

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«07» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности**

31.08.56 «Нейрохирургия»

Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1099;
- Профессиональным стандартом «Врач-нейрохирург», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. №141н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики рабочей программы:

Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	В.И. Гузева <small>(расшифровка)</small>
Профессор кафедры, д.м.н., доцент <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	В.Р. Касумов <small>(расшифровка)</small>

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
название кафедры

« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующая кафедрой	неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики <small>название кафедры</small>	
Д.м.н., профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	В.И. Гузева <small>(расшифровка)</small>

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.56 «Нейрохирургия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии 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.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации **Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности** **следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

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 медикостатистического 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 (ПК5);

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его

проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Альтернирующие параличи при поражении моста мозга.
2. Альтернирующие параличи при поражении продолговатого мозга.
3. Альтернирующие параличи при поражении среднего мозга.
4. Анатомио-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования. Формы нарушений сознания. Деструктивные и метаболические комы.
5. Атаксии, клинические характеристики и различия.
6. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
7. Варианты изменения мышечного тонуса, клиническое значение.
8. Вегетативные (автономные) синдромы. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный синдром. Психовегетативный синдром.
9. Виды нарушения походки.
10. Внутренняя капсула. Синдромы внутренней капсулы.
11. Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия, деменция.

12. Синдромы лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.
13. Геморрагический инсульт, классификация.
14. Гипоталамические синдромы. Клинические варианты, синдромология.
15. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения.
16. Дислокационные мозговые синдромы. Клиническая характеристика.
17. Значение исследования глазного дна в клинике нервных болезней и нейрохирургии. Варианты изменений глазного дна.
18. Зрачковый рефлекс и признаки его поражения; виды и причины анизокории; синдром Аргайла Робертсона, синдром Эйди.
19. Зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях.
20. Интракраниальный гипертензионный синдром, характеристика. Лекарственная коррекция.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача № 1.

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

Задания:

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

ОТВЕТ:

- 1) Синдром поражения правой внутренней капсулы.
- 2) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический).
- 3) Персонал поликлиники должен вызвать скорую помощь и госпитализировать пациентку как можно быстрее, желательно в ближайший сосудистый центр.
- 4) КТ головного мозга (сразу при поступлении) и обследование церебральных сосудов (дуплексное сканирование, МРТ ангиография). ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр).
- 5) В остром периоде:
 - а) базисная недифференцированная терапия инсульта.При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора:
 - б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин).
 - в) тромболитическая (при отсутствии противопоказаний).
 - г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол).В случае выявления гемодинамически значимых стенозов:
 - д) эндоваскулярная хирургия (стентирование, эндартерэктомия)Ранняя реабилитация.
- 6) Вторичная профилактика инсульта:

- А) антигипертензивная терапия;
 - Б) дезагрегантная терапия;
 - В) антикоагулянтная терапия;
 - Г) гиполипидемическая терапия;
- Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:
- А) отказ от вредных привычек;
 - Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела;
 - В) регулярные физические нагрузки;
 - Г) соблюдение режима труда и отдыха;
- Профилактика инвалидизации:
- А) Своевременная госпитализация;
 - Б) Адекватное лечение;
 - В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:
 - а) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ;
 - б) физиотерапия, массаж;
 - в) эрготерапия;
 - г) занятия с логопедом;
 - 7) Экспертиза трудоспособности потребуется.

Задача №2.

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

Задания:

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

ОТВЕТ:

- 1) Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.
- 2) Госпитализация показана.
- 3) Методы выбора коррекции терапии:
 - А) выбрать комбинированную терапию - добавить гипотензивные препараты других групп: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или диуретики.
 - Б) заменить ингибитор АПФ на препарат из группы сартанов (лазап, атаканд, эдарби).
- 4) Санаторно-курортное лечение не показано
- 5) После выписки из больницы пациент трудоспособен

Задача №3

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

Вопросы по задаче:

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

ОТВЕТ:

- 1) Поражение правого полушария головного мозга.
- 2) Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.
- 3) КТ, МРТ ангиография, ЛП.
- 4) Тактика лечения:
 - А) стабилизация АД (не ниже 180/90 мм.рт.ст.);
 - Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация);
 - В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин);
 - Г) хирургическое лечение (по показаниям);
 - Д) базисная недифференцированная терапия инсульта.
- 5) Профилактика инвалидизации:
 - А) Своевременная госпитализация;
 - Б) Адекватное лечение;
 - В) Ранняя (начинается с первого дня болезни) и поздняя реабилитация:
 - А) кинезитерапия (на всех этапах лечения): лечебная гимнастика, механотерапия, эрготерапия, использование высокотехнологичных компьютерных программ;
 - Б) физиотерапия, массаж;
 - В) эрготерапия;
 - Г) Занятия с логопедом;
- 6) Возможные осложнения и исходы заболевания:
 - А) исходы: смертность достигает 60-70%, вероятна инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.
 - Б) осложнения: отек и дислокация мозга, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии.

Задача №4.

Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Вопросы к задаче:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.

- 2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе в/м), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 3) Обследование: ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.
- 4) Генерализованный тонико-клонический припадок впервые выявленный. Учитывая данные анамнеза, следует думать о идиопатической эпилепсии.
- 5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс).

Задача №5.

Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобно-височных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил.

Вопросы к задаче:

- 1) Первая помощь?
- 2) Действие врача скорой помощи?
- 3) Обследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

ОТВЕТ:

- 1) Первая помощь в момент припадка – предупреждение травм и аспирации: уложить пациента на бок, расстегнуть воротник, ослабить пояс, фиксировать голову.
- 2) Действие врача скорой помощи: в момент приступа возможно введение диазепама (10 мг на физиологическом растворе), после приступа введение диазепама не рационально, т.к. не предупреждает возникновение последующих приступов.
- 3) Обследование: ЭЭГ, ЭЭГ-мониторинг, КТ или МРТ головного мозга, клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы крови, консультация невролога.
- 4) Идиопатическая эпилепсия. Сложные парциальные припадки с вторичной генерализацией.
- 5) Лечение: препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбамазепин.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Алгоритм проведения люмбальной пункции.
2. Алгоритм взятия ликвородинамических проб.
3. Алгоритм проведения субокципитальной пункции.
4. Алгоритм проведения вентрикулярной пункции.
5. Алгоритм исследования церебральной ангиографии.
6. Алгоритм проведения миелографии.
7. Алгоритм проведения блокады грушевидной мышцы.
8. Алгоритм проведения паравертебральной (корешковой) блокады.
9. Алгоритм проведения эпидуральной блокады по Катлену.
10. Алгоритм проведения блокады передней лестничной мышцы.
11. Алгоритм проведения периартериальной височная блокада.
12. Алгоритм проведения блокады звездчатого узла.
13. Алгоритм проведения блокады вилочковой железы (по В.С.Лобзину).
14. Алгоритм оказания неотложной помощи при черепно-мозговой травме.

6.2.4. Тестовые задания

1. ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ДЕГИДРАТИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НА УЧАСТКИ МОЗГА С ОТЁКОМ ОКАЗЫВАЕТ:

- альбумин;
- глицерин;
- маннитол;
- фуросемид.

2. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- гидрохлоротиазид;
- глюкозы раствор 40%;
- маннитол;
- преднизолон.

3. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ КОРРЕКТОРАМИ ГИПЕРМЕТАБОЛИЗМА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- барбитураты;
- ингибиторы МАО;
- нейролептики;
- трициклические антидепрессанты.

4. ЦЕЛЬ НАЗНАЧЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ СОСТОИТ В:

- восстановлении трудоспособности;
- излечении заболевания;
- профилактике обострений и прогрессирования заболевания;
- уменьшении выраженности неврологического дефицита.

5. РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ ВАКЦИНАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ:

- инактивированной вакциной, содержащей убитый вирус полиомиелита;
- любой при отсутствии вакцинации против полиомиелита;
- оральной вакциной, содержащей ослабленный вирус полиомиелита;
- против клещевого энцефалита.

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- антибиотики;
- внутривенное введение человеческого иммуноглобулина;
- кортикостероиды;
- противовирусные препараты.

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- бензилпенициллин;
- гентамицин;
- изониазид;
- тетрациклин;

8. КЛИНИЧЕСКИ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- выраженным люмбалгическим синдромом;
- выраженными статодинамическими нарушениями;
- грубыми корешковыми выпадениями с тазовыми расстройствами;
- синдромом нейрогенной клаудикации.

9. МИГРЕНЬ ОТНОСИТСЯ К:

- вторичной головной боли;
- комплексному региональному болевому синдрому;
- невралгической боли;
- первичной головной боли.

10. ГИПЕРТЕНЗИОННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ:

- вечером;
- после психоэмоциональной нагрузки;
- после физической нагрузки;
- рано утром.

11. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- диспансеризация по поводу хронического заболевания;
- прохождение обследования по направлению военных комиссариатов;
- прохождение профилактической диспансеризации;
- установление острого заболевания.

12. ИСПРАВЛЕНИЯ В УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ:

- подписью врача, заполняющего карту;
- подписью главного врача;
- подписью заведующего отделением;
- решением врачебной комиссии.

13. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- по просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

14. БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ:

- демиелинизирующим;
- инфекционным;
- нейродегенеративным;
- сосудистым.

15. СИНДРОМ ТУРЕТТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- высокой летальностью;
- генерализованными тиками;
- началом в пожилом возрасте;
- низкой эффективностью нейролептиков.

16. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО:

- наличие багрово-синюшных полос на голеньях;
- преимущественное поражение верхних конечностей с болями в предплечьях и кистях;
- преимущественное поражение нижних конечностей с болями в голеньях и стопах;
- равномерное поражение верхних и нижних конечностей без болевого синдрома.

17. ШЕЙНУЮ МУСКУЛАТУРУ ИННЕРВИРУЮТ _____ СЕГМЕНТЫ СПИННОГО МОЗГА:

- I-II грудные;
- I-IV шейные;
- III-IV грудные;
- V-VIII шейные.

18. СОДРУЖЕСТВЕННАЯ ФОТОРЕАКЦИЯ В ЛЕВОМ ГЛАЗУ УТРАЧИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:

- левого зрительного нерва;
- правого глазодвигательного нерва;
- правого зрительного нерва;
- правой височной доли.

19. ПОРАЖЕНИЕ ЯДРА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ОТ НАДЪЯДЕРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:

- дизартрии;
- ограничения подвижности языка;
- сопутствующего поражения блуждающего нерва;
- фибриллярных подергиваний.

20. К РАННИМ СИМПТОМАМ НЕВРИНОМЫ VIII ПАРЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ ОТНОСЯТ:

- гормональные нарушения;
- классический гипертензионный синдром;
- полушарные очаговые неврологические расстройства;
- шум, а затем снижение слуха на одно ухо.

21. ВРОЖДЕННАЯ ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ПОЛОСТЬ, ЛОКАЛИЗУЮЩАЯСЯ В ПРЕДЕЛАХ АРАХНОИДАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ И СОДЕРЖАЩАЯ ЧИСТУЮ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ, НАЗЫВАЕТСЯ:

- врожденной арахноидальной кистой;
- наружной гидроцефалией;
- синдромом Арнольда – Киари;
- синдромом Денди – Уокера.

22. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ:

- бокового желудочка;
- височной доли;

- краниовертебрального перехода;
- хиазмально-селлярной области.

23. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НАЗНАЧАЮТ:

- амантадин;
- мексидол;
- прамипексол;
- флудрокортизон

24. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОВ ЛЕВОДОПЫ, ОТНОСЯТ:

- апраксию ходьбы;
- дискинезии и двигательные флюктуации;
- постуральные расстройства;
- снижение мышечного тонуса.

25. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НАЗНАЧАЮТ:

- азалептин;
- винпоцетин;
- галоперидол;
- феназепам.

26. ГРУППА ГИПЕРСОМНИЙ ВКЛЮЧАЕТ:

- инсомнию;
- нарколепсию;
- ночные страхи;
- сомнамбулизм.

27. СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА НОВОРОЖДЕННОГО В СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ):

- 10-11;
- 12-13;
- 14-15;
- 16-17.

28. ПРИ УРОВНЕ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ 0,25-1,0‰ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- гипотермия, холодный пот, сопор, выраженная дизартрия, общая анестезия, хрипящее дыхание, гиповентиляция, кома;
- тошнота, рвота, сонливость, диплопия, широкие, вяло реагирующие на свет, зрачки, выраженная атаксия;
- шумливость, неправильное поведение, гиперемия, атаксия, нистагм, дизартрия;
- эйфория, болтливость, атаксия, гипалгезия.

29. РАННИМ ПРИЗНАКОМ КОМПРЕССИИ СРЕДНЕГО МОЗГА ПРИ ВНУТРИМОЗГОВОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ВЫСТУПАЕТ:

- анизокория;
- нистагм;
- периферический парез мышц лица;
- центральный парез мышц лица.

30. СИНДРОМ БРОУН-СЕКАРА ПРИ ИШЕМИИ СОСУДИСТОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СИНДРОМА КОМПРЕССИОННОГО ИЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА:

- наличием расстройств глубокой чувствительности на противоположной параличу стороне;
- отсутствием двигательных нарушений;
- отсутствием расстройств глубокой чувствительности на стороне паралича;
- отсутствием расстройств поверхностной чувствительности на противоположной параличу стороне.

31. ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМАХ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- гемигипестезия;
- корешковая гипестезия;
- проводниковая парагипестезия;
- сегментарная диссоциированная гипестезия.

32. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- апатия;
- астения;
- депрессия;
- тревога.

33. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- аллергия на йод;
- выраженная внутричерепная гипертензия;
- наличие инородных металлических тел;
- открытая черепно-мозговая травма.

34. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРЕЗЕ КОНЕЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- биопсию мышц;
- биопсию периферического нерва;
- игольчатую электромиографию;
- магнитно-резонансную томографию головы.

35. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПЕРДЕНСИТИВНЫЕ УЧАСТКИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ЭКСТРАВАЗАТОВ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ И КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗГ СПУСТЯ _____ ОТ НАЧАЛА КРОВОИЗЛИЯНИЯ:

- 1 час;
- 12 часов;
- 3 часа;
- 6 часов;

36. ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ГЛАЗНИЧНОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПОКАЗАНА ОТ НАЧАЛА ВЫСЫПАНИЙ В ТЕЧЕНИЕ (В ДНЯХ):

- 14;
- 21;
- 3;
- 7.

37. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- введение анестетиков в триггерные точки;
- вытяжение позвоночника;
- назначение антиоксидантов;
- назначение ноотропных средств.

38. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- карбамазепин;
- натрия вальпроат;
- прегабалин;
- флупиртин.

39. ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА – БАРРЕ ПРОВОДИТСЯ:

- 1 раз в 2 недели;
- 1 раз в неделю;
- ежедневно;
- через день.

40. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЬЦАМИ ЛЕВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- леводопа;
- пирибедил;
- разагалин;
- циклодол;

41. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РЕКОМЕНДОВАН ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЁМ БЕНФОТИАМИНА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ):

- 150;
- 300;
- 450;
- 600.

42. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ВКЛЮЧАЕТ:

- галоперидол;
- мемантин;
- пирацетам;
- селегелин.

43. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЮБОМ ТИПЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- вальпроевая кислота;
- диазепам;
- дифенин;
- фенобарбитал.

44. ДОЛГОВРЕМЕННАЯ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПОСЛЕ _____ ПРИСТУПА

- 1;

- 2;
- 3;
- 4.

45. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- вальпроевая кислота;
- карбамазепин;
- клоназепам;
- фенобарбитал.

46. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА С ПОМОЩЬЮ ПРОБЫ КВЕКЕНШТЕДА СЛЕДУЕТ:

- надавить на переднюю брюшную стенку;
- наклонить голову больного назад;
- сдавить яремные вены;
- сильно наклонить голову больного вперед.

47. МЕТОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ:

- визуализировать сосуды;
- определить линейную скорость кровотока;
- определить объем кровотока;
- определить состояние сосудистой стенки.

48. ДЛИТЕЛЬНЫЙ «СВЕТЛЫЙ ПРОМЕЖУТОК» ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- внутримозговой гематомы;
- сотрясения головного мозга;
- субдуральной гематомы;
- ушиба головного мозга.

49. ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ:

- кровотечение из уха;
- кровянистый ликвор;
- ликворрея из уха;
- системное головокружение.

50. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ К ТРАВМЕ:

- легкой черепно-мозговой;
- с повреждением костей черепа;
- средней черепно-мозговой;
- тяжелой черепно-мозговой.

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Нейрореаниматология : практическое руководство [Электронный ресурс] / Крылов В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443699.html>

Дополнительная литература:

1. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411414.html>
2. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / Лихтерман Л. Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431047.html>
3. 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. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html>
4. Детская нейрохирургия [Электронный ресурс] / под ред. С.К. Горелышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440988.html>