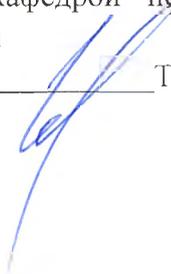


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.03.2026 20:36:29
Уникальный программный идентификатор:
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры неврологии и
нейрохирургии
протокол № 3а от «20 » октября 2025 г.
заведующий кафедрой неврологии и
нейрохирургии
доцент _____ Т.В. Шутеева



УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент _____ И.И. Квачахия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.56(*Нейрохирургия*)**

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой доцент

Шутеева Т.В.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.56 Нейрохирургия

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образо-

вания, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных

	ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
--	--------------------

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Пирамидный путь: строение, функции, симптомы поражения на разных уровнях (в коре больших полушарий головного мозга, внутренней капсуле, стволе головного мозга, в шейном, грудном и поясничном отделах спинного мозга).
2. Физиологические глубокие и поверхностные рефлексy, их уровни замыкания и изменения при центральном и периферическом параличах.
3. Характеристика и дифференциальная диагностика центрального и периферического паралича. Причины их появления. Дифференциальный диагноз органического и конверсионного пареза.
4. Строение проводящих путей и локализация центра поверхностной болевой и температурной чувствительности; симптомы их поражения и раздражения на различных уровнях (кора головного мозга, внутренняя капсула, спинной мозг, периферические нервы).
5. Строение проводящих путей и локализация центра глубокой чувствительности, симптомы их поражения на различных уровнях. Методы исследования глубокой чувствительности. Синдром сенситивной атаксии.
6. Симптомы полного поперечного поражения спинного мозга на уровне его верхних шейных сегментов, шейного утолщения, грудных сегментов, пояснично-крестцового утолщения.
7. Экстрапирамидная система: функции, строение, медиаторы. Основные синдромы поражения. Синдром паркинсонизма: причины, дифференциальный диагноз и клиника.
8. Экстрапирамидная система: функции, строение. Гиперкинезы, мышечные дистонии при поражении экстрапирамидной системы: причины их развития и возможности лечения.
9. Мозжечок: функции, строение, состав ножек (основные пути), симптомы нарушения функций мозжечка и методы их исследования.
10. Высшие психические функции: определение, морфологический субстрат, условия их формирования. Локализация функций в коре больших полушарий головного мозга, концепция динамической локализации функций. Примеры функциональной асимметрии больших полушарий головного мозга.
11. Локализация речевых функций в коре больших полушарий головного мозга. Расстройства речи. Виды афазий. Характеристика моторной афазии.
12. Гнозия, праксия: понятие, локализация центров. Агнозия, ее виды. Апраксия, ее виды. Причины развития апраксии и агнозии.
13. Очаговые симптомы поражения и раздражения височной доли головного мозга, причины их появления.
14. Очаговые симптомы поражения и раздражения теменной доли головного мозга, причины их появления.
15. Очаговые симптомы поражения и раздражения лобной доли головного мозга, причины их появления.
16. Очаговые симптомы поражения и раздражения затылочной доли головного мозга, причины их появления.
17. Проводящие пути и сегментарный аппарат спинного мозга на поперечном срезе: состав задних, боковых, передних канатиков спинного мозга, серого вещества спинного мозга.
18. Причины и симптомы поражения структур и образований спинного мозга: заднего и бокового канатиков; переднего и заднего боковых рогов; передней серой спайки.

19. Оболочечный (менингеальный) синдром: причины и механизмы развития, основные менингеальные симптомы.
20. Оболочечный (менингеальный) синдром: причины и механизмы развития, основные менингеальные симптомы. Анализ спинномозговой жидкости в норме у новорожденных и взрослых. Особенности менингеального синдрома при туберкулезном, герпетическом менингите, у детей первых лет жизни и ослабленных больных.
21. Причины развития и дифференциальная диагностика экстрапирамидных синдромов (паркинсонизм, гиперкинезы, мышечные дистонии).
21. Зрительный нерв: функции, строение, симптомы поражения на различных уровнях.
22. Глазодвигательный нерв: функции, строение, симптомы и причины поражения.
23. Блоковый и отводящий нервы: функции, строение, причины и симптомы поражения.
24. Тройничный нерв: функции, строение, симптомы поражения, дифференциальная диагностика поражения ветвей и ядер тройничного нерва.
25. Лицевой нерв: строение, центральный и периферический парезы, их дифференциальная диагностика, лечение.
26. Языкоглоточный и блуждающий нервы: функции, симптомы поражения. Бульбарный синдром, его причины и клиника.
27. Подъязычный нерв: функция, клиника и причины поражения.
28. Добавочный нерв: функции, симптомы поражения и его причины.
29. Бульбарный и псевдобульбарный параличи: причины развития, клинические проявления, дифференциальная диагностика
30. Нарушения мозгового кровообращения: классификация, причины и факторы риска. Роль апоптоза в развитии инсульта, концепция биохимического (глутамат-кальциевого) каскада. Методы борьбы с апоптозом.
31. Факторы риска нарушений мозгового кровообращения. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК): определение, классификация, клиника ПНМК в каротидной и вертебробазиллярной системах. Организация лечебно-диагностического процесса при ПНМК. Профилактика ПНМК.
32. Мозговой инсульт как синдром острого нарушения мозгового кровообращения: концепция гетерогенности инсульта. Основные принципы ухода за больным инсультом (позиционирование, кормление, введение жидкости, лечебная физкультура, массаж). Первичная и вторичная профилактика инсульта.
33. Синдром ишемического инсульта: основные причины и факторы риска, патогенез, типы. Концепция «терапевтического окна». Неотложная помощь. Лечение в острейшем и остром периодах в условиях отделения для больных с ОНМК РСЦ.
34. Неотложная базисная терапия больных с инсультом на догоспитальном этапе. Уход и реабилитация. Возможности нейрохирургической помощи (отек головного мозга, вклинение, окклюзионная гидроцефалия).
35. Дифференцированное медикаментозное и хирургическое лечение ишемического инсульта в «период терапевтического окна». Первичная и вторичная профилактика инсульта.
36. Цереброваскулярное заболевание: ишемический инсульт. Причины и основные этиопатогенетические типы ишемического инсульта, роль и значение биохимического (глутамат-кальциевого) каскада в его развитии. Основные периоды ишемического инсульта. Неотложная помощь при его развитии. Лечение в остром периоде.
37. Синдром геморрагического инсульта: причины и факторы риска, классификация. Клиника внутримозгового кровоизлияния. Диагностика, лечение. Первичная и вторичная профилактика геморрагического инсульта.
38. Субарахноидальное кровоизлияние: этиопатогенез, клиника, роль патологического вазоспазма в развитии осложнений. Методы дополнительной диагностики, дифференциальная диагностика с менингитом. Лечение.

39. Хроническая ишемия мозга: дисциркуляторная энцефалопатия. Причины, механизмы развития, критерии диагноза, стадии. Основные принципы лечения, профилактики.
40. Когнитивная дисфункция: сосудистая деменция, ее определение и причины. Дифференциальная диагностика. Лечение.
41. Менингиты: этиология, патогенез, классификация. Основные клинические проявления менингитов. Изменения спинномозговой жидкости при менингитах.
42. Вирусные энцефалиты (герпетический, гриппозный): основные клинические проявления, данные лабораторных и дополнительных методов исследования, лечение.
43. Гнойные менингиты: причины и основные механизмы развития, клиника, изменения спинномозговой жидкости. Принципы лечения.
44. Туберкулезный менингит: особенности клинической картины и спинномозговой жидкости. Лечение.
45. Сознание, его нарушения. Сопор, кома, вегетативное состояние, синдром дезафферентации, позы декортикационной и дефербрационной ригидности, акинетический мутизм. Патофизиологическая основа.
46. Рассеянный склероз: определение, этиопатогенез, клиника, типы течения. Лечение: купирование обострений; препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС). Острый первичный рассеянный энцефаломиелит.
47. Боковой амиотрофический склероз: этиопатогенез, патоморфология, клиника, течение, лечение, прогноз.
48. Остеохондроз позвоночника: этиология, патогенез, классификация нейрохирургических синдромов остеохондроза. Купирование острого болевого синдрома при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.
49. Причины развития и виды неврологических синдромов остеохондроза позвоночника. Лечение болевого вертеброгенного синдрома (в остром периоде). Организация помощи при резистентном болевом синдроме.
50. Неврологические синдромы остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Рефлекторные и компрессионные корешковые синдромы; понятие о мышечно-тоническом синдроме. Основные принципы лечения рефлекторных и корешковых синдромов остеохондроза позвоночника.
51. Неврологические синдромы остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника, роль грыж и протрузий межпозвонковых дисков в их развитии. Методы обследования. Лечение вертеброгенного болевого синдрома.
52. Принципы лечения вертеброгенного болевого синдрома при поясничном остеохондрозе (острый период, период затянувшегося обострения).
53. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, основные клинические симптомы и формы. Лечение в зависимости от этиологии и формы.
54. Клиника и лечение невралгии лицевого нерва в остром периоде.
55. Синдром полиневропатии: основные клинические проявления, причины развития, методы дополнительной объективной диагностики. Основные принципы лечения.
56. Парез срединного и локтевого нервов: причины развития, основные клинические проявления. Методы диагностики.
57. Современная классификация закрытой черепно-мозговой травмы. Дифференциальный диагноз различных форм черепно-мозговой травмы.
58. Сотрясение головного мозга: клиника, морфологические изменения, данные визуализации и неврологического статуса. Лечение в остром периоде, в периоде последствий.
59. Ушиб головного мозга: морфологическая основа, основные клинические проявления, данные дополнительных методов исследования. Лечение в периоде последствий и осложнений.
60. Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, тактика.
61. Травматическое сдавление головного мозга. Механизмы. Виды. Синдромология. Возможности нейрохирургической помощи.

62. Ушибы головного мозга. Классификации. Критерии диагностики.
63. Диффузное аксональное повреждение головного мозга. Критерии диагностики. Тактика.
64. Экстра- и интрамедуллярные опухоли.
65. Сдавление головного мозга.
66. Эпилепсия: определение, причины, классификация основных видов эпилепсий и эпилептических припадков. Методы обследования, принципы хирургического лечения.
67. Вегетативная нервная система: отделы, причины вегетативной дисфункции, клинические симптомы. Паническая атака. Неотложная помощь и профилактика.
68. Болезнь Паркинсона: этиология, критерии диагноза, клиника, классификация стадий, медикаментозное и хирургическое лечение. Нейростимуляция, ее техника и возможности.
69. Миастения: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
64. Миастенический и холинергический кризис: причины развития, дифференциальная диагностика, лечение.
65. Поясничная пункция: показания, противопоказания, техника проведения, возможные осложнения. Изменения спинномозговой жидкости (синдромы диссоциаций). Особенности трактовки анализа спинномозговой жидкости в зависимости от формы заболевания, возраста больных.
66. Анатомио-физиологические основы регуляции сознания и бодрствования. Деструктивные и метаболические комы.
67. Сознание, его нарушения. Сопор, кома, вегетативное состояние, синдром деэферентации, позы декортикационной и дефербрационной ригидности, акинетический мутизм. Патофизиологическая основа.
68. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Принципы ведения больных в коме.
69. Дислокационные мозговые синдромы. Клиническая характеристика.
70. Значение исследования глазного дна в клинике нервных болезней и нейрохирургии. Варианты изменений глазного дна.
71. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
72. Вегетативные (автономные) синдромы. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный синдром. Психовегетативный синдром.
73. Внутренняя капсула. Синдромы внутренней капсулы.
74. Гипоталамические синдромы. Клинические варианты, синдромология, патологических состояниях.
75. Исследование цереброспинальной жидкости, состав цереброспинальной жидкости в норме. Ликвородинамические пробы.
76. Каудальная группа черепно-мозговых нервов. Синдромология.
77. Нарушения сна и бодрствования: инсомнии, парасомнии, сногворение, бруксизм, снохождение, ночной энурез, ночные страхи, гиперсомнии (нарколепсия), синдром сонных апноэ, синдром «беспокойных ног»; принципы терапии.
78. Нейрогенный мочевого пузыря. Виды. Клиническая характеристика. Коррекция. Осложнения.
79. Синдром Бернара-Горнера, механизм, топические варианты.
80. Синдром Броун-Секара, механизмы, топические варианты.
81. Синдромология поперечного поражения спинного мозга на различных уровнях.
82. Синдромы передних и задних корешков спинного мозга, сплетений, периферических нервов.
83. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.
84. Классификация головных болей. Патогенез головной боли. Обследование пациентов с головной болью.
83. Мигрень: классификация, патогенез, клинические формы, течение, диагноз. Лечение

мигрени.

84. Прозопалгии. Лицевые симпаталгии. Лицевые миофасциальные синдромы. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
85. Лучевая, срединная и локтевая нейропатии.
86. Малоберцовая, большеберцовая нейропатии. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.
87. Неврозы: классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
88. Неврологические проявления употребления алкоголя, употребления табака. Алкогольная нейропатия. Механизмы развития, синдромология, течение, прогноз, лечение.
89. Нейросифилис. Ранний сифилитический менингит. Сухотка спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
90. Обмороки - классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика
91. Особенности течения и диагностики паренхиматозного геморрагического инсульта.
92. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре. Клиника, диагностика, течение, лечение.
93. Острая лицевая нейропатия. Этиология, патогенез, клиника, течение, лечение.
94. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе.
95. Первичные и вторичные гнойные менингиты: менингококковый, пневмококковый.
96. Поперечный миелит. Этиология, патогенез, клиническая характеристика и синдромология, осложнения, принципы лечения.
97. Поражение нервной системы при герпетической инфекции. Герпетический энцефалит.
98. Поражение нервной системы при дифтерии и бруцеллезе.
99. Поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность, синдром Рейно.
100. Поствакцинальные энцефалиты и энцефаломиелиты. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
101. Кровоснабжение спинного мозга.
102. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Формы. Синдромология. Лечение. Профилактика.
103. Пучковая (кластерная) головная болезнь: клиника, диагностика, лечение.
104. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря.
105. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического инсульта. Показания к хирургическому лечению.
106. Абсцессы головного мозга. Механизмы. Стадии. Тактика.
107. Спинальный эпидуральный абсцесс. Особенности хирургических подходов.
108. Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика. Особенности хирургических подходов.
109. Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.
110. Внутричерепные травматические гематомы.
111. Геморрагический инсульт, классификация.
113. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.
114. Опухоли задней черепной ямки.
115. Последствия черепно-мозговой травмы. Классификации.
116. Осложнения черепно-мозговой травмы.
117. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение геморрагического инсульта. Показания к хирургическому лечению.
118. Виды хирургических доступов к основанию черепа. Показания. Осложнения.
119. Виды хирургических доступов в задней черепной ямке. Показания. Осложнения.
120. Доступы к срединным структурам мозга. Показания. Осложнения.
121. Виды дренажных и шунтирующих пособий в нейрохирургии. Показания. Осложне-

ния.

122. Антибиотикопрофилактика в нейрохирургии. Техника. Показания.
123. Невринома слухового нерва. Классификация. Синдромология. Доступы.
124. Послеоперационное ведение нейрохирургического больного. Приемы. Техники. Посobia.
125. Предоперационная подготовка нейрохирургических больных.
126. Методы контроля и коррекции интракраниальной гипертензии.
127. Артериовенозные мальформации. Классификация. Синдромология. Тактика.
128. Селлярные и параселлярные опухоли. Классификация. Доступы.
129. Рентгеноанатомия сосудистой системы головного мозга.
130. Артериальные аневризмы мозга. Артериовенозные мальформации мозга.
131. Геморрагический инсульт. Показания к хирургическому лечению.
132. Супратенториальные глиобластомы.
133. Классификация нейроэпителиальных опухолей.
134. Медуллобластома мозжечка.
135. Ольфакторная менингеома. Птериональная менингеома.
136. Хромофобная аденома гипофиза.
137. Травматическая субдуральная гематома.
138. Переломы свода и основания черепа.
139. Позвоночно-спинальная травма на шейном уровне. Позвоночно-спинальная травма нижнегрудного и поясничного отделов.
140. Стереотаксический метод. Показания к стереотаксическим операциям.

4.2. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1.

Больной Д., 38 лет, обратился в приемное отделение через 15 часов после травмы – был избит неизвестными. В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки, ссадины на коже лица.

Неврологический статус: сознание ясное, горизонтальный мелкокорзинчатый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 2.

Больной И., 46 лет, жалуется на интенсивную головную боль теменно-затылочной локализации, возникшую три часа тому назад без видимых причин. Беспокоит тошнота, была двукратная рвота. Артериальное давление – 170 и 110 мм рт.ст.

Объективно: несколько заторможен. Лежит на спине, голова несколько запрокинута. Глаза закрывает – поясняет, что раздражает солнечный свет из окна. на вопросы отвечает адекватно, но с небольшой задержкой.

Неврологический статус: выражена ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига. Симптомов нарушения функции черепных нервов не выявлено. Активные движения в полном объеме, координаторных нарушений нет. Глубокие рефлексы оживлены, без расширения рефлексогенных зон и латерализации. Патологических знаков и расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявляется.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 3.

Больной У., 36 лет, доставлен в больницу спустя полтора часа после травмы: упал с лестницы, ударился головой о ступеньки, кратковременно терял сознание.

При поступлении: жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове.

Объективно: В теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 5x2 см. Дно раны - неповрежденная надкостница.

Неврологический статус: сознание ясное. Менингеальных знаков не определяется. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических знаков нет.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 4.

Больная Ж., 55 лет, доставлена в больницу спустя 3 часа после травмы (упала с высоты 3-го этажа).

При поступлении: сознание угнетено до сопора, речевому контакту недоступна. Выраженный менингеальный синдром. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками.

На рентгенограммах черепа определяется линейный перелом левой теменной кости. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

При люмбальной пункции получен ликвор интенсивно окрашенный кровью, давление 240 мм водн.ст.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 5.

Больной Ю., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 1,5 часа после травмы (получил удар топором по голове). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками. В левой теменной области имеется рубленая рана размерами 6x1 см, из которой вытекает кровь с примесью ликвора.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 6.

Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (ав-тодорожная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы I, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому контакту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогеомоли-кворея.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 7.

Больной И., 40 лет, доставлен в больницу спустя 3 часа после травмы (автодорожная авария, ДТП).

При поступлении: сознание угнетено до комы 1, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому кон такту недоступен.

Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемоликворрея.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 8.

Больной Э., 62 лет, доставлен в отделение спустя 4 часа после травмы (падение на затылок).

При поступлении: сознание угнетено до глубокого оглушения, движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы повышены справа, выраженный менингеальный синдром, двусторонние патологические стопные знаки, периферический паралич левого лицевого нерва.

Объективно: подапневротическая гематома затылочной области, отогемоликворрея слева.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 9.

У девочки 8 лет после внутримышечной инъекции гентамицина в правую ягодицу, которую неделю тому назад произвела ей мама, появились жалобы на боль в месте инъекции, жжение и боль в правой голени, слабость в правой стопе.

Объективно: имеется боль при пальпации правой ягодицы в месте выхода седалищного нерва, с иррадиацией по ходу нерва, снижен коленный рефлекс и угнетен Ахиллов, правая стопа отечная, свободно свисает, отсутствует тыльное сгибание стопы, определяется нарушение всех видов чувствительности на стопе по типу носка.

Вопросы.

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его.
3. Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

Ситуационная задача 10.

Больной М., 47 лет, жалуется на постоянные сильные головные боли без четкой локализации, сопровождающиеся тошнотой и головокружением.

Анамнез заболевания. Болен на протяжении полугода: поначалу боли были периодическими и незначительными по интенсивности. Затем постепенно боли участились и усилились, а в последние недели приобрели постоянный характер. Присоединились тошнота, шаткость при ходьбе, Испытывает затруднение при разговоре: трудно подбирать и выговаривать слова.

Два дня назад развился судорожный припадок с потерей сознания, начавшийся с подергивания правых конечностей.

Объективно: заторможен, инструкции выполняет с задержкой. Температура тела - 37,2°. АД - 130 и 80 мм рт.ст.

Неврологический статус: речь односложна, затруднения в подборе и выговаривании слов. В позе Ромберга пошатывается. В пробе Барре - слабость правых конечностей. Неловкость при выполнении координаторных проб правыми рукой и ногой. Глубокие рефлексы повышены справа. Во время осмотра развился приступ клонических судорог в правых конечностях без потери сознания, купирован введением реланиума через 3 мин.

Вопросы.

1. Выделите основные неврологические синдромы.
2. Какое полушарие головного мозга страдает у больного?
3. Какую первую врачебную помощь следует оказать ему при приступе?
4. Какие диагностические методы уточнения диагноза следует рекомендовать больному?
5. Лечение.

Ситуационная задача 11.

Больная Д., 35 лет, жалуется на резко выраженную слабость в конечностях, затруднение глотания, двоение, одышку.

Впервые двоение появилось около года тому назад: вечером во время просмотра телепередачи вдруг заметила двоение изображения на экране и предметов в комнате. Двоение продолжалось 3-4 часа до момента засыпания. С тех пор двоение появлялось каждый вечер, а утром и днем зрение было нормальным. Спустя месяц родные заметили, что у больной приспущены верхние веки; степень опущения к концу дня усиливалась. Через полгода больная стала испытывать трудности при приеме пищи - жевать становится трудно, нарушалось глотание. После отдыха самочувствие улучшалось. Примерно 2 месяца назад стало трудно подниматься по лестнице, к вечеру из-за нарастающего утомления была вынуждена подолгу сидеть или лежать. Повторные движения сопровождаются нарастающей слабостью мышц.

Объективно: состояние тяжелое, психомоторное возбуждение. Дыхание поверхностное, ритмичное, учащенное до 28 в мин., диафрагма в дыхательных движениях не участвует. Пульс ритмичный, 110 в мин. АД 160 и 110 мм рт.ст. Кожные покровы сухие. В ротовой полости – умеренное количество слизи.

Неврологический статус. Двусторонний птоз верхних век, мидриаз. Расходящееся косоглазие, слабость наружных и верхних прямых мышц - движения глазных яблок вверх и кнаружи резко ограничены. Глоточные рефлексы отсутствуют, поперхивание при попытке проглатывания воды. Речь малоразборчива, гнусавый оттенок голоса. Тетрапарез, глубокие рефлексы билатерально снижены, симметричны, при повторном вызывании истощаемы.

Вопросы.

1. Укажите ведущий синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз синдрома.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие методы обследования могут помочь в уточнении диагноза?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 12.

Больной И., 46 лет, жалуется на интенсивную головную боль теменно-затылочной локализации, возникшую три часа тому назад без видимых причин. Беспокоит тошнота, была двукратная рвота. Артериальное давление – 170 и 110 мм рт.ст.

Объективно: несколько заторможен. Лежит на спине, голова несколько запрокинута. Глаза закрывает – поясняет, что раздражает солнечный свет из окна. на вопросы отвечает адекватно, но с небольшой задержкой.

Неврологический статус: выражена ригидность мышц затылка, положителен симптом Кернига. Симптомов нарушения функции черепных нервов не выявлено. Активные движения в полном объеме, координаторных нарушений нет. Глубокие рефлексы оживлены, без расширения рефлексогенных зон и латерализации. Патологических знаков и расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявляется.

Вопросы.

1. Назовите ведущий синдром у больного.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Укажите методы дополнительного исследования для уточнения диагноза.
4. Укажите возможные варианты этиологии синдрома.
5. Назначьте возможное лечение на догоспитальном этапе.

Ситуационная задача 13.

Больной А., 21 года, на фоне полного здоровья внезапно на работе потерял сознание и упал.

При поступлении: сознание угнетено до комы 1, речевому контакту недоступен, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение.

Неврологический статус: грубой очаговой симптоматики не выявлено, выраженный менинге-альный синдром.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 14.

Больная Н., 69 лет, на фоне гипертонического криза потеряла сознание, доставлена в больницу в тяжелом состоянии, с явлениями правосторонней гемиплегии, моторной и сенсорной афазии.

При ЭхоЭС выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 12 мм.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 15.

Больной П., 18 лет, доставлен в больницу.

Анамнез: нырнул на мелководье, ударившись головой о дно. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в руках и ногах. Нарушилась чувствительность с уровня надплечий.

Вопросы.

1. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего?
2. Способы транспортировки.
3. Укажите план обследования.

Ситуационная задача 16.

Больной Р., 35 лет, упал с высоты 2 этажа на ноги. Почувствовал резкую боль в позвоночнике и отсутствие активных движений в ногах. Руки интактны. Чувствительность нарушилась с уровня паховых складок.

Вопросы.

1. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего?
2. Укажите способы транспортировки.
3. Сформулируйте план обследования.

Ситуационная задача 17.

У больного Д., 29 лет, остро развилась сильная головная боль («как расплавленный металл жжет голову», «огнем горит»), появилась тошнота, повторная рвота. Врачу бригады «скорой медицинской помощи» больной жалуется также на то, что раздражает свет, громкие звуки, тошноту. До приезда бригады отмечалась неоднократная рвота и позывы на рвоту.

Анамнез. Заболел остро, 2 часа тому назад, на фоне эмоционального стресса. Ранее часто болела голова, повышалось артериальное давление. Никаких препаратов в связи с этим не принимал, не обследовался. Злоупотребляет спиртными напитками.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, держится руками за голову. Возбужден, на вопросы отвечает после повторного обращения. Пульс ритмичный, 94 в мин. АД – 190 и 110 мм рт.ст. Температура тела – 37,4°C.

Неврологический статус. Выражена ригидность шейных мышц. Положительны симптомы Кернига, Брудзинского (нижний) с обеих сторон. Функции черепных нервов не нарушены. Глаза закрывает – раздражает свет. Сила рук и ног сохранена. Объем активных движений в конечностях полный. Тонус мышц в конечностях несколько повышен, различия между сторонами не выявлено. Глубокие рефлексy живые, без асимметрии сторон. Патологических знаков не выявлено. Чувствительность сохранена.

Вопросы.

1. Выделите ведущий неврологический синдром.
2. Укажите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
4. Какие заболевания следует дифференцировать в данном случае?
5. Лечение.

Ситуационная задача 18.

У больного Д., 17 лет, остро развилась сильная головная боль («как будто обожгло затылок и темя»), появились тошнота, повторная рвота. Спустя 2 часа от начала заболевания больной жалуется врачу бригады «скорой медицинской помощи» также и на то, что его раздражает свет, громкие звуки. До приезда бригады отмечалась неоднократная рвота и позывы на рвоту.

Анамнез. Заболел остро, 2 часа тому назад, на фоне эмоционального стресса. Ранее часто болела голова, артериальное давление не измерял. К врачу за помощью ранее не обращался, не обследовался, не лечился. Часто употребляет алкоголь, энергетические напитки.

Объективно: состояние тяжелое. Лежит на боку, держится руками за голову. В сознании, несколько возбужден, на вопросы отвечает адекватно, после повторного обращения. Пульс ритмичный, 94 в мин. АД – 190 и 110 мм рт.ст. Температура тела – 37,2°C.

Неврологический статус. Голова немного запрокинута, ноги полусогнуты в коленных и тазобедренных суставах. Выражена ригидность шейных мышц. Положительны симптомы Кернига, Брудзинского (нижний) с обеих сторон. Функции черепных нервов не нарушены. Глаза закрывает – раздражает свет. Тонус мышц в конечностях несколько повышен, различия между сторонами не выявлено. Объем активных движений в конечностях полный. Сила рук и ног сохранена. Глубокие рефлексy живые, без асимметрии сторон. Патологических знаков не выявлено. Чувствительность сохранена.

Вопросы.

1. Выделите ведущий неврологический синдром.
2. Укажите предварительный диагноз.
3. Какие заболевания следует дифференцировать у пациента?
4. Какие дополнительные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
5. Обоснуйте периодическую необходимость участия нейрохирурга в обследовании и лечении пациентов с подобной патологией.

Ситуационная задача 19.

По данным источника, больная англичанка Н., 34 лет, после тяжелой стрессовой ситуации в личной жизни, «проснулась 15-летней школьницей». Наутро после стресса она проснулась в твердой уверенности, что ей 15 лет и скоро предстоит сдать выпускные экзамены в школе, а премьер-министром Великобритании является Джон Мейджор, давно оставивший к этому времени свой пост.

Она не узнала своего одиннадцатилетнего сына 11 лет и, увидев его, разрыдалась, желая одного – «вернуться своей мамочке». Расстройство длилось 8 недель. Друзья и родственники помогали ей восстановить события «утраченных» 19 лет, учили заново пользоваться сотовым телефоном, интернетом и электронной почтой.

Вернувшись в свое нормальное состояние, больная пережила настоящий ужас, ведь она считала себя 15-летней девушкой, которую ждет большое будущее. Вместо этого она оказалась 34-летней одинокой женщиной, воспитывающей сына и едущей на старом автомобиле.

Вопросы.

1. Назовите синдром.
2. С учетом отсутствия изменений на компьютерной томограмме головного мозга, каков наиболее вероятный механизм развития синдрома?
3. Какие еще причины могут привести к развитию подобных нарушений, в том числе имеющих преходящий или стойкий характер?
4. Какие методы обследования следует порекомендовать больной?
5. Лечение.

Ситуационная задача 20.

У больной Ч., 55 лет, дома вечером внезапно возникла слабость и онемение в левых руке и ноге. Страдает мерцательной аритмией.

Вызвана бригада «скорой медицинской помощи». К моменту приезда бригады (через 2 часа) слабость и онемение в конечностях прошли.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, артериальное давление 120 и 80 мм рт.ст., пульс 72 в минуту, аритмичный.

Неврологический статус. Менингеальных знаков не выявляется. Взор фиксирует, объем движений глазных яблок полный. Зрачки D=S=3 мм. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Объем активных движений полный, координация не нарушена. В пробе Барре конечности удерживает, слабости их не выявляются. Глубокие рефлексы оживлены, без расширения рефлексогенных зон, D=S. Чувствительность сохранена. Функции тазовых органов контролирует.

Вопросы.

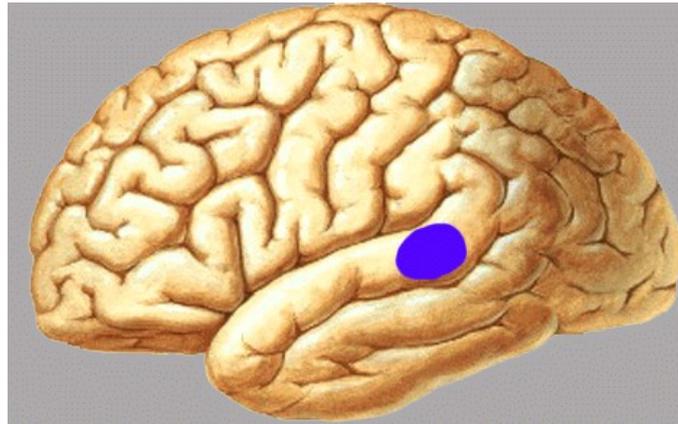
1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Какова должна быть дальнейшая организация лечебно-диагностического процесса?
3. Нуждается ли больная в экстренном лечении? Если больная не нуждается в экстренном лечении, то почему?
4. Если больная нуждается в экстренном лечении, то в каком?
5. Какие мероприятия (лечебные, профилактические, диагностические) нужно проводить у больной?

Пример решения ситуационных задач- (1-2)

4.3. Тестовые задания.

1. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПОРАЖЕНИЕ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ



- моторная афазия
- нарушение схемы тела, анозогнозия
- астереогнозия
- центральный гемипарез
- слуховые галлюцинации
- сенсорная афазия

2. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ПОРАЖЕНИЕ ЛОБНОЙ И ТЕМЕННОЙ ДОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

лобная доля	астереогноз, нарушение схемы тела и чувствительности
теменная доля	моторная афазия, нарушения психики, парезы (слабость) конечностей

3. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ВИД ПРИСТУПА С НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ И СУДОРОГАМИ, ВОЗМОЖНЫМ НЕПРОИЗВОЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- эпилептический
- гипертонический криз
- вегетативный криз
- гипотонический криз
- истерический (конверсионный)

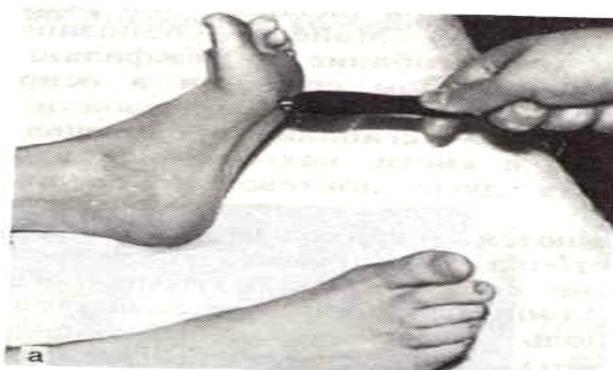
4. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ПОРАЖЕНИЕ ПРЕЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПОСТЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИН СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

постцентральная извилина	нарушение чувствительности, парциальные сенсорные (джексоновские) эпилептические приступы
прецентральная извилина	центральный парез руки или ноги, патологические рефлекссы

5. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС, УКАЗАННЫЙ НА РИСУНКЕ, НАЗЫВАЕТСЯ



6. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ ОДЕВАТЬ ОБУВЬ, ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЛОЖКОЙ ПРИ ЕДЕ ПРИ СОХРАННОСТИ

СИЛЫ И ОБЪЕМА АКТИВНЫХ ДВИЖЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- алексия
- апраксия
- акалькулия
- агнозия
- афазия

7. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СЛОЖНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ АКТОВ ИЗ-ЗА ОТСУТСТВИЯ СПОСОБНОСТИ

КОНСТРУИРОВАТЬ, СКЛАДЫВАТЬ СЛОЖНЫЕ ФИГУРЫ ИЗ ПРОСТЫХ ЭЛЕМЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- моторная афазия
- идеаторная апраксия
- конструктивная апраксия
- слуховая агнозия
- зрительная агнозия

8. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- анозогнозия
- центральный гемипарез
- чувствительные нарушения (гемигипестезия)
- выпадение половины поля зрения
- сенсорная афазия

9. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГЕМИПАРЕЗ И МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ

- височной доли
- лобной доли
- мозжечка
- затылочной доли
- теменной доли

10. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПАРЦИАЛЬНЫЕ СЕНСОРНЫЕ (ДЖЕКСОНОВСКИЕ) ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

РАЗДРАЖЕНИЯ

- верхней височной извилины
- прецентральной извилины
- нижней теменной дольки
- постцентральной извилины
- межтеменной борозды

11. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ДОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

лобная доля	моторная афазия, нарушение социального поведения
височная доля	сенсорная афазия, обонятельные галлюцинации

12. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КОРКОВЫЙ ОТДЕЛ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- затылочной доле
- височной доле
- лобной доле
- стволе головного мозга
- теменной доле

13. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ВЕГЕТАТИВНЫЙ КРИЗ, ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ СТРАХ, ТРЕВОГА, СЕРДЦЕБИЕНИЕ,

ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, ИНОГДА ОЗНОБОПОДОБНОЕ ДРОЖАНИЕ ИЛИ ЧУВСТВО ВНУТРЕННЕГО

НАПРЯЖЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- гипертонический криз
- астенический синдром
- псевдобульбарный синдром
- бульбарный синдром
- паническая атака

14. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПЕРИОД "ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОКНА" ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ИМЕЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

- 1 - 4 часа
- 7 дней
- до 6 месяцев
- 24 часа
- 21 день

15. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КЛИНИКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРЕЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- мозжечка
- спинальных ганглиев
- периферического нерва
- прецентральной извилины
- спинномозговых корешков

16. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МЫШЕЧНАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ,

УМЕНЬШАЮЩАЯСЯ ПОСЛЕ КОРОТКОГО ОТДЫХА, ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- паркинсонизма

- плечевой плексопатии
- мигрени
- миастении
- синингомиелии

17. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ В БАССЕЙНЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ НЕСТОЙКИМИ ОЧАГОВЫМИ СИМПТОМАМИ

- диплопия, косоглазие
- атрофии мышц плечевого пояса
- головокружение, мозжечковая атаксия
- онемение щеки, лица, центральный парез руки
- дисфагия, дисфония

18. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ, АТРОФИИ МЫШЦ, СНИЖЕНИЕ ГЛУБОКИХ РЕФЛЕКСОВ И

МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ

- височной доли
- боковых канатиков
- периферического нерва
- затылочной доли
- мозжечка

19. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ВТОРОЙ НЕЙРОН ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- ядрах Голля и Бурдаха
- спинальном ганглии
- переднем роге
- задних канатиках
- зрительном бугре

20. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО И ЛИЦЕВОГО НЕРВОВ ЯВЛЯЮТСЯ

лицевой нерв	лагофтальм, симптом Белла, сглаженность лобных и носогубной складок, опущение угла рта, симптом "паруса"
тройничный нерв	боли и парестезии в области лица, снижение корнеального и нижнечелюстного рефлексов

21. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КЛИНИКА ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО СИНДРОМА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- спинноталамического пути
- кортикоспинального пути
- корково-ядерных путей с двух сторон
- бульботаламического пути
- лобно-мостового пути

22. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЯ

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО

ПАРЕЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

центральный парез	снижение глубоких рефлексов, арефлексия
периферический парез	повышение мышечного тонуса (симптом перочинного ножа)
	повышение глубоких рефлексов, патологические рефлексы (Бабинского, Россолимо)
	мышечная гипотония, атония, атрофии

23. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПОРАЖЕНИЕ НАРУЖНЫХ ОТДЕЛОВ ХИАЗМЫ

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ НАРУШЕНИЕМ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ

- выпадением левых половин полей зрения (левосторонняя гомонимная гемианопсия)
- выпадением височных половин полей зрения (бitemпоральная гемианопсия)
- выпадением носовых половин полей зрения (биназальная гемианопсия)
- выпадением правых половин полей зрения (правосторонняя гомонимная гемианопсия)
- отрицательной скотомой

24. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КОРКОВО-ЯДЕРНЫЙ ПУТЬ ВО ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- передней ножке
- передних 2/3 задней ножки
- колене
- в каудальном отделе задней ножки

25. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ГЛУБОКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ

- стереогноз
- болевую чувствительность
- мышечно-суставное чувство
- кинестезию кожной складки
- чувство локализации

26. СОЗДАТЬ СПИСОК И УПОРЯДОЧИТЬ

СТРУКТУРЫ В ЗРИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗАТОРЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ

зрительный тракт
затылочная доля
хиазма
зрительный нерв

27. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЮТСЯ

-] интенционный тремор
-] повышение мышечного тонуса
-] нарушение координации движений (атаксия)
-] снижение глубоких рефлексов
-] снижение мышечного тонуса
-] нистагм
-] повышение глубоких рефлексов
-] атрофии мышц, фибрилляции

28. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ СИМПТОМОМ

- () дисфагией
- () периферическим парезом мимических мышц
- () приступами болей в лице
- () диплопией
- () дыхательными нарушениями

29. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЛЕТАРГИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ ЭКОНОМО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ

ПРОЦЕССА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- () сирингомиелии
- () миастении
- () псевдобульбарного синдрома
- () бульбарного синдрома
- () паркинсонизма

30. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПОРАЖЕНИЕ ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА НА СТОРОНЕ ОЧАГА И

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГЕМИПАРЕЗ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ ХАРАКТЕРНЫ

ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА

- () Валленберга-Захарченко
- () Вебера
- () Фовилля
- () Мийяр-Гублера
- () Джексона

31. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА

НАРУШЕНИЕ ЧТЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ-----

- алексия
- акалькулия
- атаксия
- афазия
- агнозия

32. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

КЛИНИКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРЕЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- внутренней капсулы
- лобной доли
- боковых канатиков спинного мозга
- передних рогов спинного мозга
- спинномозговых корешков
- периферических нервов

33. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ВЕРХНИЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ НЕЙРОН КОРОКОВО-МЫШЕЧНОГО ПУТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- прецентральной извилине лобной доли
- внутренней капсуле
- передних рогах спинного мозга
- продолговатом мозге
- ножках мозга

34. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НИЖНИЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ НЕЙРОН РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- затылочной доле
- височной доле
- лобной доле
- передних рогах сегментов спинного мозга
- внутренней капсуле

35. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ХРОНИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ В ГОЛОВНОМ И СПИННОМ МОЗГЕ, ВОЛНООБРАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ У ГЕНЕТИЧЕСКИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАЗЫВАЕТСЯ

- рассеянный склероз
- миастения
- гепатоцеребральная дистрофия
- прогрессирующая мышечная дистрофия
- синдром Гийена-Барре

36. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ СИМПТОМОМ

- мышечной гипотонией
- повышением тонуса мышц
- оживлением глубоких рефлексов

- патологическими рефлексам
- нарушением суставно-мышечного чувства

37. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

СИНДРОМ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ С НАРУШЕНИЕМ ПРОИЗНОШЕНИЯ СЛОВ ПРИ ПОНИМАНИИ ОБРАЩЕННОЙ РЕЧИ НАЗЫВАЕТСЯ

- моторная афазия
- амнестическая афазия
- сенсорная афазия
- семантическая афазия
- акустико-мнестическая афазия

38. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

СИНДРОМ ПАРКИНСОНИЗМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- замедленностью движений, позой «просителя»
- насильственными бросковыми движениями
- центральным гемипарезом
- осиплостью голоса
- нарушением полей зрения

39. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К ВЫПОЛНЕНИЮ СЛОЖНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ АКТОВ ИЗ-ЗА ОТСУТСТВИЯ ПРОГРАММЫ,, ЗАМЫСЛА СХЕМЫ ДЕЙСТВИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- идеаторная апраксия
- моторная апраксия
- зрительная агнозия
- конструктивная апраксия
- моторная афазия

40. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ОСТРОЕ СОСУДИСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ И КРОВЬ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- субарахноидальное кровоизлияние
- кардиоэмболический ишемический инсульт
- атеротромботический ишемический инсульт
- гипертонический криз
- мигрень

41. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

- преходящих нарушений мозгового кровообращения
- ишемических инсультов
- геморрагических инсультов
- нейроинфекций (менингитов)
- нейродегенеративных заболеваний

42. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ДОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

Лобная доля	Сенсорная афазия, обонятельные галлюцинации
Височная доля	Моторная афазия, нарушение социального поведения

43. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА

ОГРАНИЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ, СЛАБОСТЬ В РУКЕ И НОГЕ НА ОДНОЙ ПОЛОВИНЕ ТЕЛА НАЗЫВАЕТСЯ _____

- гемипарез
- монопарез
- атаксия
- афазия
- апраксия

44. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ТИПОМ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЗА ИЛИ АРТЕРИО-АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СОСУДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- атеротромботический
- кардиоэмболический
- лакунарный
- гемодинамический
- гемореологический

45. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ В БАССЕЙНЕ ВНУТРЕННЕ СОННОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ НЕСТОЙКИМИ СИМПТОМАМИ

- онемение половины лица, центральный парез руки
- диплопия, косоглазие
- головокружение, атаксия
- дисфагия, дисфония
- периферический парез рук

46. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА

ОСТРЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБОЛОЧКАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАЗЫВАЕТСЯ _____

- менингит
- энцефалит
- миелит
- инсульт
- полиневрит

47. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЯ

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ТЕМЕННОЙ И ЛОБНОЙ ДОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

Теменная доля	Центральный гемипарез
	Моторная афазия
Лобная доля	Анозогнозия, псевдомелия
	Идеаторная и конструктивная апраксия

48. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ПОРАЖЕНИЕ ВИСОЧНОЙ И ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛЕЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

Височная доля	Сенсорная афазия, слуховая агнозия
Затылочная доля	Зрительная агнозия, скотомы, гомонимная гемианопсия

49. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ПОРАЖЕНИЕ МОЗЖЕЧКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

- атаксия
- интенционный тремор
- адиадохокинез
- скандированная речь
- гемипарез
- зрительная агнозия
- идеаторная апраксия
- парез взора

50. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КОРКОВЫЙ ОТДЕЛ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- височной доле
- лобной доле
- стволе головного мозга
- зрительном бугре
- латеральном коленчатом теле

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Гусева Е.И., Неврология [Электронный ресурс] / Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 880 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4143-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441435.html>
2. Гельфанд Б. Р., Интенсивная терапия [Электронный ресурс] / под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4161-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441619.html>
3. Горельшев С.К., Детская нейрохирургия [Электронный ресурс] / под ред. С.К. Горельшева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-4098-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440988.html>

Дополнительная литература

1. Трофимова Т.Н., Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи [Электронный ресурс] / Трофимова Т.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 888 с. (Серия "Национальные

руководства по лучевой диагностике и терапии") - ISBN 978-5-9704-2569-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425695.html>

2. Гусев Е.И., Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 424 с. - ISBN 978-5-9704-3332-4 - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html>

3. Табеева Г.Р., Головная боль [Электронный ресурс]: руководство для врачей / Табеева Г.Р. - М. : - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 296 с. - ISBN 978-5-9704-4484-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444849.html>

4. Никифоров А.С., Частная неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2660-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.html>

5. Новикова Л.Б., Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2187-1 - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421871.html>

6. Крылов В.В., Нейрореаниматология : практическое руководство [Электронный ресурс] / Крылов В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4369-9 - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443699.html>

7. Завалишин И.А., Хронические нейроинфекции [Электронный ресурс] / под ред. И. А. Завалишина, Н. Н. Спирина, А. Н. Бойко, С. С. Никитина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4056-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440568.html>

8. Кадыков А.С., Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия [Электронный ресурс] / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шапаронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 272 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2852-8 - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428528.html>

9. Гуца А.О., Эндоскопическая спинальная хирургия [Электронный ресурс] : руководство / Гуца А.О., Арестов С.О. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-1699-0 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416990.html>

10. Крылов В.В., Нейрореаниматология [Электронный ресурс] : практическое руководство / В. В. Крылов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3605-9 - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436059.html>

11. Лихтерман Л.Б., Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / Лихтерман Л. Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 488 с. - ISBN 978-5-9704-3104-7 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431047.html>

12. Джинджихадзе Р.С., Декомпрессивная краниэктомия при внутричерепной гипертензии [Электронный ресурс] / Р.С. Джинджихадзе, О.Н. Древаль, В.А. Лазарев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-3026-2 - Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430262.html>

Периодические издания (журналы)

1. Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова.
2. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье".

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU <https://elibrary.ru/>

2. Национальная электронная библиотека (НЭБ) <http://нэб.рф/>
3. База данных международного индекса научного цитирования WEB OF SCIENCE <http://www.webofscience.com/>
4. Полнотекстовой базе данных «Medline Complete» <http://search.ebscohost.com/>
5. Федеральная электронная медицинская библиотека. <http://193.232.7.109/feml>
6. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru/>
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/>
8. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/ru/>
9. База данных международного индекса научного цитирования «Scopus» <https://www.scopus.com/home.uri>

Клинические рекомендации, порядок и стандарты

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (утв. Приказом МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 926н). <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9102-poryadok-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-vzrosloму-naseleniyu-pri-zabolevaniyah-nervnoy-sistemy-utv-prikazom-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-926n>
2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с рассеянным склерозом [утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015 г.] http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001425199S/HTML/
3. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения. Утв. на заседании Правления общероссийской общественной организации "Российское общество скорой медицинской помощи", 23 января 2014 г. в г. Казани(Национальные клинические рекомендации) . http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385198S/HTML/
4. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Утв. 17.02.2015. Всероссийское общество неврологов. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001410674S/HTML/
5. Внутрисосудистое лечение ишемического инсульта в острейшем периоде. Национальные клинические рекомендации Ассоциация нейрохирургов России Санкт-Петербург, 2015. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001410670S/HTML/
6. Диагностика и реабилитация нарушений функции ходьбы и равновесия при синдроме центрального гемипареза в восстановительном периоде инсульта. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом [и др.] М., 2015 (Национальные клинические рекомендации). http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001418787S/HTML/
7. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. Приняты: Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, Всероссийское общество неврологов Ассоциация нейрохирургов России, МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов, Союз реабилитологов России 2015 <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/146>
8. Клинические рекомендации. Геморрагический инсульт у взрослых. Ассоциация нейрохирургов России. 2016. Утв. на заседании Секции СТАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» 21 апреля 2014 г. <https://www.rosminzdrav.ru/>
9. Стандарт специализированной медицинской помощи при субарахноидальном кровоизлиянии (консервативное лечение). Утвержден приказом МЗ РФ № 1749-н от 29 декабря 2012 г. (зарегистрирован в Минюсте РФ 29 марта 2013 г. № 27920). <https://www.rosminzdrav.ru/>
10. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острой головной боли (Национальные клинические рекомендации). утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации "Российское общество ско-

- рой медицинской помощи", 23 января 2014 г. в г. Казани.
http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385188S/HTML/
11. Клинические рекомендации по диагностике и лечению головной боли напряжения (ГБН)/Всероссийское общество неврологов/ Утв. 30.06.2015.
http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001426052S/HTML/
 12. Острая неспецифическая боль в спине. Приняты на Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" 28 мая 2015 года, г. Москва . http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001418822S/HTML/
 13. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с рассеянным склерозом. Утв. на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г.]
http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001425199S/HTML/
 14. Клинический протокол медицинской помощи пациентам с нейропатией лицевого нерва. утвержден на заседании Секции СТАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» 21 апреля 2014 г.
http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385218S/HTML/
 15. "Стандарт медицинской помощи больным с эпилептическим статусом неуточненным. Утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 6 сентября 2006 г. № 653.
<https://www.rosminzdrav.ru/>
 16. Приказ МЗ и СР РФ от 4 сентября 2006 г. N 631 «Стандарт медицинской помощи больным с обмороком [синкопе]. <https://www.rosminzdrav.ru/>
 17. Приказ МЗ и СР РФ от 5 сентября 2006 г. № 643 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом, не уточненным как кровоизлияние или инфаркт". <https://www.rosminzdrav.ru/>
 18. Приказ МЗ и СР РФ от 7 сентября 2006 г. N 650 «Стандарт медицинской помощи больным с комой неуточненной». <https://www.rosminzdrav.ru/>
 19. Приказ МЗ и СР РФ от 24 апреля 2006 г. N 309 «Стандарт медицинской помощи больным с миастеническим кризом». <https://www.rosminzdrav.ru/>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.