3. Контактная доплерография
4. Церебральная ангиография

Ситуационная задача № 34

Пациентка, 30 лет, обратилась в плановом порядке. Жалобы на чувство инородного тела в шее при глотании.

Из анамнеза: около года назад почувствовала дополнительное образование за углом нижней челюсти справа, к врачу не обращалась.

При осмотре: общее состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы розовые, влажные.

Рост 170, вес 68 кг. В общесоматическом статусе: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 80 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. Функции тазовых органов не нарушены.

По данным МРТ головного мозга образование овальной формы, с четкими краями в правых отделах верхней/3 шеи, в проекции основания черепа, С1, С2, С3 позвонков размерами 6х3 см, умеренно накапливает контраст. При КТ ангиографии правые ОСА, ВСА, НСА проходимы, правая ВСА оттеснена образованием влево и медиально.

ВОПРОСЫ:

1. Какая предположительная природа образования

1. Невринома
2. Хемодектома
3. Полиморфная аденома

4. Глиобlastома

2. Какой вид лечения предпочтителен при данном заболевании:

1. Наблюдение
2. Межкортикальная остеотомия нижней челюсти справа, микрохирургическое удаление образования
3. Удаление образования
4. Биопсия

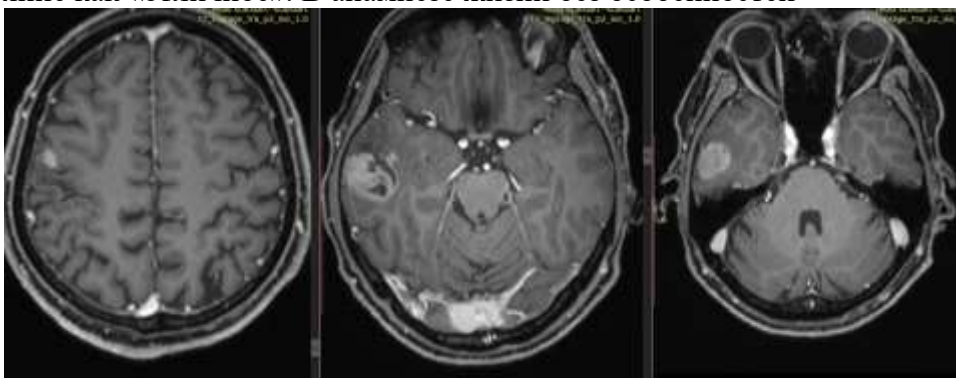
3. Какая опухоль чаще всего сопровождается инвазией стенки сонных артерий:

1. Невринома
2. Хемодектома
3. Полиморфная аденома
4. Метастаз рака молочной железы

Ситуационная задача № 35

Мужчина 26 лет направлен онкологом на консультацию нейрохирурга. В анамнезе у пациента меланома кожи спины с множественными метастазами в регионарные и отдаленные лимфатические узлы, легкие. Несколько лет проводится иммунотерапия с положительным эффектом в виде стабилизации размеров вторичных очагов по данным регулярных ПЭТ-КТ всего тела. При очередной ПЭТ-КТ головного мозга выявлено патологическое накопление РФП в правой височной доле, размером до 3 см. При МРТ головного мозга в правой височной доле определяется округлый, слабо гиперинтенсивный очаг на T1 без контраста, с гипоинтенсивным на T1 без контраста участком на периферии (в заключении описано как «образование со следами старого кровоизлияния»), неоднородно накапливает контрастный препарат, окружен зоной отека до 2 см. Также определяется два очага накопления контрастного препарата: в базальных отделах правой височной доли размерами 19x15x14 мм и в правой лобной доле размером 8x5x7 мм.

В неврологическом статусе сознание ясное, пациент периодически отмечает трудности при подборе слов в разговоре, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечная сила не снижена, координация не нарушена. Пациент самостоятельно себя обслуживает, работает, оценивает свое состояние как «отличное». В анамнезе жизни без особенностей



ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по Шкале Карновского и RPA:

- a. 100 %, RPA 1
- b. 90%, RPA 2
- c. 100%, RPA 2
- d. 90%, RPA 3

2. Определите наиболее вероятный диагноз по данным анамнеза и МРТ:

- a. несмотря на анамнез, нельзя исключить первичный характер опухоли, мелкие очагов – признаки микроангиопатии
- b. Крупный очаг представляет собой нетравматическую внутримозговую гематому неясного генеза (коагулопатия на фоне иммунотерапии?), мелкие очаги – метастазы меланомы
- c. Все образования, наиболее вероятно, являются метастазами меланомы, наибольший – со следами перенесенного кровоизлияния
- d. Крупный очаг – кавернозная ангиома с признаками разрыва, мелкие очаги - метастазы меланомы

3. Предложите варианты лечения поражения головного мозга

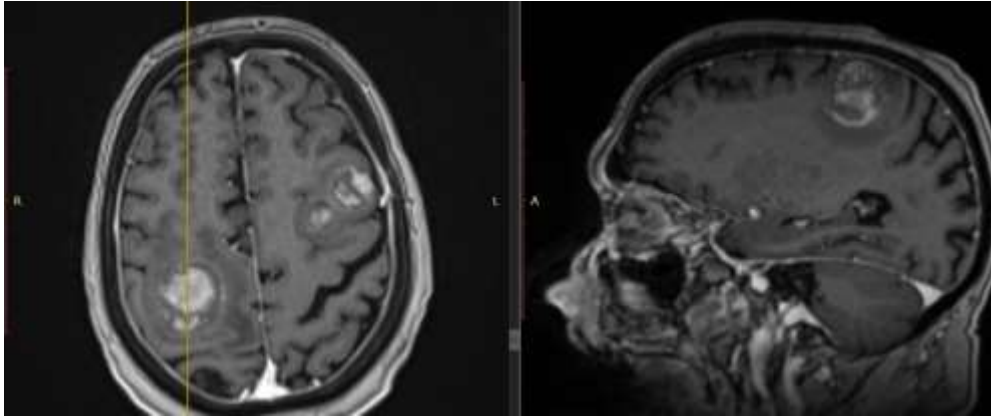
- a. Стереотаксическая биопсия крупного очага, с учетом множественных экстракраниальных очагов, рассмотрение вопроса стереотаксической радиохирургии после получения гистологического диагноза
- b. Удаление крупного очага, затем стереотаксическое облучение ложа удаленной опухоли и милиарных метастазов
- c. Предоперационное облучение крупного очага и милиарных метастазов, затем удаление крупного очага (в 1-2 сутки после радиохирургии)
- d. Нейрохирургическая операция не показана – можно ожидать эффекта от иммунотерапии
- e. Предоперационное облучение крупного очага и милиарных метастазов, затем удаление крупного очага (в 1-2 сутки после радиохирургии), затем стереотаксическое облучение ложа удаленной опухоли (в срок 2-6 недель после открытой операции)

Ситуационная задача № 36

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

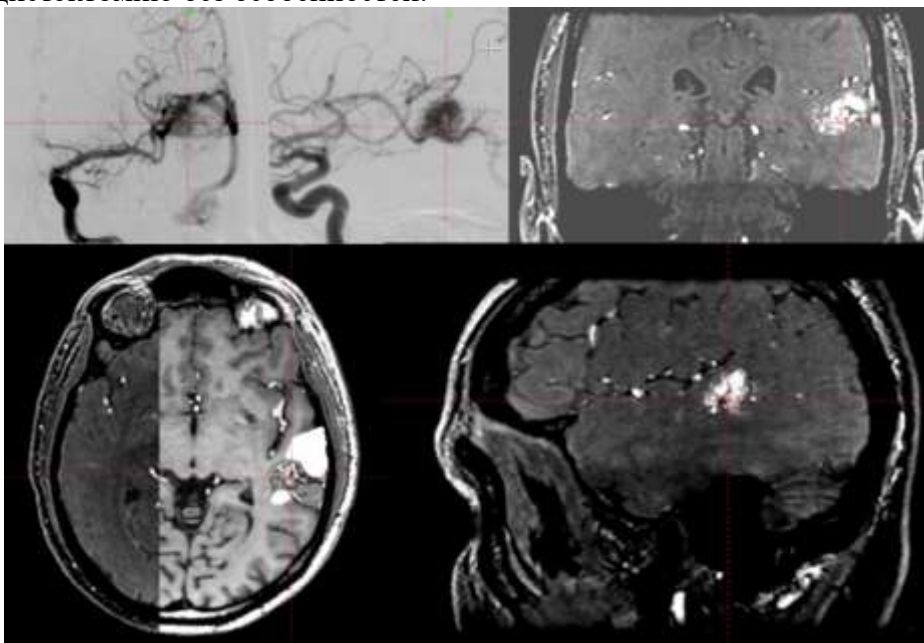
- a. только удаление крупного очага, дальнейшее лечение онкологом по месту жительства
- b. хирургическое лечение всех метастазов в головной мозг из разных доступов за одну операцию, затем рекомендовать облучение всего головного мозга
- c. Удаление крупного очага, стереотаксическая радиохирургия небольших метастазов; при тотальном удалении дополнительного лечения не требуется
- d. Предоперационная стереотаксическая радиохирургия крупного очага + стереотаксическая радиохирургия небольших метастазов, затем удаление крупного очага (в 1-2 сутки)

Ситуационная задача № 37

Мужчина 49 лет бригадой СМП госпитализирован в неврологическое отделение с впервые возникшим приступом остро возникших речевых нарушений, после которых развился генерализованный судорожный приступ, при КТ головного мозга данных за ЧМТ, дислокацию головного мозга не получено. Выполнена МРТ головного мозга, при которой выявлена АВМ левой височной доли без признаков кровоизлияния. Пациент переведен в нейрохирургический стационар, где выполнена функциональная МРТ речевой зоны (показана белым на рисунке). Церебральная ангиография подтвердила наличие АВМ левой височной доли с афферентами из левой СМА, эфференты впадают в вену Лаббе и конвекситальные вены височной доли. Волюметрический анализ АВМ показал объем 3,5 см³.

В неврологическом статусе сознание ясное, речевых нарушений нет, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы оживлены справа. Тонус мышц конечностей и их мышечная сила не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

В анамнезе жизни – гипертоническая болезнь с подъемами АД до 160/100 мм рт. ст., антигипертензивные препараты принимает нерегулярно. Перенес аппендэктомию и холецистэктомию без особенностей.



ВОПРОСЫ

1. Оцените АВМ по шкале VRAS:

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 3с

2. Предложите тактику нейрохирургического лечения пациента

- a. микрохирургическое удаление АВМ
- b. эндоваскулярная эмболизация
- c. эндоваскулярная эмболизация+стереотаксическая радиохирургия
- d. стереотаксическая радиохирургия

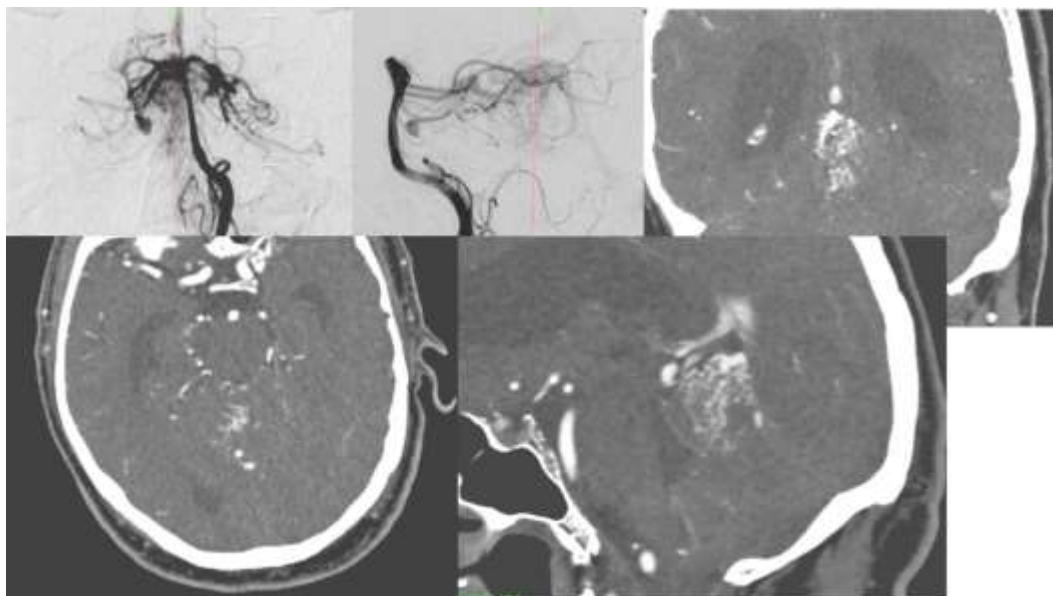
3. При радиохирургическом лечении такой АВМ риск разрыва АВМ:

- a. сохраняется только в первый год после стереотаксической радиохирургии
- b. уменьшается в 2-4 раза и остается постоянным пожизненно
- c. сохраняется вплоть до полной облитерации АВМ (обычно 3-5 лет)
- d. сохраняется вплоть до полной облитерации АВМ (обычно 6-12 месяцев)
- e. ничего из вышеперечисленного

Ситуационная задача № 38

Мужчина 65 лет заболел остро: внезапно появилась сильная головная боль. До этого на протяжении недели отмечалось повышение АД до 180/100 мм. рт. ст., подъемы температуры тела до 38,6 С. На фоне продолжающейся головной боли стал малоподвижен, заторможен. Бригадой СМП госпитализирован в неврологическое отделение, где при КТ головного мозга, КТ-ангиографии интракраниальных артерий выявлена артериовенозная мальформация червя мозжечка (при волюметрии объем АВМ 4,3 см³), множественные мешотчатые аневризмы верхней мозжечковой артерии, нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние. Переведен в нейрохирургическое отделение, выполнена церебральная ангиография: подтверждена АВМ в ЗЧЯ с афферентами из обеих ЗМА и ВМА, эфферентные сосуды впадают в вену Галена и левый поперечный синус.

В неврологическом статусе сознание ясное, речевых нарушений нет, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Глазодвигательных нарушений нет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы оживлены справа. Тонус мышц конечностей и их мышечная сила не изменена. Координаторные пробы выполняет с интенционным тремором с обеих сторон, в позе Ромберга падает. В анамнезе жизни – гипертоническая болезнь, постоянно АД не измеряет, принимает Норваск по 5 мг на ночь. Страдает хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка, 30 лет назад перенес ушивание язвы желудка, в настоящее время у врача не наблюдается.



ВОПРОСЫ

1. Оцените АВМ по шкале VRAS:

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4

2. Предложите тактику нейрохирургического лечения пациента

- a. микрохирургическое удаление АВМ, клипирование экстраинидалильных аневризм
- b. эндоваскулярная эмболизация
- c. эндоваскулярная эмболизация только экстраинидалильных аневризм+стереотаксическая радиохирургия
- d. стереотаксическая радиохирургия

3. При радиохирургическом лечении такой АВМ риск разрыва АВМ:

- a. сохраняется только в первый год после стереотаксической радиохирургии
- b. уменьшается в 2-4 раза и остается постоянным пожизненно
- c. сохраняется вплоть до полной облитерации АВМ (обычно 3-5 лет)
- d. сохраняется вплоть до полной облитерации АВМ (обычно 6-12 месяцев)
- e. ничего из вышеперечисленного

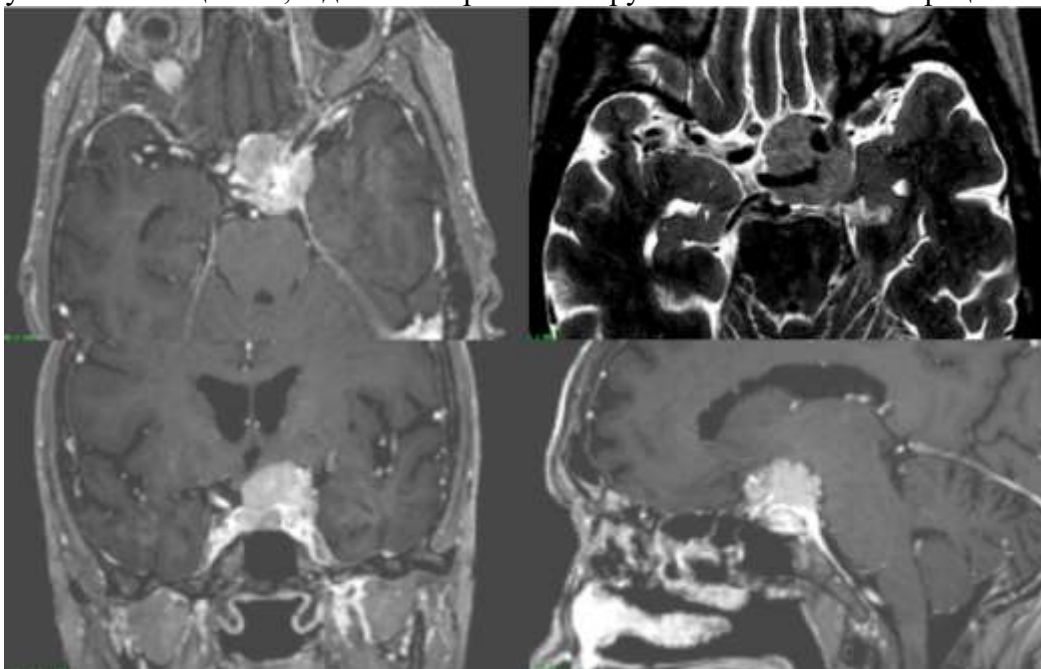
Ситуационная задача № 39

Женщина 55 лет, около 6 лет замечает двоение предметов при взгляде влево. Обращалась к офтальмологу по месту жительства, неврологу – проводилась консервативная терапия сосудистыми, метаболическими препаратами с временным эффектом. В последнее время отмечает онемение в области лба слева, косоглазие при взгляде в зеркало. Самостоятельно выполнила МРТ головного мозга, при которой

выявлено объемное образование в проекции малого крыла клиновидной кости слева, интенсивно и несколько гетерогенно накапливающее контрастный препарат. Образование обрастает левую ВСА и тесно прилежит к зрительной хиазме, перифокального отека нет. Размеры 3,6x3,2x2,8 см, объем 14 см³.

В неврологическом статусе сознание ясное, речевых нарушений нет, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Поля зрения при ориентировочном исследовании не сужены. Недостаточность левого глазодвигательного нерва. Гипестезия в области иннервации I ветви левого тройничного нерва. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы с конечностей D=S. Тонус мышц конечностей и их мышечная сила не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива.

В анамнезе жизни – ревматоидный артрит, принимает метотрексат, хронический калькулезный холецистит, в детстве перенесла вирусный гепатит А. Операций не было.



ВОПРОСЫ

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - a. макроаденома гипофиза
 - b. менингиома основания черепа
 - c. гемангиоперицитома
 - d. MPNST (Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor)
2. Какие методы исследования могут подтвердить диагноз (один или несколько вариантов)
 - a. КТ-ангиография
 - b. МР-спектроскопия
 - c. безконтрастная МР-перфузия
 - d. КТ-перфузия
3. Предложите тактику нейрохирургического лечения пациента
 - a. Трансназальная эндоскопическая резекция опухоли + стереотаксическая радиохирugia
 - b. Транскраниальное удаление опухоли
 - c. Стереотаксическая радиохирugia (однократное воздействие)
 - d. Стереотаксическая радиохирugia (3-5 фракций)

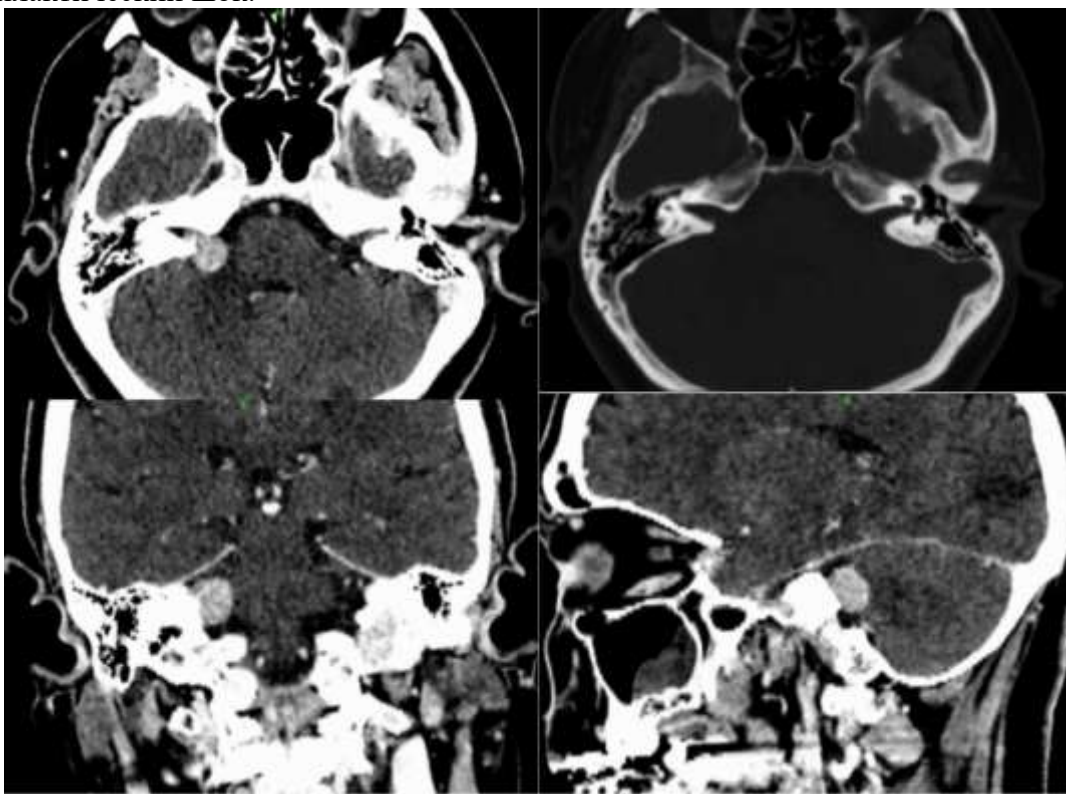
е. Динамическое наблюдение

Ситуационная задача № 40

Пациентка 32 лет, около 6 месяцев назад стала отмечать шум в правом ухе, снижение слуха справа, периодическое головокружение. К врачу по этому поводу не обращалась. Страдает хроническим синуситом, ЛОР-врачом направлена на КТ головы. Врач-рентгенолог отметил расширение правого внутреннего слухового прохода и провел исследование с контрастированием, при котором в области правого мостомозжечкового угла выявлена опухоль, несколько гетерогенно накапливающая контрастный препарат, с интраканальной частью, без признаков деструкции височной кости. Размеры опухоли 15x11x9 мм, объем 1,4 см³.

В неврологическом статусе сознание ясное, речевых нарушений нет, зрачки OD=OS, фотореакции живые. Поля зрения при ориентировочном исследовании не сужены. Глазодвигательных нарушений нет. Чувствительность лица сохранена. Легкая асимметрия лица – сглаженность правой носогубной складки. Слух снижен справа. Сухожильные рефлексы с конечностей D=S. Тонус мышц конечностей и их мышечная сила не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга легкая шаткость.

В анамнезе хронический полисинусит, дренирование и санация левой гайморовой пазухи около года назад. Аллергия на местные анестетики (лидокаин) – анафилактический шок.



ВОПРОСЫ

1. Наиболее вероятный диагноз:

- a. вестибулярная шваннома
- b. холестеатома
- c. гломусная опухоль
- d. хордома

2. Классифицируйте опухоль по шкале Koos:

- a. 1

- b. 2
- c. 3
- d. 4

3. Предложите тактику нейрохирургического лечения пациента

- a. Микрохирургическая резекция опухоли под нейрофизиологическим контролем+стереотаксическая радиохирургия
- b. Микрохирургическое удаление опухоли под нейрофизиологическим контролем с трепанацией внутреннего слухового прохода
- c. Стереотаксическая радиохирургия
- d. Тотальное удаление опухоли транспирамидным доступом

Ситуационная задача № 41

Мужчина 35 лет, доставлен в стационар бригадой СМП. Со слов врача СМП около 1 часа назад пострадал в результате суицидальной попытки, выстрелил в голову из травматического пистолета.

При осмотре: общее состояние пациента тяжелое. 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 140/90 мм рт. ст.

В неврологическом статусе: пациент лежит с закрытыми глазами, на простые вопросы отвечает односложно. Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, тонус слева снижен. Сухожильные рефлексы D>S. Умеренно выраженная менингеальная симптоматика. Местно: в правой височной области входная рана в которой находится часть ранящего снаряда (резиновая пуля), кровотечения из раны нет.



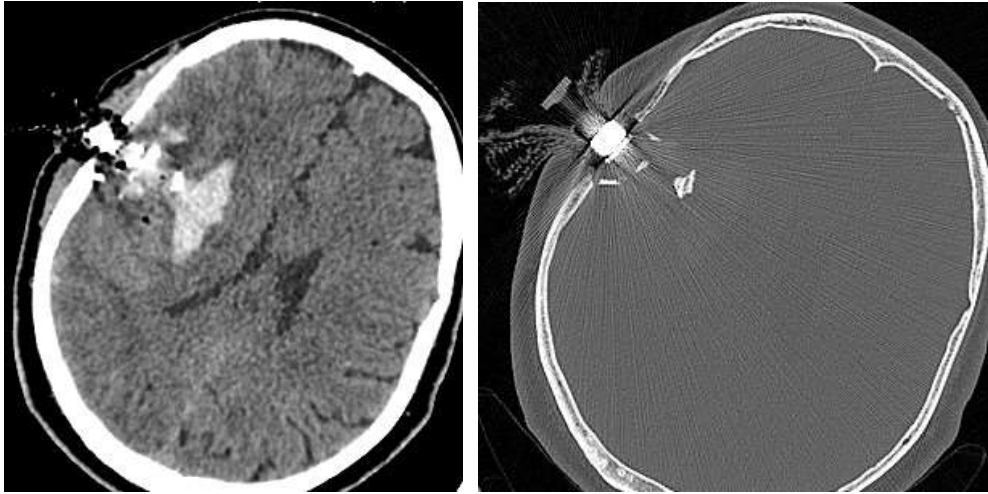
ВОПРОСЫ

1. Оцените состояние пациента по шкале комы Глазго:

- a. 14б;
- b. 13б
- c. 12б
- d. 11б

2. Предложите наиболее предпочтительный метод диагностики для определения тактики лечения:

- a. рентгенография черепа;
- b. КТ головы;
- c. КТ головы с контрастным усилением;
- d. МРТ головы



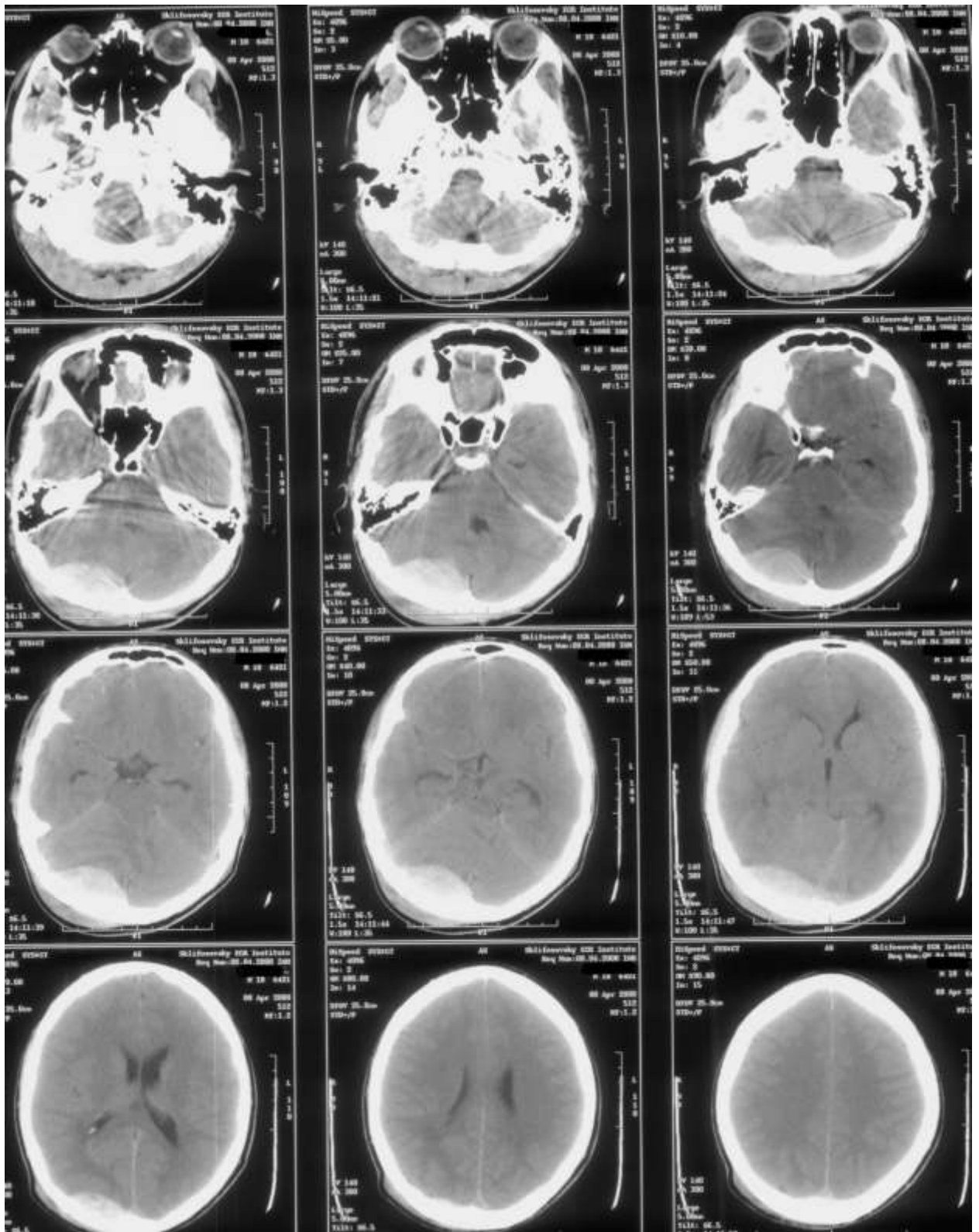
4. Предложите оптимальный вариант тактики лечения пациента после дообследования:

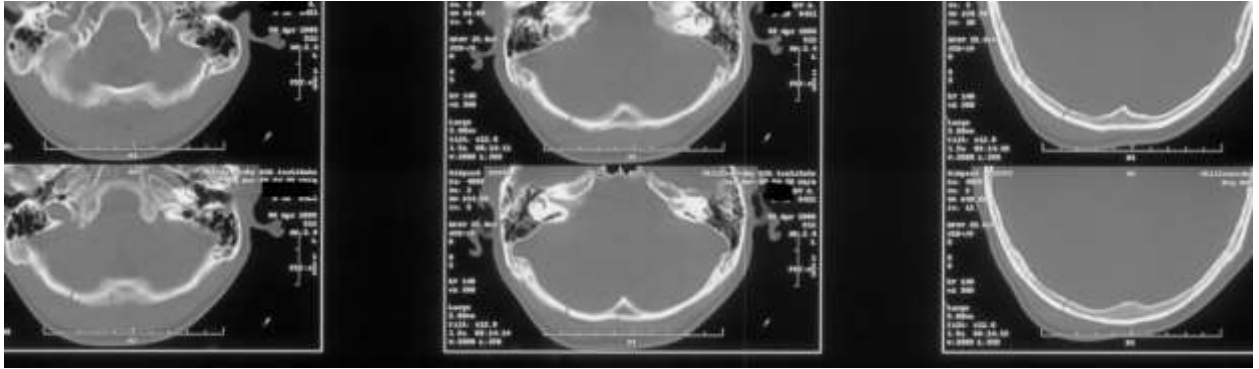
- a. удаление ранящего снаряда;
- b. резекция височной кости, удаление ранящего снаряда, удаление прилежащего очага ушиба и костных отломков;
- c. резекция височной кости, удаление ранящего снаряда, ревизия раневого канала, удаление доступных костных отломков
- d. резекция височной кости, удаление ранящего снаряда, ревизия раневого канала, удаление доступных костных отломков, первичная пластика костного дефекта
- e. Декомпрессивная трепанация в правой теменно-височной области, удаление ранящего снаряда, костных отломков.

Ситуационная задача № 42

Пациент, 18 лет доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии для нейрохирургических больных. Жалобы при поступлении: На головную боль, головокружение. Анамнез заболевания: Со слов: бригады СМП пострадал при падении с высоты 3 метра. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение. Общее состояние: средней тяжести. ЧДД: 17 /мин; Ритм дыхания: регулярный. Систолическое давление: 125 мм.рт.ст.; Диастолическое давление: 75 мм.рт.ст.; Пульс: 70 /мин; Состояние органов желудочно-кишечного тракта - Живот при пальпации не напряжен.

Неврологический статус: Уровень бодрствования: умеренное оглушение. ШКГ (баллы): 14. Симметрия зрачков: D = S. Горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы: D=S. Парез мышц конечностей: нет. Тонус мышц снижен справа, промахивание при ПНП справа, умеренно выраженный симптом Кернига.





ВОПРОСЫ

1. Какие симптомы свидетельствуют о травме ЗЧЯ?
 - а. Головная боль
 - б. Головокружение
 - в. Снижение уровня бодрствования
 - г. Снижение мышечного тонуса справа
 - д. Горизонтальный нистагм

2. Каков план обследования?
 - а. Рентгенография черепа в задней полуаксиальной проекции
 - б. КТ головного мозга
 - в. Исследование вызванных стволовых потенциалов
 - г. ЭХО-энцефалоскопия

3. Какой тип гематомы у пострадавшего?
 - а. Острая эпидуральная ЗЧЯ
 - б. Острая эпидуральная супри-субтенториальная
 - в. Подострая эпидуральная
 - г. Острая субдуральная ЗЧЯ
 - д. Острая субдуральная супра-субтенториальная

4. Какова тактика лечения?
 - а. Консервативная терапия, наблюдение
 - б. Консервативная терапия контроль КТ через 12 часов
 - в. Костно-пластическая трепанация, удаление гематомы
 - д. Декомпрессивная трепанация, удаление гематомы

Ситуационная задача № 43

Мужчина 57 лет был доставлен в стационар бригадой СМП. За 2 часа до этого на фоне высокого АД потерял сознание. Женой пациента была вызвана бригада СМП по телефону «03» и больной был доставлен в стационар.

Жалобы при поступлении не предъявляет из-за афазии.

Анамнез жизни: страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает гипотензивные препараты, «рабочее» АД – 140/90 мм рт.ст.

Состояние тяжелое. АД – 150/90 мм рт.ст., пульс – 96 ударов в минуту. ЧДД – 20 в минуту, дыхание проводится во все отделы, жесткое. Уровень сознания – умеренное оглушение. Умеренный менингеальный синдром. Зрачки равновеликие, фотореакции снижены. Центральный парез лицевого нерва справа. Бульбарные расстройства не выявлены. Правосторонняя гемиплегия. Местно: следов травмы головы нет.

При КТ головного мозга выявлена внутримозговая гематома базальных ядер левого полушария 53 x 38 x 35 мм, поперечная дислокация срединных структур вправо на 4 мм, аксиальной дислокации нет.

ВОПРОСЫ

1. Какой объем внутримозговой гематомы у пациента?
 - А. 27 см³
 - Б. 35 см³
 - В. 42 см³
 - Г. 54 см³
 - Д. 70 см³
2. Какой локализации внутримозговая гематома?
 - А. Лобарная
 - Б. Латеральная
 - В. Смешанная
 - Г. Медиальная
 - Д. Ствола
3. Какую лечебную тактику следует выбрать?
 - А. проводить консервативную терапию
 - Б. оперировать экстренно: выполнить микрохирургическое удаление гематомы
 - В. Оперировать экстренно: выполнить эндоскопическое удаление гематомы
 - Г. Оперировать спустя 1 сутки после кровоизлияния: выполнить микрохирургическое удаление гематомы
 - Д. оперировать спустя 1 сутки после кровоизлияния: выполнить эндоскопическое удаление внутримозговой гематомы

Ситуационная задача № 44

Пациентка 43 лет была доставлена в стационар бригадой СМП.

Жалобы при поступлении на головную боль, тошноту, головокружение.

Анамнез заболевания: за 3 часа до поступления в стационар на фоне физической нагрузки почувствовала сильную головную боль, потеряла сознание. После восстановления сознания была головная боль, тошнота, многократная рвота. Вызвала бригаду СМП, была доставлена в стационар.

Анамнез жизни: страдает ожирением, артериальной гипертонией, сахарным диабетом 2 типа.

Состояние при поступлении средней степени тяжести. АД – 140/90 мм рт.ст., пульс – 88 ударов в минуту. ЧДД – 16 в минуту, дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Неврологический статус: Умеренное оглушение, ШКГ – 14 баллов. Ригидность затылочных мышц. ЧМН интактны. Дисфония. Сухожильные рефлексы слева оживлены, тонус мышц слева умеренно снижен. Симптом зубчатого колеса слева. Пальце-носовую пробу левой рукой выполняет с мимопаданием. Горизонтальный нистагм.

Местно: следов травмы головы нет.

КТ головного мозга: внутримозговая гематома левого полушария мозжечка 17 см³, окруженная небольшой зоной перифокального отека, IV желудочек компримирован, обходная цистерна умеренно сужена, ВКК2 – 17%.

ВОПРОСЫ

1. Какое дообследование требуется пациентке?
 - А. Регистрация вызванных акустических стволовых потенциалов

- Б. УЗИ брахиоцефальных артерий
- В. Церебральная ангиография
- Г. КТ-перфузия головного мозга
- Д. МРТ головного мозга с контрастным усилением

2. Какую лечебную тактику следует выбрать?

- А. Проводить консервативную терапию
- Б. Проводить удаление внутримозговой гематомы в экстренном порядке
- В. Проводить в экстренном порядке церебральную ангиографию и затем экстренную операцию – удаление внутримозговой гематомы
- Г. Проводить в экстренном порядке церебральную ангиографию, а затем отсроченно операцию – удаление внутримозговой гематомы
- Д. Проводить в экстренном порядке церебральную ангиографию, а затем экстренно операцию – декомпрессивную трепанацию задней черепной ямки, удаление внутримозговой гематомы

3. Какой метод служит альтернативой микрохирургической операции у данной пациентки?

- А. эндоскопическая аспирация ВМГ
- Б. пункционная аспирация ВМГ
- В. эндоскопическая тривентрикулостомия
- Г. Установка наружного вентрикулярного дренажа
- Д. вентрикуло-перитонеальное шунтирование

Ситуационная задача № 45

Мужчина 60 лет был доставлен в стационар бригадой СМП.

Жалобы: на головную боль.

Анамнез заболевания: 4 часа назад на даче при физической нагрузке почувствовал сильную головную боль. Сознания не терял. Возникла слабость в левых конечностях. Бригадой СМП был доставлен в стационар.

Анамнез жизни: страдает сахарным диабетом 2 типа, ожирением 2 ст., гипертонической болезнью 3 ст. Систематического лечения не получает.

Состояние при поступлении средней степени тяжести. АД – 150/100 мм рт.ст., пульс – 92 удара в минуту. ЧДД – 20 в минуту, дыхание проводится во все отделы. Неврологический статус: Умеренное оглушение. ШКГ – 14 баллов. Зрачки равновеликие, 2 мм, фотореакции живые. ЧМН интактны. Сухожильные рефлексы умеренно повышены слева. Проба Барре слева положительная.

КТ головного мозга: медиальная внутримозговая гематома правого полушария 10 см³, кровоизлияние в III и IV желудочки 3 см³ без расширения желудочков.

ВОПРОСЫ

1. Требуется ли пациенту инструментальное дообследование в экстренном порядке?
 - А. требуется проведение ЦАГ
 - Б. требуется проведение регистрации АСВП
 - В. Требуется выполнение ТКДГ
 - Г. Требуется МРТ головного мозга
 - Д. дообследование не требуется

2. Выберите лечебную тактику:
 - А. консервативная терапия, КТ головного мозга в динамике
 - Б. экстренная операция: микрохирургическое удаление гематомы
 - В. Экстренная операция: эндоскопическое удаление гематомы

Г. Отсроченная операция: эндоскопическое удаление гематомы

Д. Отсроченная операция: пункционная аспирация гематомы

3. Какое осложнение можно ожидать у данного пациента в ближайшие 48 часов?

А. ТЭЛА

Б. Пневмонию

В. Отек и дислокацию головного мозга

Г. Острую окклюзионную гидроцефалию

Д. Развитие ишемии ствола мозга

Ситуационная задача № 46

Женщина 47 лет стала отмечать частую (практически ежедневную) головную боль, больше выраженную по утрам, шаткость при ходьбе, головокружение.

Анамнез заболевания: указанные жалобы появились около 3 месяцев назад после перенесенной ОРВИ. При обследовании (амбулаторно больной была выполнена МРТ головного мозга) выявлена гидроцефалия. Пациентка направлена на консультацию нейрохирурга.

Анамнез жизни: наличие хронических заболеваний отрицает.

Состояние удовлетворительное. ЧДД – 16 в минуту, дыхание везикулярное. АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту.

Неврологический статус: Сознание ясное. ШКГ – 15 баллов. Менингеальных симптомов нет. ЧМН интактны. Полушарных, ствольных симптомов нет. Пальце-носовую пробу выполняет неуверенно.

Местно: размер головы нормальный.

МРТ головного мозга: тривентрикулярная гидроцефалия, ВКК2 – 22% с умеренно выраженным перивентрикулярным лейкоареозом, в области водопровода мозга визуализируется спайка.

ВОПРОСЫ

1. Какой тип гидроцефалии можно предположить у пациентки?

А. Атрофическая

Б. Дизрезорбтивная

В. Идиопатическая

Г. Окклюзионная

Д. Смешанного генеза

2. Выберите метод дообследования пациентки:

А. tap-test

Б. КТ головного мозга с КУ

В. ЭЭГ

Г. АСВП

Д. консультация офтальмолога

3. Какой хирургический метод следует выбрать для разрешения данного вида гидроцефалии?

А. вентрикуло-перитонеальное шунтирование

Б. вентрикуло-атриальное шунтирование

В. эндоскопическую тривентрикулостомию

Г. Операцию Торкильдсена

Д. эндоскопическое стентирование водопровода мозга

Ситуационная задача № 47

Женщина 35 лет стала отмечать частую (практически ежедневную) головную боль, периодическую шаткость при ходьбе, головокружение.

Анамнез заболевания: указанные жалобы появились около года назад. При МРТ головного мозга с КУ выявлена коллоидная киста III желудочка. Пациентка направлена на консультацию нейрохирурга.

Анамнез жизни: росла и развивалась нормально. Наличие хронических заболеваний отрицает.

Состояние удовлетворительное. ЧДД – 16 в минуту, дыхание везикулярное. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 76 ударов в минуту.

Неврологический статус: Сознание ясное. ШКГ – 15 баллов. Менингеальных симптомов нет. ЧМН интактны. Полушарных, стволовых симптомов нет. Пальцевосовую пробу выполняет удовлетворительно.

Местно: размер головы нормальный.

МРТ головного мозга: бивентрикулярная гидроцефалия, ВКК2 – 24% с умеренно выраженным перивентрикулярным лейкоцезом, в области выхода из монровых отверстий в передней трети полости III желудочка – коллоидная киста диаметром 9 мм.

ВОПРОСЫ

1. Какой тип гидроцефалии у пациентки?

- А. Атрофическая
- Б. Дизрезорбтивная
- В. Идиопатическая
- Г. Окклюзионная
- Д. Смешанного генеза

2. Какую лечебную тактику следует выбрать?

- А. Наблюдение, МРТ через 1 год
- Б. Плановое хирургическое лечение – удаление коллоидной кисты
- В. Плановое хирургическое лечение – удаление коллоидной кисты, тривентрикулостомия
- Г. Плановое хирургическое лечение – вентрикуло-перитонеальное шунтирование
- Д. Дообследование – проведение tap-test

3. Какую тактику выбрать в случае резкого ухудшения состояния пациентки, угнетения сознания до глубокой комы до плановой операции?

- А. Симптоматическая терапия
- Б. Экстренная операция – эндоскопическое удаление коллоидной кисты
- В. Экстренная операция – наружное вентрикулярное дренирование
- Г. Экстренная операция Торкильдсена
- Д. Экстренная установка поясничного дренажа

Ситуационная задача № 48

Женщину 26 лет беспокоит частая давящая головная боль, головокружение, снижение кратковременной памяти.

Анамнез заболевания: указанные жалобы появились около полугода назад. Неделю назад у пациентки случился обморок. Обратилась к неврологу. После консультации невролога, осмотра офтальмологом и определения застоя на глазном дне была направлена на МРТ головного мозга. При МРТ головного мозга с КУ выявлена киста прозрачной перегородки. Пациентка направлена на консультацию нейрохирурга.

Анамнез жизни: росла и развивалась нормально. Наличие хронических заболеваний отрицает. Около полугода назад у пациентки было падение на гололеде, в результате чего получила сотрясение головного мозга.

Состояние удовлетворительное. ЧДД – 16 в минуту, дыхание везикулярное. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту.

Неврологический статус: Сознание ясное. ШКГ – 15 баллов. Менингеальных симптомов нет. ЧМН интактны. Полушарных, ствольных симптомов нет. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно.

Местно: размер головы нормальный.

МРТ головного мозга: очаговых изменений вещества головного мозга нет, боковые желудочки умеренно увеличены, ВКК2 – 20%; определяется киста прозрачной перегородки 28 x 25 x 35 мм с двояковыпуклыми боковыми стенками.

ВОПРОСЫ

1. Какую лечебную тактику следует выбрать?

А. Наблюдение, МРТ через 1 год

Б. Плановое хирургическое лечение – эндоскопическую фенестрацию кисты прозрачной перегородки

В. Плановое хирургическое лечение – микрохирургическое иссечение стенок кисты прозрачной перегородки

Г. Плановое хирургическое лечение – вентрикуло-перитонеальное шунтирование

Д. Дообследование – проведение tap-test

2. Какое лечение следует проводить после хирургического вмешательства?

А. диакарбом – лечение курсовое – 1 месяц

Б. диакарбом – лечение постоянное

В. Поясничные пункции в течение 1 недели после операции

Г. Ограничение потребления жидкости в течение двух недель после операции до 1000 мл в сутки

Д. лечение не требуется

Ситуационная задача № 49

Пациентка Д., 27 лет.

Жалобы:

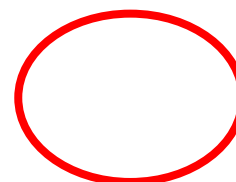
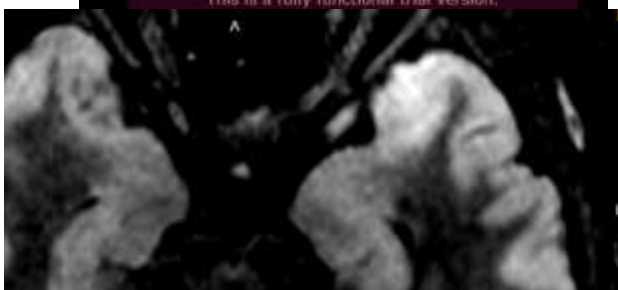
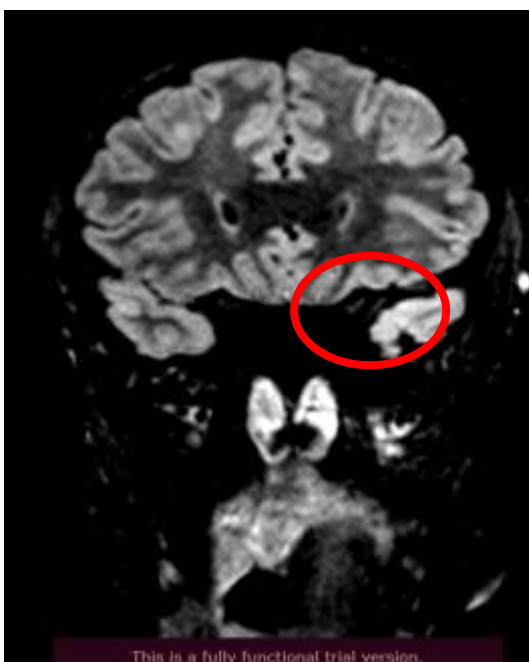
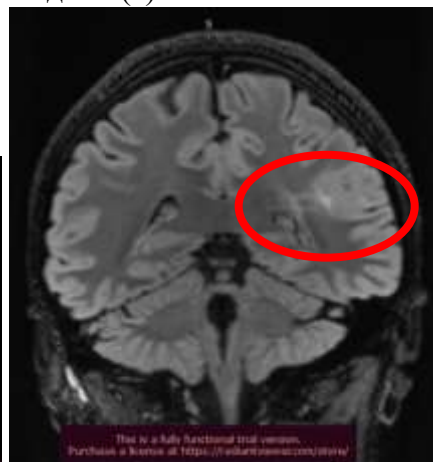
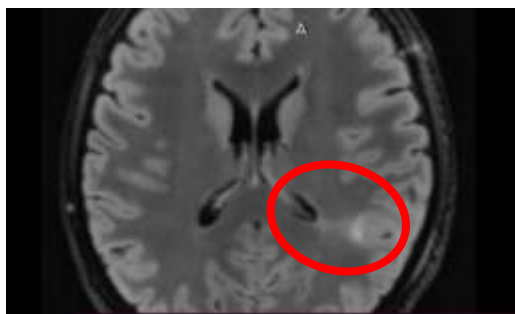
1. на приступы с потерей сознания, возникающие преимущественно во сне — садится в кровати, отмечается поворот туловища, с последующим появлением судорог, без прикуса языка, без упускания мочи, приступы амнезирует, приступы протекают сериями 2-4 приступа в течение ночи, возникают практически каждую ночь.

2. приступ с потерей сознания, во время которого совершала действия, которые амнезировала.

Анамнез заболевания: со слов пациентки и по данным медицинской документации, родилась в срок доношенной. Росла и развивалась нормально. Фебрильные судороги отрицает. В возрасте 3 лет — получила ЗЧМТ — упала из коляски, ударила головой. Дебют заболевания в возрасте 5 лет, когда впервые развился приступ с потерей сознания, с судорогами, без прикуса языка. Были приступы во время сна и днем. Был назначен ламиктал – приступы стали развиваться только ночью. В 7 лет ламиктал заменен на депакин и финлепсин- без существенной динамики. Было по несколько ночных приступов в неделю. В 18 лет финлепсин препараты заменены на вальпроевую кислоту и кармбамазепин- частота приступов увеличилась почти до ежедневных. Около года назад пробовали отменить финлепсин на кепру- резкое увеличение частоты приступов, появления дневных приступов (со слов матери, по типу

«замираний»; со слов пациентки, были дневные приступы, которые она амнезирует, но сопровождались травмами головы и конечностей- были синяки). 6 мес. назад к терапии добавлен леветирацетам- без существенной динамики. В настоящее время принимает вальпроевая к-та 2000/с, леветирацетам 2000мг/с, финлепсин 800мг/с.

МРТ головного мозга: фокальная кортикальная дисплазия левой супрамаргинальной извилины, левой височной доли (?).



По данным скальпового видео ЭЭГ мониторинга, зона начала приступов локализуется с проекции левых височной и теменных долей головного мозга.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз возможно заподозрить у пациентки?

1. Структурная фармакорезистентная форма эпилепсии;
2. Псевдорезистентность;
3. Псевдоэпилептические приступы;
4. Генерализованная форма эпилепсии.

2. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения дальнейшей тактики лечения:

- a. МР-перфузия головного мозга;
- b. МР-трактография;
- c. Тест Вада;
- d. Инвазивный ЭЭГ мониторинг

3. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при выявлении зоны начала приступа в левой височной доле:

- a. коррекция противоэпилептической терапии, продолжение консервативной терапии;
- b. Выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;
- c. Выполнение хирургического вмешательства – передняя медиальная височная лобэктомия с амигдалогиппокампэктомией слева;
- d. Выполнение хирургического вмешательства – резекция ФКД левой супрамаргинальной извилины с интраоперационным пробуждением и картированием.

4. Предложите основной вариант тактики лечения пациента после дообследования при выявлении зоны начала приступа в левой теменной доле:

- a. коррекция противоэпилептической терапии, продолжение консервативной терапии;
- b. Выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;
- c. Выполнение планового хирургического вмешательства – передняя медиальная височная лобэктомия с амигдалогиппокампэктомией слева;
- d. Выполнение планового хирургического вмешательства – резекция ФКД левой супрамаргинальной извилины с интраоперационным пробуждением и картированием.

Ситуационная задача № 50

Пациентка 21 года, 6 лет назад впервые появились приступы с кратковременным изменением сознания, с улыбкой, смехом длительностью до 10 с. Амбулаторно 5 лет назад была выполнена МРТ головного мозга, при которой выявлено объемное образование правой височной доли. Пациентка наблюдалась у невролога, получала консервативную терапию без эффекта; количество приступов увеличивалось (достигло 2–3 в сутки) с присоединением во время приступа движений в правой руке и правой ноге без потери сознания, без генерализации. Последний год появились приступы с вторичной генерализацией. Пациентка принимала: финлепсин ретард 800 мг 2 раза в сутки, кепсра 750 мг 2 раза в сутки. На фоне проводимой противосудорожной терапии частота вторично-генерализованных приступов составляет 1–2 раза в неделю.

По данным МРТ головного мозга визуализировано образование в базальных отделах правой височной доли размером 15 × 12 × 12 мм (повышен сигнал в режимах T2 и flair), не накапливающее контрастное вещество



Пациентке проведен 4-суточный скальповый видео-ЭЭГ-мониторинг, за время которого зарегистрировано 3 вторично-генерализованных сложных парциальных приступа. Клиническая картина приступа: пробуждение → версия головы влево → флексия правой руки в локтевом суставе → экстензия левой руки (симптом 4) → тонические сокращения → тонико-клонические сокращения. По данным скальпового видео-ЭЭГ-мониторинга ЗНП является правая височная доля.

ВОПРОСЫ

1. Какое эпилептогенное поражение возможно заподозрить у пациентки:

- глиальную опухоль ;
- фокальную кортикальную дисплазию;
- склероз гиппокампа;
- перивентрикулярную гетеротопию;
- АВМ

2. Какой диагноз возможно заподозрить у пациентки?

- Структурная фармакорезистентная форма эпилепсии;
- Псевдорезистентность;
- Псевдоэпилептические приступы;
- Генерализованная форма эпилепсии.

3. Предложите основной тип хирургического вмешательства пациентке с указанной патологией:

- коррекция противоэпилептической терапии, продолжение консервативной терапии;
- выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;
- выполнение хирургического вмешательства – tailored резкция эпилептогенного поражения
- выполнение хирургического вмешательства – селективная амигдалогиппокампэктомия.

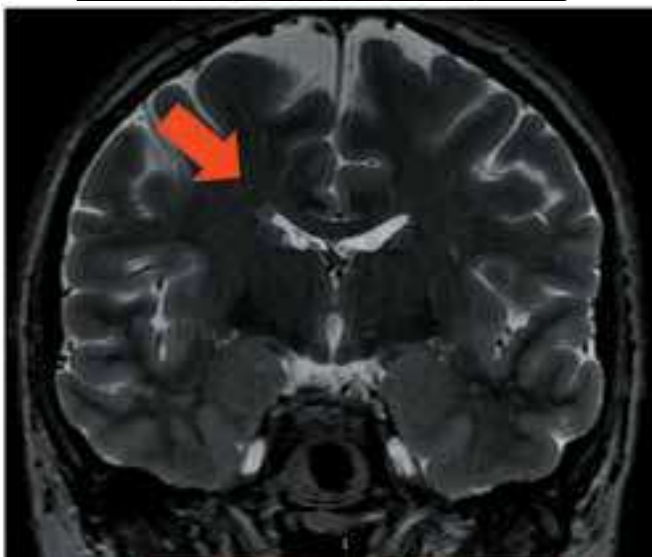
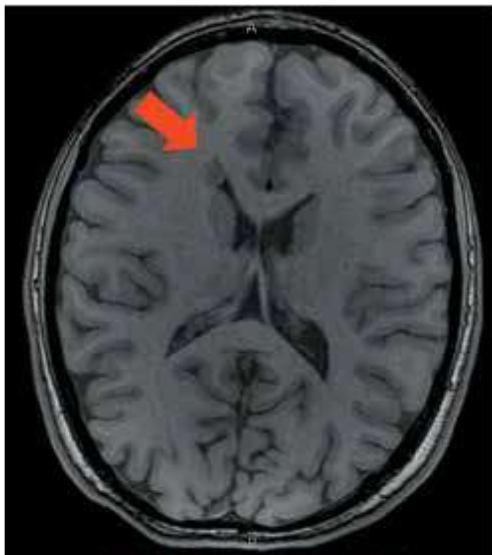
Ситуационная задача № 51

Пациентка 34 лет.

Жалобы при поступлении: приступы по типу «замираний» частотой 20 раз в сутки, приступы потери сознания с присоединением тонико-клонических судорог частотой до 4 раз в сутки, эпизоды снижения чувствительности в левых конечностях.

Анамнез заболевания: в 2004 г. без видимой причины у пациентки развился эпизод потери сознания. Пациентка была консультирована неврологом, эпилептологом, при дообследовании (ЭЭГ) выставлен диагноз «эпилепсия». Назначена противосудорожная терапия с временным положительным эффектом в виде снижения частоты приступов. В настоящее время пациентка принимает лакосамид 400 мг / сут, карбамазепин 1200 мг / сут, бензонал 0,1 г / сут.

При МРТ головного мозга выявлены перивентрикулярная гетеротопия правого бокового желудочка, усиление сигнала от правой парагиппокампальной и затылочной височной боковой извилины.



Пациентке проведен 2-суточный скальповый видео-ЭЭГ-мониторинг, за время которого зарегистрировано 5 вторично-генерализованных сложных парциальных приступов.

Клиническая картина приступа: версия головы влево → флексия правой руки в локтевом суставе → экстензия левой руки (симптом 4) → тонические сокращения → тонико-клонические сокращения. По данным скальпового видео-ЭЭГ-мониторинга ЗНП являются правая лобная и височная доли.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз возможно заподозрить у пациентки?
1. Структурная фармакорезистентная форма эпилепсии;
2. Псевдорезистентность;

3. Псевдоэпилептические приступы;
4. Генерализованная форма эпилепсии.

2. Предложите наиболее предпочтительный дополнительный метод диагностики для определения дальнейшей тактики лечения:

- a. МР-перфузия головного мозга;
- b. МР-трактография;
- c. Тест Вада;
- d. Инвазивный ЭЭГ мониторинг

3. При локализации зоны начала приступов в проекции перивентрикулярной гетеротопии правого бокового желудочка предложите основной тип хирургического вмешательства:

1. коррекция противоэпилептической терапии, продолжение консервативной терапии;
2. выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;
3. выполнение хирургического вмешательства – tailored резекция эпилептогенного поражения
4. выполнение хирургического вмешательства – селективная амигдалогиппо-кампэктомия.

Ситуационная задача № 52

Пациент мужчина, 45 лет.

Жалобы при поступлении: эпилептические приступы частотой 1 раз в 2–3 дня.

Анамнез заболевания: в возрасте 2 лет у пациента на фоне дизентерии впервые развился генерализованный приступ. Впоследствии до 7 лет приступы возникали с частотой 2 раза в неделю, пациент принимал хлоракон, гексамидин, смесь серейского, фин лепсин. С 7 до 15 лет была отмечена медикаментозная ремиссия. В 15 лет был отменен препарат хлоракон, пациент перенес гепатит А, после чего приступы возобновились. Клинически приступы проявлялись клоническими судорогами в правой руке, отключения сознания не отмечалось, продолжительность приступов составляла около 5 мин, частота – 2 раза в неделю. В возрасте 18 лет было проведено хирургическое лечение – дренирование кисты правой височной доли, частичное удаление АВМ правой височной доли. После операции появились приступы с отключением сознания, поведенческими автоматизмами, частотой 3–4 раза в месяц. Также появились

приступы с отключением сознания, с падением, без судорог. Постоянно проводился подбор противоэпилептической терапии: пациент принимал карбамазепин в максимальной суточной дозе 1800 мг в комбинации с различными антиэпилептическими препаратами. При приеме топирамата, леветирацетама, ламотриджина, вальпроевой кислоты существенного снижения частоты приступов не наблюдалось. В 2009 г. отмечена отрицательная динамика в виде появления вторично-генерализованных судорожных приступов. При поступлении пациент принимал карбамазепин 1200 мг / сут, леветирацетам 1500 мг / сут, паглюферал-3 по 1 таблетке 3 раза в сутки.

По данным МРТ головного мозга у пациента визуализирован склероз правого гиппокампа, отмечены рубцово-атрофические изменения правой височной доли, ФКД правой височной доли, АВМ правой височной доли с петрификатами. По данным КТ-АГ головного мозга выявлены петрификаты в правой височной доле.

Пациенту был проведен 2-суточный скальповый видео-ЭЭГ-мониторинг, за время которого зарегистрировано 2 вторично-генерализованных приступа. ЗНП являлись неокортикальные отделы правой височной доли

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз возможно заподозрить у пациентки?

1. Структурная фармакорезистентная форма эпилепсии;
2. Псевдорезистентность;
3. Псевдоэпилептические приступы;
4. Генерализованная форма эпилепсии.

2. Какое эпилептогенное поражение возможно заподозрить у пациента:

- a. глиальную опухоль;
- b. фокальную кортикальную дисплазию;
- c. склероз гиппокампа;
- d. перивентрикулярную гетеротопию;
- e. АВМ

3. Предложите основной тип хирургического вмешательства пациенту с указанной патологией:

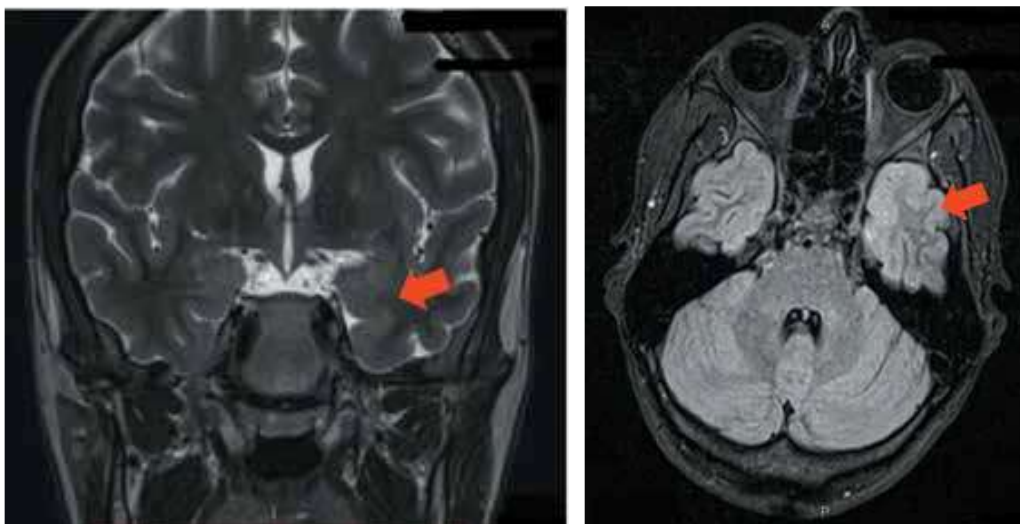
- a. коррекция противоэпилептической терапии, продолжение консервативной терапии;
- b. выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;
- c. выполнение хирургического вмешательства – АМГЛЭ справа
- d. выполнение хирургического вмешательства – селективная амигдалогиппокампэктомия.

Ситуационная задача № 53

Пациент мужчина, 29 лет

Анамнез заболевания: пациент с 4-летнего возраста (после ЧМТ) стал отмечать немотивированное чувство страха, которое имело тенденцию к учащению с дальнейшим развитием чувства скованности в грудной клетке. Пациент не придавал значения подобным пароксизмам, к неврологам не обращался. В 2005 г. у больного впервые развился генерализованный судорожный припадок, в дальнейшем подобные приступы развивались с частотой 1–2 раза в месяц. Приступы начинаются с чувства страха, дискомфорта в грудной клетке. Продолжительность приступа составляет около 2 мин. После приступа отмечается моторная афазия длительностью около 5 мин, пациент в момент приступа ничего не помнит. В настоящее время пациент принимает следующие препараты: кеппра 1500 мг / сут (по 750 мг утром и вечером), депакин хроно по 500 мг утром и вечером, финлепсин ретард 400 мг утром и 200 мг вечером.

По данным МРТ головного мозга отмечаются утолщение коры и усиление сигнала от медиальных отделов левой височной доли.



Пациенту проведен 3-суточный скальповый видео-ЭЭГ-мониторинг, за время которого зарегистрировано 3 вторично-генерализованных сложных парциальных приступа. Клиническая картина приступа: версия головы влево → флексия правой руки в локтевом суставе → экстензия левой руки (симптом 4) → тонические сокращения → тонико-клонические сокращения. По данным скальпового видео-ЭЭГ-мониторинга ЗНП является левая височная доля.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз возможно заподозрить у пациентки?
 1. Структурная фармакорезистентная форма эпилепсии;
 2. Псевдорезистентность;
 3. Псевдоэпилептические приступы;
 4. Генерализованная форма эпилепсии.

2. Какое эпилептогенное поражение возможно заподозрить у пациента:
 - a. глиальную опухоль;
 - b. фокальную кортикальную дисплазию;
 - c. склероз гиппокампа;
 - d. перивентрикулярную гетеротопию;
 - e. АВМ

3. Предложите основной тип хирургического вмешательства пациенту с указанной патологией:
 - a. коррекция противоэпилептической терапии, продолжение консервативной терапии;
 - b. выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;
 - c. выполнение хирургического вмешательства – АМГЛЭ слева
 - d. выполнение хирургического вмешательства – селективная амигдалогиппокампэктомия.

Ситуационная задача № 54

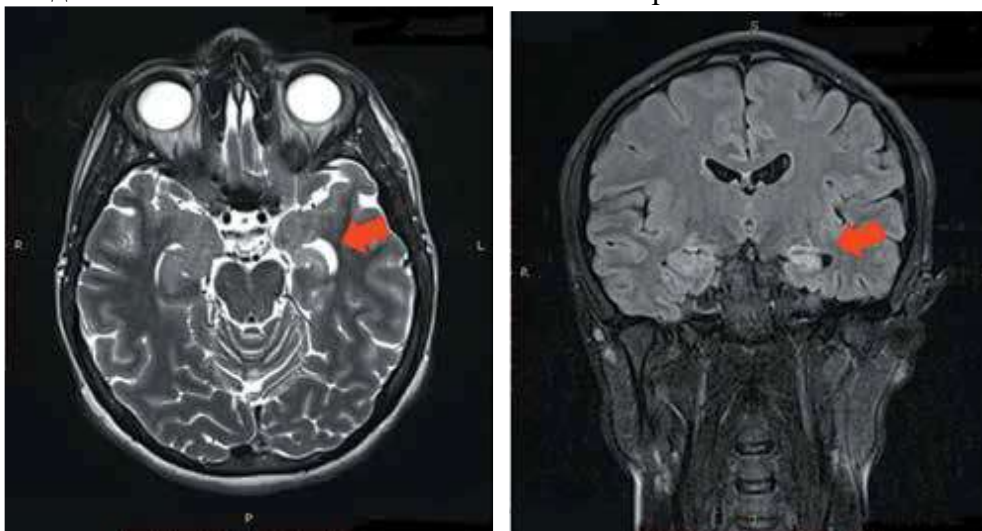
Пациентка женщина, 28 лет.

Анамнез заболевания: в возрасте 7 лет у пациентки на фоне повышения температуры тела после введения прививки развился генерализованный судорожный припадок. Пациентка была госпитализирована в инфекционное отделение. Впоследствии

установлен диагноз судорожного синдрома на фоне перенесенного энцефалита. Была назначена противосудорожная терапия с временным положительным эффектом в виде снижения частоты приступов, проведена ее неоднократная коррекция вследствие нарастания частоты приступов. В настоящее время пациентка принимает следующие препараты: кеппра 500 мг (2 таблетки утром, 1 таблетку днем и 3 таблетки вечером), фенитоин 100 мг (1 / 2 таблетки утром, 1 таблетку днем и 1 / 2 таблетки вечером), тегретол 200 мг

(по 1 / 2 таблетки утром и вечером). На фоне проводимой противосудорожной терапии частота вторично-генерализованных приступов составляет 1–2 раза в неделю.

По данным МРТ головного мозга выявлен склероз левого гиппокампа.



Пациентке проведен 3-суточный скальповый видео-ЭЭГ-мониторинг, за время которого зарегистрировано 3 вторично-генерализованных сложных парциальных приступа. Клиническая картина приступа: просыпание → версия головы вправо → флексия левой руки в локтевом суставе → экстензия правой руки → тонические сокращения → тонико-клонические сокращения. По данным скальпового видео-ЭЭГ-мониторинга ЗНП является левая височная доля

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз возможно заподозрить у пациентки?

1. Структурная фармакорезистентная форма эпилепсии;
2. Псевдорезистентность;
3. Псевдоэпилептические приступы;
4. Генерализованная форма эпилепсии.

2. Какое эпилептогенное поражение возможно заподозрить у пациента:

- a. глиальную опухоль;
- b. фокальную кортикальную дисплазию;
- c. склероз гиппокампа;
- d. кавернозную мальформацию;
- e. АВМ

3. Предложите основной тип хирургического вмешательства пациенту с указанной патологией:

- a. коррекция противосудорожной терапии, продолжение консервативной терапии;
- b. выполнение планового хирургического вмешательства – установка стимулятора блуждающего нерва;

- c. выполнение хирургического вмешательства – АМГЛЭ слева
- d. выполнение хирургического вмешательства – установка стимулятора для проведения глубинной стимуляции головного мозга.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

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.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1.	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.	10
2.	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
3.	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:	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447079.ht

	ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	ml
4.	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 .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429020.html
5.	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 .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/nevrologiya-problemy-i-protivorechiya-v-neonatologii-75504/
6.	Хирургия массивного ишемического инсульта [Электронный ресурс] / В. В. Крылов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-3808-4.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438084.html
7.	Нейронауки [Электронный ресурс]: курс лекций по невропатологии, нейропсихологии, психопатологии, сексологии / Н. Н. Николаенко. – Ростов-н/Д: Феникс, 2013. – 286 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN978522210130.html
8.	Нейрохирургия. Национальное руководство. Том I. Диагностика и принципы лечения / Под ред. Д. Ю. Усачёва - Москва: ФГАУ "Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко" Министерства здравоохранения РФ, 2022. - 608 с. - ISBN 978-5-7151-0576-9. -	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785715105769.html
9.	Нейрохирургия. Национальное руководство. Том II. Черепно-мозговая травма [Электронный ресурс] / Под ред. Д. Ю. Усачёва, Л. Б. Лихтермана, А. Д. Кравчука, В. А. Охлопкова - Москва : ФГАУ "Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко", 2022. - 516 с. - ISBN 978-5-7151-0584-4. -	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785715105844.html
10.	Нейрохирургия. Национальное руководство. Том III. Сосудистая нейрохирургия [Электронный ресурс]/ Под ред. Д. Ю. Усачева, Ш. Ш. Элиавы, С. Б. Яковлева, О. Б. Белоусовой - Москва: ФГАУ "Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко", 2023. - 536 с. - ISBN 978-5-7151-0615-5.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785715106155.html
11.	Нейрохирургия. Национальное руководство. Том IV. [Электронный ресурс]/ Под ред. А. Н. Коновалова, Д. Ю. Усачева, Д. И. Пицхелаури, В. Н. Шиманского, В. А. Черкаева, П. Л. Калинина, А. В. Голанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 432 с. - ISBN 978-5-7151-0644-5. -	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785715106445.html
12.	Детская нейрохирургия [Электронный ресурс]/ под ред. С. К. Горельшева - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4098-8.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440988.html
13.	Детская неврология и нейрохирургия. Т. 1. [Электронный ресурс]: учебник: в 2 т. / А. С. Петрухин, М. Ю. Бобылова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-6253-9, DOI: 10.33029/9704-6253-9-PNN-2023-1-400.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462539.html
14.	Детская неврология и нейрохирургия. Т. 2. [Электронный ресурс]: учебник: в 2 т. / А. С. Петрухин, М. Ю. Бобылова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6254-6, DOI: 10.33029/9704-6254-6-PNN-2023-1-608	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462546.html
15.	Лицевые нейропатии: от нейрохирургии до реабилитации [Электронный ресурс]: руководство для врачей / под ред. В. Е. Олюшина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 104 с. - ISBN 978-5-9704-7849-3, DOI: 10.33029/9704-7849-3-FAC-2023-1-	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970478493.html

	104	
16.	Медицинская реабилитация в неврологии [Электронный ресурс]: руководство для врачей / В. А. Епифанов, М. С. Петрова, А. В. Епифанов, И. И. Иванова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-7954-4, DOI: 10.33029/9704-7954-4-MRN-2024-1-592.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970479544.html
17.	Экспертиза временной нетрудоспособности: учебное пособие [Электронный ресурс]/ Н. П. Багметов, А. С. Рогова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 232 с. - ISBN 978-5-9704-9099-0, DOI: 10.33029/9704-9099-0-ETD-2025-1-232	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970490990.htm
18.	Основы нейрохирургии [Электронный ресурс]: учебное пособие /Т. А. Скоромец, А. Г. Нарышкин, В. Ю. Черембилло. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-6908-8, DOI: 10.33029/9704-6908-8-ONX-2025-1-400. -	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970469088.html
19.	Лучевая диагностика [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 484 с. - ISBN 978-5-9704-7916-2.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970479162.html
20.	Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи [Электронный ресурс]/ Трофимова Т. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 888 с. (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии") - ISBN 978-5-9704-2569-5.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425695.html
Дополнительная литература		
1.	Черепно-мозговая травма в детском возрасте [Электронный ресурс]: / Д. Ю. Выборнов, А. М. Мытников - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0054.html
2.	Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Л. В. Стаховской. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-6224-9.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462249.html
3.	Хирургия дегенеративных поражений позвоночника [Электронный ресурс]: национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. О. Гущи, А. Р. Юсуповой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-7299-6, DOI: 10.33029/9704-7299-6-SDS-2023-1-192.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472996.html
4.	Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии [Электронный ресурс]: руководство для врачей / А. А. Скоромец. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5896-9.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458969.html