

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

Проректор по научной работе
и инновационному развитию
Т.А. Овсянникова

2026 года



Майкоп

Б1.В.ДЭ.01.01
Анестезиология в
нейрохирургии

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения
дисциплины «Анестезиология в нейрохирургии»**

В результате изучения учебной дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Категория (группа) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
ПК (профессиональные компетенции)	ПК-2. Способен к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	<p>ПК-2.1 Проводит обследование пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, устанавливает диагноз органной недостаточности</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Общие вопросы организации медицинской помощи населению – Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология»; – Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология»; – Функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингирования течения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Принципы применения при обследовании пациентов медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Особенности анатомических и функциональных нарушений строения лицевого скелета, гортани и трахеи для оценки риска трудной интубации; – Клинические, функциональные и лабораторные признаки острой дыхательной недостаточности; – Клинические, функциональные и лабораторные признаки степени острой недостаточности кровообращения; – МКБ; <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять сбор анамнестических сведений у пациента (его законного представителя) и от медицинских работников, а также из медицинской документации о характере заболевания и (или)

		<p>состояния, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проводить осмотр пациентов с учетом возрастных групп; – Разрабатывать план обследования пациента, уточнять объем и методы обследования пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Определять медицинские показания к назначению лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, организовывать выполнение исследований и проводить их интерпретацию; – Определять медицинские показания к назначению дополнительных методов обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Назначать анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Применять методы обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью, установления диагноза, органной (полиорганной) недостаточности с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - определение основных групп крови (А, В, 0); - определение резус-принадлежности; - исследование времени кровотечения; - пульсоксиметрию; - исследование диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследование времени кровообращения; - оценку объема циркулирующей крови; - оценку дефицита циркулирующей крови; - проведение импедансометрии; - исследование объема остаточной мочи; - исследование показателей основного обмена; -суточное прикроватное
--	--	---

		<p>мониторирование жизненных функций и параметров; - оценку степени риска развития пролежней у пациентов; - оценку степени тяжести пролежней у пациента; - оценку интенсивности боли у пациента;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания к назначению комплекса предоперационного исследования для проведения планового и экстренного медицинского вмешательства в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Осуществлять мониторинг основных параметров жизнедеятельности пациентов во время проведения анестезиологического пособия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований для диагностики синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Интерпретировать и анализировать результаты инструментального и лабораторного обследования пациентов – Интерпретировать и анализировать результаты осмотров пациентов врачами-специалистами – Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Оценивать риск трудной интубации пациента; – Организовывать консилиумы и консультации; – Оказывать консультативную помощь врачам-специалистам <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Навыками сбора жалоб, анамнестических сведений у пациента (его законного представителя) и от медицинских работников, а также из медицинской и другой документации, о характере заболевания и (или) состояния, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах; – Навыками осмотра (консультации) пациента;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> – Разработкой плана обследования пациента, уточнение объема и методов обследования пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Назначением лабораторных, рентгенологических, функциональных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, организация их выполнения, интерпретация результатов исследования; – Получением у врачей-специалистов информации о характере и объеме предполагаемого медицинского вмешательства; – Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к анестезиологическому пособию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти; – Назначение консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – Оценка результатов обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью, установления диагноза, органной (полиорганной) недостаточности с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - определения основных групп крови (А, В, 0); - определения резус-принадлежности; - исследования времени кровотечения; - пульсоксиметрии; - исследования диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследования время кровообращения; - оценки объема циркулирующей крови; - оценки дефицита циркулирующей крови; -
--	--	--

		<p>проведения импедансометрии; - исследования объема остаточной мочи; - исследования показателей основного обмена; -суточного прикроватного мониторингирования жизненных функций и параметров; - оценки степени риска развития пролежней у пациентов; - оценки степени тяжести пролежней у пациента; - оценки интенсивности боли у пациента;</p>
--	--	--

		<p>ПК-2.2 Назначает анестезиологическое пособие пациенту, контролирует его эффективность и безопасность; искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» – Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» – Функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингирования течения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Топографическая анатомия нервной, дыхательной, сердечнососудистой, мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта, необходимая для выполнения медицинских вмешательств, применяемых в анестезиологии-реаниматологии – Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных препаратов – Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в анестезиологии-реаниматологии: медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – Физические и биохимические свойства медицинских газов и испаряемых анестетиков – Правила проведения сердечно-легочной реанимации в операционной – Принципы действия приборов для дефибрилляции и электроимпульсной терапии – Медицинские показания и медицинские противопоказания к анестезиологическому пособию – Особенности возникновения и развития осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, их диагностики и лечения – Методы анестезиологического пособия в различных областях хирургии, особенности анестезиологического пособия у пациентов разных возрастных групп, в том числе с сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями; методы искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и
--	--	---

		<p>обратимо нарушенных функций систем организма человека при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> – Принципы асептики и антисептики – Вопросы фармакокинетики и проницаемости лекарственных препаратов через гематоэнцефалический и плацентарный барьер, а также в грудное молоко при лактации <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценивать тяжесть состояния пациента – Оценивать операционно-анестезиологический риск в соответствии с соматическим статусом, характером и объемом медицинского вмешательства, и его неотложностью – Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и функциональных методов исследований – Оценивать состояние пациента на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования – Проводить сердечно-легочную реанимацию при остановке кровообращения во время операции – Осуществлять непрерывный контроль состояния пациента, распознавать осложнения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, применять обоснованную корректирующую терапию – Обеспечивать проходимость дыхательных путей с помощью воздуховода, ларингеальной маски, комбинированной трубки – Осуществлять принудительную вентиляцию легких с помощью лицевой маски, интубацию трахеи на фоне введения миорелаксантов, ИВЛ вручную и с помощью респираторов, ИВЛ с отдельной интубацией бронхов, неинвазивную ИВЛ, высокочастотную ИВЛ, закрытый и открытый массаж сердца, дефибрилляцию, электроимпульсную терапию, электрокардиостимуляцию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию – Выбирать и проводить наиболее безопасное для пациента анестезиологическое пособие с использованием наркознодыхательных аппаратов и диагностических приборов во время медицинского вмешательства, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Выполнять пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства, блокаду нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять функциональный и лабораторный мониторинг адекватности проводимого анестезиологического пособия и искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Определять необходимость в консультации врачей-специалистов – Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «анестезиология-реаниматология» – Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и функциональных исследований – Проводить предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Выполнять: -пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства; -блокаду нервных стволов и сплетений; -трахеостомию (томию), смену трахеостомической трубки, деканулирование, закрытие трахеостомы, коникотомию; -торакоцентез, в том числе торакоцентез под контролем УЗИ; -пункцию плевральной полости под контролем УЗИ; -дренирование плевральной полости; -перикардиоцентез; -интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева; -эндотрахеальное введение лекарственных препаратов; -ингаляторное введение лекарственных препаратов и кислорода; -ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер; -чрезвенозную катетеризацию сердца; -транстрахеальную пункцию; -пункцию и катетеризацию центральных вен, в том числе под контролем УЗИ; -непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов; -внутриартериальное введение лекарственных препаратов – Принимать решения в случае трудной интубации с учетом анатомических особенностей верхних дыхательных путей и с соблюдением алгоритма действий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Проводить анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение): - аппликационную анестезию; - ирригационную анестезию; -инфильтрационную анестезию; -проводниковую анестезию; -эпидуральную анестезию; -спинальную
--	--	---

		<p>анестезию; - спинально-эпидуральную анестезию; - тотальную внутривенную анестезию; - комбинированный эндотрахеальный наркоз, в том числе ксеноном; - сочетанную анестезию; - аналгоседацию – Проводить подготовку медицинского оборудования, наркознодыхательной аппаратуры и их проверку, проверять наличие необходимых средств для анестезиологического пособия</p> <p>– Выбирать оптимальный вариант премедикации и проводить индукцию в наркоз с применением внутривенных или ингаляционных анестетиков с проведением ИВЛ или с сохранением спонтанного дыхания пациента</p> <p>– Оценивать восстановительный период после анестезиологического пособия и операции, готовность пациента к проведению экстубации и переводу его на самостоятельное дыхание</p> <p>– Организовать интраоперационный аппаратный мониторинг и вести динамическое наблюдение за пациентом во время и после анестезиологического пособия до полного восстановления всех жизненных функций</p> <p>– Выявлять возможные осложнения анестезиологического пособия и принимать меры по их устранению</p> <p>– Обеспечивать проходимость дыхательных путей на этапах анестезиологического пособия или ведения послеоперационного периода</p> <p>– Выполнять фибротреаеоскопическую интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева</p> <p>– Организовывать мониторинг временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, после проведения медицинского вмешательства</p> <p>– Анализировать и корректировать показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, расстройств, электрокардиографических (далее - ЭКГ) и электроэнцефалографических (далее - ЭЭГ) данных</p> <p>– Корректировать нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, коагулопатию</p> <p>– Проводить незамедлительную диагностику остановки сердечной деятельности и выполнять алгоритм сердечно-легочной реанимации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> – Применять различные шкалы для оценки тяжести состояния пациентов и прогнозирования исхода в анестезиологии-реаниматологии <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Навыками осмотра (консультация) пациента – Навыками оценки состояния пациента перед анестезиологическим пособием – Определением индивидуальной чувствительности и переносимости лекарственных препаратов – Подбором лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Определением способов введения, режима и дозы лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Оценкой эффективности и безопасности применяемых лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Разработкой плана анестезиологического пособия согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Проведением комплекса мероприятий по подготовке к анестезиологическому пособию, его проведению при различных медицинских вмешательствах, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания
--	--	---

		<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлением выбора вида анестезиологического пособия и его проведение согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Проведением анестезиологического пособия по закрытому контуру (в том числе ксеноном) – Проведением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение): - аппликационная анестезия; - ирригационная анестезия; - инфильтрационная анестезия; - проводниковая анестезия; - эпидуральная анестезия; - спинальная анестезия; - спинально-эпидуральная анестезия; - тотальная внутривенная анестезия; - комбинированный эндотрахеальный наркоз, в том числе ксеноном; - сочетанная анестезия; - аналгоседация – Выполнение пункции и катетеризации эпидурального и спинального пространства, блокады нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ – Наблюдением за состоянием пациента после окончания анестезиологического пособия до восстановления и стабилизации жизненно важных систем организма – Проведением мероприятий по лечению осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению инфузионной терапии, выбор необходимых инфузионных и трансфузионных сред – Проведением инфузионной терапии – Определением группы крови пациента, проведение проб на совместимость и выполнение внутривенного переливания крови и ее компонентов, препаратов крови – Выявлением возможных посттрансфузионных реакций и осложнений и борьба с ними – Применением лекарственных препаратов, медицинских изделий и оборудования, использующихся в анестезиологии-реаниматологии – Внедрением новых технологий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы
--	--	--

		<p>ПК-2.3 Осуществляет профилактику развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Причины развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при острой травме (в том числе химической и термической), кровопотере, шоке, коагулопатии, гипотермии, гипертермии, болевых синдромах, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности – Анатомия, физиология и патофизиология органов и систем организма человека – Особенности возникновения и развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, их диагностики и лечения у взрослых, детей и стариков – Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» – Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология и реаниматология» – Клиническое и фармакологическое обоснование использования средств и методов, применяемых для профилактики осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Основные причины развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при острой травме, кровопотере, шоке, коагулопатии, гипотермии, гипертермии, болевых синдромах, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять комплекс медицинских вмешательств с целью безопасности пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и
--	--	--

		<p>обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проводить профилактику развития инфекционных осложнений у пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение катетер-ассоциированных осложнений – Определять медицинские показания к проведению инфузионной терапии, определять объем и свойства инфузируемых растворов, их совместимость и переносимость – Обеспечивать преемственность лечения пациентов <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Определением объема и последовательности медицинских вмешательств по профилактике развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Осуществлением комплекса медицинских вмешательств по обеспечению безопасности пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Осуществлением профилактики развития инфекционных осложнений у пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение катетер-ассоциированных осложнений – Определением медицинских показаний для своевременного оказания медицинской помощи в стационарных условиях в отделении анестезиологии-реанимации – Определением медицинских показаний к проведению инфузионной терапии, определение объема и свойств инфузируемых растворов, их совместимости и переносимости – Консультирование врачей-специалистов
--	--	--

	<p>ПК-3. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-3.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "анестезиология-реаниматология", в том числе в форме электронных документов <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде – Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде – Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну <p>ПК-3.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих скорую медицинскую помощь по профилю "анестезиология-реаниматология" <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей медицинским персоналом <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом
--	---	--

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Анестезиология в нейрохирургии»

1. Особенности подготовки пациента к анестезиологическому пособию при краниотомии в сознании
2. Особенности подготовки пациента к анестезиологическому пособию при оперативных вмешательствах лечения эпилепсии
3. Особенности подготовки пациента к анестезиологическому пособию при удалении артерио-венозных мальформаций
4. Особенности подготовки пациента к анестезиологическому пособию при операциях на задней черепной ямке
5. Особенности подготовки пациента к анестезиологическому пособию при удалении артерио-венозных мальформаций головного мозга функционально значимых
6. Анестезиологическое пособие при краниотомии в сознании
7. Анестезиологическое обеспечение хирургии эпилепсии
8. Анестезиологическое пособие при удалении артерио-венозных мальформаций
9. Анестезиологическое пособие при

10. Анестезиологическое пособие при удалении артерио-венозных мальформаций задней черепной ямки
11. Инфузионно-трансфузионная терапия при нейрохирургических вмешательствах
12. Особенности мониторинга во время нейрохирургических вмешательствах на задней черепной ямке
13. Особенности мониторинга во время эндоваскулярных нейрохирургических операций
14. Показания для инвазивного мониторинга артериального давления при нейрохирургических вмешательствах
15. Особенности раннего послеоперационного периода после удаления опухолей хиазмально-селлярной области
16. Особенности анестезиологического пособия при реконструктивных операциях на черепе
17. Особенности анестезиологического пособия при эндоваскулярных нейрохирургических вмешательствах
18. Особенности работы сестры-анестезиста при нейрохирургических вмешательствах
19. Заполнение карты течения анестезии и пробуждение пациента
20. Задачи среднего медицинского персонала в операционной и палате пробуждения

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Выберите **абсолютно неверный** ответ. Существуют следующие виды глиом:
 - а. астроцитомы;
 - б. олигодендроглиомы;
 - в. эпендимомы;
 - г. менингиомы;
 - д. глиобластома.
2. Выберите **абсолютно верный** ответ. Менингиома – это опухоль из:
 - а. мягкой оболочки;
 - б. арахноидальной оболочки;
 - в. твердой оболочки;
 - г. мягкой и паутинной оболочек;
 - д. сосудистых сплетений желудочков мозга.
3. Выберите **абсолютно неверный** ответ. Для менингиомы характерны следующие признаки:
 - а. происхождение из арахноидальной оболочки;
 - б. инфильтративный рост;
 - в. наличие капсулы;
 - г. сдавление головного мозга;
 - д. однородная структура.
4. Выберите **абсолютно верный** ответ. Какие выделяют механизмы действия опухоли на головной мозг:
 - а. сдавление головного мозга;
 - б. нарушение оттока ликвора;
 - в. нарушение мозгового кровообращения;
 - г. токсическое воздействие опухоли на головной мозг;
 - д. все выше перечисленное.
5. Выберите **абсолютно неверный** ответ. Для опухолей теменной доли характерно:
 - а. астереогноз;

- б. апраксия;
 - в. аносмия;
 - г. анестезия;
 - д. фокальные сенсорные приступы.
6. Выберите **абсолютно неверный** ответ. К общемозговым симптомам, связанным с увеличением внутричерепного давления относятся:
- а. головная боль, головокружение;
 - б. рвота;
 - в. обонятельные, вкусовые и вестибулярные галлюцинации;
 - г. генерализованные припадки;
 - д. положительные менингеальные симптомы.
7. Выберите **абсолютно верный** ответ. Дислокационные симптомы- это результат:
- а. крайне высокого внутричерепного давления;
 - б. разрушения ткани мозга;
 - в. хронического нарушения мозгового кровообращения;
 - г. сдавления ткани мозга растущей опухолью;
 - д. все перечисленное верно.
8. Выберите **абсолютно неверный** ответ. К дополнительным методам диагностики опухолей головного мозга относятся:
- а. люмбальная пункция с забором ликвора;
 - б. КТ головного мозга;
 - в. ЭХО-ЭС головного мозга;
 - г. обзорные рентгеновские снимки
 - д. МРТ головного мозга.
9. Выберите **правильный** ответ. К нейроэктодермальным опухолям не относятся:
- а. астроцитомы;
 - б. олигодендроглиомы;
 - в. эпендимомы;
 - г. невринома;
 - д. хориоидпапиллома.
10. Выберите **правильный** ответ. Опухоль из стенки сосуда называется:
- а. менингиома;
 - б. ангиоретикулема;
 - в. папиллома;
 - г. аденома;
 - д. невринома.
11. Выберите **правильный** ответ. Для диагностики опухоли головного мозга преимущественно используют:
- а. компьютерную томографию;
 - б. электроэнцефалографию;
 - в. рентгеноскопию;
 - г. пункцию желудочков мозга;
 - д. люмбальную пункцию с анализом ликвора.
12. Выберите **правильный** ответ. При опухоли височной доли не наблюдается:
- а. верхнеквадратная гемианопсия;
 - б. сенсорная афазия;
 - в. оперкулярные приступы;
 - г. адверсивные приступы;
 - д. обонятельные галлюцинации.
13. Выберите **правильный** ответ. При опухоли лобной доли не наблюдается:
- а. парезы, параличи;
 - б. атрофия зрительного нерва;

- в. атаксия по типу астазии-абазии;
 - г. верхнеквадрантная гемианопсия;
 - д. парез взора.
14. Выберите **неправильный** ответ. Паллиативная операция при опухолях головного мозга - это:
- а. наружная декомпрессия;
 - б. вентрикулоцистерноанастомоз;
 - в. вентрикулоперитонеальный анастомоз;
 - г. радикальное удаление опухоли;
 - д. наружное вентрикулярное дренирование.
15. Выберите **правильный** ответ. Для опухоли затылочной доли не характерно:
- а. гомонимная гемианопсия;
 - б. фотомы;
 - в. гемигипестезия;
 - г. зрительная агнозия;
 - д. метаморфопсия.
16. Выберите **правильный** ответ. Симптомы, характерные для опухолей лобной доли головного мозга:
- а. гемипарез;
 - б. сенсорная афазия;
 - в. фотомы;
 - г. гипестезия;
 - д. нарушение схемы тела.
17. Выберите **правильный** ответ. Симптомы, характерные для аденомы гипофиза:
- а. акромегалия;
 - б. квадрантная гемианопсия;
 - в. гемипарез;
 - г. тугоухость;
 - д. гемигипестезия.
18. Выберите **правильный** ответ. Симптомы, характерные для невриномы VIII нерва:
- а. гемипарез;
 - б. снижение зрения;
 - в. гемигипестезия;
 - г. глухота на одноименное ухо;
 - д. сенсорная афазия.
19. Выберите **один неверный** ответ. Симптомы, характерные для опухолей височной доли:
- а. слуховые, обонятельные галлюцинации;
 - б. моторная афазия;
 - в. верхнеквадрантная гемианопсия;
 - г. сенсорная афазия;
 - д. фотомы.
20. Выберите один неверный ответ. Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:
- а. мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения;
 - б. горизонтальный нистагм;
 - в. нарушение обоняния;
 - г. застойные диски зрительных нервов;
 - д. гемипарез.
21. Выберите **верный** ответ. Височно-тенториальное вклинение может спровоцировать:
- а. опухоль лобной доли головного мозга;
 - б. опухоль височной доли головного мозга;
 - в. невринома VIII нерва;

- г. опухоль мозжечка;
 - д. все перечисленные.
22. Выберите **неверный** ответ. Симптомом височно-тенториального вклинения является:
- а. птоз;
 - б. контрлатеральный гемипарез;
 - в. мидриаз;
 - г. икота;
 - д. снижение уровня сознания.
23. Выберите **верный** ответ. Главная опасность при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие заключается в развитии:
- а. эндокринных расстройств;
 - б. гипертермии;
 - в. дыхательных нарушений;
 - г. артериальной гипертензии;
 - д. ничего из перечисленного.
24. Выберите **неверный** ответ. К симптомам вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие относятся:
- а. головная боль;
 - б. фокальные двигательные припадки;
 - в. вынужденное положение головы;
 - г. дисфагия;
 - д. дизартрия.
25. Выберите **верный** ответ. Компьютерно-томографическими признаком аденомы гипофиза является:
- а. выраженный перифокальный вазогенный отек;
 - б. дислокация III желудочка в противоположную от опухоли сторону;
 - в. гиперденсная зона в проекции турецкого седла;
 - г. гиподенсная зона в проекции турецкого седла;
 - д. ничего из перечисленного.
26. Выберите **верный** ответ. Из перечисленных вариантов опухоли головного мозга наиболее часто рецидивирует:
- а. невринома VIII нерва;
 - б. аденома гипофиза;
 - в. глиобластома;
 - г. менингиома;
 - д. краниофарингиома.
27. Выберите **неверный** ответ. Иммуноterapia опухолей головного мозга проводится с использованием:
- а. Т-активина;
 - б. ронколейкина;
 - в. ликопида;
 - г. γ -интерферона;
 - д. всего перечисленного.
28. Выберите **верный** ответ. К паллиативным ликворошунтирующим оперативным вмешательствам, используемым в лечении опухолей головного мозга относится:
- а. декомпрессивная трепанация черепа;
 - б. люмбоперитонеальное шунтирование;
 - в. вентрикулоцистернальный анастомоз;
 - г. наружное вентрикулярное дренирование;
 - д. все перечисленное.

29. Выберите **неверный** ответ. Лечебные мероприятия при височно-тенториальной дислокации заключаются в:
- а. массивной дегидратационной терапии;
 - б. использовании глюкокортикоидов в больших дозах;
 - в. трепанации черепа с удалением опухоли головного мозга;
 - г. наложении вентрикулоцистернального анастомоза;
 - д. проведении разгрузочной люмбальной пункции с выведением ликвора.
30. Выберите **верный** ответ. Методом выбора в лечении вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие является:
- а. наложение наружного вентрикулярного дренажа;
 - б. люмбальная пункция с выведением ликвора;
 - в. массивная дегидратационная терапия;
 - г. использование глюкокортикоидных препаратов в больших дозах;
 - д. трепанация черепа с удалением опухоли.
31. При нейрохирургической патологии в истории болезни должны быть отражены
- а. фон, на котором развились симптомы болезни
 - б. первые признаки заболевания, и чем они сопровождались
 - в. последовательность развития признаков
 - г. объективные неврологические симптомы
 - д. все перечисленное
32. Начальные симптомы в формировании предварительного диагноза должны указывать на все, кроме
- а. возможности развития гипертензионного синдрома
 - б. коркового расположения патологии
 - в. базального процесса
 - г. гипертонической болезни
 - д. заболевания трубчатых костей
33. Изменение формы и окружности головы указывает
- а. на врожденную патологию
 - б. на травму черепа в анамнезе
 - в. на врожденную гидроцефалию
 - г. на оссальную форму менингиомы
 - д. на все перечисленное
34. Изменения положения головы могут указывать
- а. на миозит
 - б. на ушиб мышц шеи
 - в. на нарушение ликвороциркуляции
 - г. на нарушение кровообращения
 - д. на нарушение венозного кровообращения
35. При пальпации и перкуссии черепа невозможно
- а. выявить состояние костных швов
 - б. определить наличие внутрикостной части опухоли
 - в. определить локальную болезненность черепа
 - г. выявить косвенные признаки гидроцефалии
 - д. все из перечисленного
36. При осмотре позвоночника возможно
- а. установить локальную болезненность
 - б. установить деформацию позвоночника
 - в. местные изменения кожных покровов
 - г. установить подвижность позвоночника
 - д. ничего из перечисленного
37. При поражении периферического нейрона зрительного пути наблюдается

- а. гомонимная гемианопсия
 - б. нарушение остроты зрения
 - в. центральные скотомы
 - г. периферические скотомы
 - д. бitemпоральная гемианопсия
38. Основными клиническими признаками поражения III нерва являются
- а. атрофия мышц орбиты
 - б. расширение зрачка
 - в. опущение века
 - г. наружное косоглазие
 - д. сужение зрачка
39. Внутреннее косоглазие обусловлено поражением
- а. зрительного нерва
 - б. блокового нерва
 - в. глазодвигательного нерва
 - г. отводящего нерва
 - д. лицевого нерва
40. Двусторонние патологические рефлекссы Бабинского и повышение рефлекссов свидетельствуют
- а. о патологическом очаге в лобной доле
 - б. о патологическом очаге в мозжечке и черве мозжечка
 - в. о воздействии патологического очага на ствол мозга
 - г. об очаге в области теменной доли
 - д. о патологическом очаге в желудочковой системе
41. Амнестическая афазия характеризуется
- а. нарушением движений руки
 - б. нарушением движений в ноге
 - в. нарушением памяти слов
 - г. нарушением моторного компонента речи
 - д. лобной атаксией
42. При осмотре глаз следующие признаки имеют значение для нейрохирурга
- а. только повышенная сосудистая инъе́кция склеры
 - б. только повышенная пульсация глазных яблок
 - в. движение глазных яблок
 - г. состояние зрачков
 - д. признаки можно оценивать в комплексе с другими методами обследования
43. Выстояния глазных яблок (экзофтальм)
- а. имеет значение, как общий признак
 - б. имеет значение, как локальный признак
 - в. односторонний экзофтальм указывает на патологию зрительного нерва
 - г. двусторонний экзофтальм указывает на артерио-синусное соустье кавернозного синуса
 - д. нельзя исключить опухоль лобной доли
44. Если нарушены движения глазных яблок вверх и в стороны, то это свидетельствует
- а. о патологии в теменной доле
 - б. о патологии в затылочной доле
 - в. о дислокационном синдроме
 - г. о патологии в области среднего мозга
 - д. о патологии в области шишковидной железы
45. К основным признакам, характерным для симптома Арджил-Робертсона, относятся
- а. нистагм в стороны

- б. офтальмопарез
 - в. неправильной формы зрачок на стороне поражения
 - г. изменение радужки зрачка
 - д. отсутствие фотореакции
46. Если при осмотре определяется широкий зрачок и отсутствует фотореакция, - то это указывает
- а. на опухоль затылочной доли
 - б. на внутричерепную гематому
 - в. на глиому зрительного нерва
 - г. симптомокомплекс следует рассматривать, исходя из анамнеза заболевания
 - д. верно а)
47. При одностороннем снижении остроты зрения следует думать
- а. об опухоли ольфакторной ямки
 - б. о неврите зрительного нерва
 - в. о менингиоме канала зрительного нерва
 - г. о глиоме зрительного нерва
 - д. симптом следует рассматривать в комплексе других признаков
48. Неврит зрительного нерва характеризуется следующим офтальмологическим признаком
- а. гиперемией диска зрительного нерва
 - б. односторонним снижением остроты зрения
 - в. атрофией диска
 - г. абсолютной центральной скотомой
 - д. верно в)
49. Атрофия диска зрительного нерва характеризуется
- а. обесцвеченностью диска
 - б. отсутствием фотореакции
 - в. крайне низкой остротой зрения
 - г. выпадением периферического поля зрения
 - д. энтофтальмом
50. Основными причинами развития атрофии диска зрительных нервов являются
- а. непосредственное механическое воздействие на зрительный нерв
 - б. нарушение кровообращения
 - в. последствие гипертонической болезни
 - г. последствие гипертензионного синдрома
 - д. нарушение венозного кровообращения
51. Ориентировкой при пункции заднего рога бокового желудочка служит следующее: по ходу сагиттального шва отступить вверх от наружного затылочного бугра.
- а. на 4 см и в сторону на 4 см
 - б. на 6 см и в сторону на 5 см
 - в. на 5 см и в сторону на 3 см
 - г. на 2 см и в сторону на 3 см
 - д. на 3 см в сторону от наружного затылочного бугра
52. Для пункции переднего рога бокового желудочка необходимо ориентироваться
- а. 2 см впереди от коронарного шва и 2 см в сторону от сагиттального синуса
 - б. 2 см в сторону от сагиттального синуса на уровне коронарного шва
 - в. на 4 см выше ушной раковины
 - г. на середине расстояния от сагиттального синуса до ушной раковины
 - д. на 2 см в сторону от сагиттального синуса по линии, соединяющей слуховые проходы

53. При пункции заднего рога бокового желудочка канюля вводится на глубину
- 3-4 см
 - 5-6 см
 - 6-7 см
 - 7-8 см
 - 8-9 см
54. Глубина введения канюли при пункции переднего рога бокового желудочка составляет
- 2-3 см
 - 2.5-3.5 см
 - 4-5 см
 - 4.5-5.5 см
 - 6-7 см
55. Резекционная трепанация показана
- при переломе основания черепа
 - при выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме
 - при внутримозговой гематоме
 - при подострой субдуральной гематоме
 - при подострой эпидуральной гематоме
56. Костнопластическая трепанация показана
- при эпидуральных гематомах, сочетающихся с ушибом головного мозга и отеком
 - при эпидуральных гематомах, не сочетающихся с выраженным отеком головного мозга
 - при внутримозговых гематомах
 - при обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами
 - при сочетании под- и надболочечных гематом
57. Оптимальное соотношение линейного разреза кожи и апоневроза по отношению к диаметру трепанационного окна
- 1 : 1
 - 1 : 1.5-2
 - 1.5 : 1
 - 1.5-2 : 1
 - 3 : 1
58. При доступе к опухолям передних отделов бокового желудочка наиболее предпочтительным разрезом коры головного мозга следует считать
- разрез в премоторной зоне
 - разрез по гребню второй лобной извилины в зоне полей 8-9 на протяжении 3-4 см, параллельно верхнему сагиттальному синусу
 - круговую резекцию мозга соответственно верхней стенке переднего рога желудочка
 - доступ по межполушарной щели
 - разрез в моторной зоне
59. При доступе к нижнему рогу и треугольнику бокового желудочка в доминантном полушарии наиболее предпочтительным разрезом коры головного мозга следует считать
- разрез вдоль верхней височной извилины длиной 3-4 см
 - разрез по гребню средней височной извилины
 - разрез со стороны основания головного мозга
 - субфронтально-интерламинарный доступ
 - транскаллезный доступ

60. Доступами к III желудочку являются
- а. субфронтально-интерламинарный
 - б. трансвентрикулярный
 - в. транскалезный
 - г. комбинированный супра- и субтенториальный
 - д. все верно
61. Для доступа к мосто-мозжечковому углу применяются все перечисленные кожные разрезы, кроме
- а. срединного и парамедианного
 - б. дугообразного по Денди
 - в. косого в затылочной области
62. Для доступа к задней черепной ямке срединный разрез проводится
- а. параллельно средней линии на расстоянии 2/3 от средней линии до ушной раковины
 - б. в затылочной области строго по средней линии, начиная сверху от точки, расположенной на 4-5 см над наружным затылочным бугром и достигая внизу остистого отростка у шейного позвонка
 - в. в затылочной области строго по средней линии, начиная от наружного затылочного бугра и до остистого отростка второго шейного позвонка
 - г. параллельно средней линии на расстоянии 1/3 от средней линии до ушной раковины
 - д. строго по средней линии, начиная от точки, расположенной на 5 см над наружным затылочным бугром и заканчивая на 5 см под наружным затылочным бугром
63. Для парамедианного доступа к задней черепной ямке разрез мягких тканей проводится параллельно
- а. срединной линии, отступая от нее на три сантиметра, начиная от уровня на 3-4 см выше выйной линии до уровня дужки первого шейного позвонка
 - б. срединной линии, на середине расстояния между сосцевидным отростком и средней линией
 - в. средней линии, начиная от уровня на 3-4 см выше выйной линии до уровня дужки первого шейного позвонка, на 3 см кзади от сосцевидного отростка
 - г. средней линии, начиная от уровня выйной линии до уровня первого шейного позвонка на 3 см кзади от сосцевидного отростка
 - д. средней линии отступая на 3 см
64. Разрез коры мозжечка выполняется путем
- а. вертикального разреза вдоль червя
 - б. горизонтального разреза, идущего вдоль извилин мозжечка
 - в. разреза, сохраняющего верхнемедиальные отделы мозжечка
 - г. разреза, сохраняющего нижнемедиальные отделы мозжечка
 - д. правильно б) и в)
65. Наиболее рациональными разрезами, применяемыми при рассечении червя мозжечка, являются
- а. червь рассекается по средней линии на всем протяжении
 - б. по средней линии рассекается нижний и иногда средний червь
 - в. поперечный разрез червя мозжечка
 - г. разрез червя по границе с одним из полушарий мозжечка
66. Наиболее рациональным разрезом кожи для доступа к конвекситальной поверхности лобной доли является
- а. разрез от точки, расположенный между внешне-наружным углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода, вверх к срединно-сагиттальной линии, а затем по ней продолжается до края волосистой части головы
 - б. двусторонний доступ к передней черепной ямке

в. начиная кзади от коронарного шва и немного ниже верхней височной линии, затем кверху, заходя на 2/3 см за срединно-сагиттальную линию на противоположную сторону и поворачивая кпереди до края волосистой части

г. разрез в височной области на уровне верхне-наружного угла глазницы, отступя кзади от края волосистой части на 0.5-1 см, и параллельно ему и заканчивается на уровне линии, которую проводят параллельно срединно-сагиттальной через середину глазницы противоположной стороны

д. прямой разрез параллельно сагиттальной линии, отступя от нее на 5 см от края волосистой части до коронарного шва

67. Преимуществами непрерывного шва сосуда "конец в конец" являются

- а. не вызывает сужение сосуда в месте шва
- б. накладывается быстрее, чем узловых швов
- в. техника непрерывного шва проще
- г. позволяет сшивать более тонкие сосуды
- д. правильно б) и в)

68. К преимуществам узлового шва сосуда "конец в конец" относится

- а. меньшая частота тромбозов
- б. не вызывает сужения сосуда в месте шва
- в. накладывается быстрее, чем непрерывный шов
- г. техника узлового шва проще

69. Наиболее рациональным разрезом кожи для доступа к височной доле является разрез

а. от наружного края глазницы вверх до уровня верхней височной линии, оттуда поворачивается кзади и опускается к наружному слуховому проходу

б. от наружного затылочного бугра по сагиттальной линии кпереди, а затем перпендикулярно к наружному слуховому проходу

в. от наружного слухового прохода по перпендикуляру к сагиттальной линии

г. от середины расстояния между наружно-верхним углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода вверх до уровня верхней височной линии, оттуда разрез поворачивает кзади и опускается к заднему краю основания сосцевидного отростка

70. Частота наложения узловых швов при сшивании артерии диаметром 2 мм "конец в конец" составляет

- а. 3-4 шва
- б. 5-6 швов
- в. 8-12 швов
- г. 12-16 швов
- д. 20 швов

71. Срединно-продольный разрез для доступа к задней черепной ямке предпочтительнее использовать

- а. при удалении невринома слухового нерва и менингиомой мозжечкового угла
- б. при патологическом очаге в области червя мозжечка
- в. при патологическом очаге в боковой цистерне моста
- г. при вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену
- д. правильно б) и г)

72. Схема Кренлейна позволяет определить все перечисленные проекции, кроме

- а. роландовой борозды
- б. сильвиевой борозды
- в. поперечной затылочной борозды
- г. передней ветви средней оболочечной артерии

73. Х-образные разрезы твердой мозговой оболочки наиболее целесообразно производить
- а. в задне-лобной и лобно-теменной областях
 - б. в теменной области
 - в. в височной области
 - г. в лобной области
74. К наиболее рациональным разрезам кожи для доступа к затылочной доле относится разрез
- а. от наружной бугристости затылочной кости кверху по срединной линии до уровня вершины ламбдовидного шва, а затем кнаружи и вниз к верхнему краю ушной раковины
 - б. от середины расстояния между наружно-верхним углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода, вверх до уровня верхней височной линии, а затем кзади и вниз до основания сосцевидного отростка
 - в. параллельно срединной линии на 3 см кзади от сосцевидного отростка от уровня дужки первого шейного позвонка до уровня 3-4 см выше выйной линии
 - г. параллельно средней линии от уровня поперечного отростка второго шейного позвонка до уровня на 4 см выше затылочного бугра, а затем кпереди дугообразно и заканчивают в средней трети линии между верхне-наружным углом глазницы и верхне-передним краем наружного слухового прохода
 - д. по средней линии от уровня первого шейного позвонка до уровня на 4-5 см выше затылочного бугра
75. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области в с/з синуса является
- а. разрез по средней линии
 - б. поперечной или полукруглый линейный разрез позади коронарного шва
 - в. подковообразный разрез
 - г. бифронтальный разрез
76. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области з/з синуса является
- а. разрез по средней линии на этом уровне
 - б. поперечный разрез на середине расстояния между коронарным швом и затылочным бугром
 - в. разрез полукруглой формы, начинающийся над ушной раковиной, проходящий над ламбдовидным швом, достигающий средней линии или переходящий за нее и заканчивающийся над верхней затылочной линией
 - г. подковообразный разрез в затылочной области, основанием обращенный книзу
 - д. правильно в) и г)
77. Доступами к хиазмально-селлярной области являются
- а. лобно-височный
 - б. височный
 - в. односторонний или двусторонний субфронтальный
 - г. трансфеноидальный
78. К рентгенологическим методам, применяемым при стереотаксических операциях относят все перечисленные, кроме
- а. пневмоэнцефалографии
 - б. вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами
 - в. ангиографии
 - г. компьютерной рентгеномногографии
79. Рентгенологическим ориентиром на рентгенограммах при стереотаксических операциях относятся все перечисленные, кроме

- а. верхнего края межжелудочкового отверстия
 - б. передней комиссуры
 - в. турецкого седла
 - г. межкомиссуральной линии
 - д. линии, соединяющей задний край межжелудочкового отверстия с задней комиссурой
80. При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению
- а. вентро-латеральное ядро таламуса
 - б. зубчатые ядра мозжечка
 - в. субталамическая область
 - г. латеральное гипоталамическое ядро
 - д. правильно а) и в)
81. Основными этапами операции ламинэктомии являются все перечисленные, кроме
- а. скелетирования остистых отростков позвонков с обеих сторон
 - б. скелетирования остистых отростков позвонков с одной стороны
 - в. резекции остистых отростков позвонков
 - г. резекции обеих дужек
82. Начальным этапом гемиламинэктомии является
- а. скелетирование остистых отростков с обеих сторон
 - б. скелетирование остистых отростков с одной стороны
 - в. резекция остистых отростков
 - г. резекция обеих дужек
83. Основными этапами интерламинэктомии являются
- а. скелетирование остистых отростков
 - б. отслаивание мышцы от остистых отростков и дужек
 - в. резекция дужки
 - г. иссечение желтой связки
 - д. правильно б) и г)
84. Твердая мозговая оболочка спинного мозга вскрывается преимущественно
- а. линейным разрезом
 - б. дугообразным разрезом
 - в. Х-образным разрезом
 - г. все верно
 - д. все неверно
85. Ориентация на спинном мозге основывается на следующих анатомических структурах
- а. а) арахноидальная оболочка
 - б. б) передняя спинальная артерия
 - в. в) межпозвоночные сонгмии
 - г. г) все верно
 - д. д) все неверно
86. При аневризмах передней соединительной артерии предпочтительным является
- а. односторонний лобный доступ
 - б. двусторонний субфронтальный доступ
 - в. лобно-височно-базальный доступ
 - г. лобно-височный доступ
 - д. верно все, кроме г)
87. Преимущества двустороннего субфронтального доступа при аневризмах передней соединительной артерии включают
- а. травматичность
 - б. возможность широкого обнажения всей передней части артериального круга большого мозга

- в. возможность локального подхода к аневризме
 - г. возможность остановки кровотечения при интраоперационном разрыве аневризмы
 - д. правильно б) и г)
88. При аневризмах средней мозговой артерии предпочтителен
- а. односторонний лобный доступ
 - б. двусторонний субфронтальный
 - в. лобно-височно-базальный
 - г. лобно-височный доступ
 - д. верно в) и г)
89. При аневризмах задней мозговой артерии используют
- а. лобно-височно-базальный доступ
 - б. лобно-височный доступ
 - в. парамедианный доступ
 - г. базально-височный доступ
 - д. затылочный доступ
90. При аневризмах супраклиноидной части внутренней сонной артерии предпочтительнее
- а. височно-лобный доступ
 - б. лобно-височный доступ
 - в. фронтальный доступ
 - г. лобно-теменной доступ
 - д. все ответы правильны
91. К аневризмам основной формы оптимальным является
- а. парамедианный доступ
 - б. затылочный доступ
 - в. по Нафунтер-Тауну
 - г. теменно-затылочный доступ
 - д. все перечисленные верны
92. При операциях на плечевом сплетении применяются
- а. доступ Созон-Ярошевича
 - б. задне-боковой доступ
 - в. подкрыльцовый доступ
 - г. трансаксиллярный доступ
 - д. все перечисленные
93. При операциях на верхнем первичном стволе плечевого сплетения предпочтительны
- а. доступ Созон-Ярошевича
 - б. задне-боковой доступ
 - в. трансаксиллярный доступ
 - г. подкрыльцовый доступ
 - д. правильно а) и г)
94. При операциях на нижнем первичном стволе плечевого сплетения целесообразен
- а. доступ Созон-Ярошевича
 - б. задне-боковой доступ
 - в. трансаксиллярный доступ
 - г. подкрыльцовый доступ
 - д. правильно а) и б)
95. При операциях по поводу преганглионарного поражения плечевого сплетения применяются
- а. задне-боковой доступ
 - б. трансаксиллярный доступ
 - в. гемиламинэктомия

- г. доступ к длинным стволам плечевого сплетения и межреберным нервам
д. верно в) и г)
96. При болевых синдромах, вызванных преганглионарным поражением плечевого сплетения, операция выполняется
- а. на первичных стволах плечевого сплетения
 - б. на вторичных стволах плечевого сплетения
 - в. на задне-боковых входных зонах спинного мозга
 - г. на симпатической нервной системе
 - д. все перечисленное, кроме в)
97. На плечевом сплетении из трансаксиллярного доступа производится
- а. резекция первого ребра
 - б. рассечение надплевральной связки
 - в. резекция передней лестничной мышцы
 - г. пересечение передней лестничной мышцы
 - д. все перечисленное, кроме в)
98. При травмах плечевого сплетения могут быть выполнены
- а. невролиз
 - б. невротизация
 - в. эндоневролиз
 - г. все перечисленное
 - д. ничего из перечисленного
99. При операциях на лучевом нерве используются следующие доступы
- а. над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча
 - б. от середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды
 - в. от внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости
 - г. по медиальному краю круглого пронатора на сгибательной поверхности предплечья по средней линии
 - д. по медиальному краю сухожилия лучевого сгибателя запястья
100. При операциях на срединном нерве используются следующие доступы
- а. над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча
 - б. от середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды
 - в. от внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости
 - г. по медиальному краю сухожилия лучевого сгибателя запястья
 - д. правильно а) и г)
101. При операциях на локтевом нерве могут быть применены следующие доступы
- а. над выпуклостью двуглавой мышцы плеча по внутренней поверхности плеча
 - б. от середины заднего края дельтовидной мышцы к нижнему концу латеральной плечевой борозды
 - в. от внутреннего надмыщелка плеча к гороховидной кости
 - г. по медиальному краю круглого пронатора на сгибательной поверхности предплечья по средней линии
 - д. правильно а) и в)
102. При операциях на седалищном нерве наиболее целесообразны
- а. доступ по Радзиевскому
 - б. угловой разрез параллельно наружной половине паховой связки, вниз по линии, расположенной на 2 см кнаружи от проекционной линии бедренной артерии

- в. разрез в нижней трети бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы
- г. вертикальный разрез длиной 10-12 см от бугорка лонной кости вниз по наружному краю длинной приводящей мышцы
- д. правильно в) и г)

103. При операциях на большеберцовом нерве наиболее целесообразны

- а. разрез над сухожилием двуглавой мышцы бедра, заканчивая его несколько ниже головки малоберцовой кости
- б. разрез из середины подколенной ямки к середине углубления между внутренней лодыжкой и пяточным сухожилием
- в. продольный разрез по медиальной поверхности голени в н/з и с/з на 1 поперечный палец кзади от внутренней грани б/берцовой кости
- г. срединный разрез по задней поверхности голени
- д. правильно в) и г)

104. При операциях на малоберцовом нерве в качестве доступа наиболее целесообразен

- а. разрез в н/з бедра по краю сухожилия большой приводящей мышцы
- б. вертикальный разрез длиной 10-12 см от бугорка лонной кости вниз по наружному краю длинной приводящей мышцы
- в. над сухожилием двуглавой мышцы бедра, заканчивая несколько ниже головки малоберцовой кости
- г. срединный разрез по задней поверхности голени
- д. продольный разрез по медиальной поверхности голени в н/з и с/з на 1 поперечный палец кзади от внутренней грани б/берцовой кости

105. При наложении эпинеурального шва нерва предпочтительнее применять

- а. шелковую нить
- б. атравматический шовный материал 4/0
- в. атравматический шовный материал 6/0-7/0
- г. атравматический шовный материал 10/0
- д. кетгутовую нить

106. При наложении перинеурального шва нерва предпочтительнее применять

- а. шелковую нить
- б. атравматический шовный материал 4/0
- в. атравматический шовный материал 6/0-7/0
- г. атравматический шовный материал 10/0
- д. кетгутовую нить

107. При пластике нерва свободным аутооттрансплантатом применяются

- а. консервированный спинной мозг животного
- б. сосуд
- в. кожный нерв взятый из окружающих тканей
- г. латеральный кожный нерв икры
- д. менее значимый крупный нервный ствол

108. Оптимальными сроками наложения шва нерва при рваных, ушибленных, загрязненных ранах являются

- а. во время первичной хирургической обработки
- б. через одну неделю
- в. через 2-3 недели
- г. через 3-4 недели
- д. через 4-6 недель

109. Гипертензионный синдром характеризуется

- а. головными болями в конце дня
- б. утренними головными болями
- в. изолированными рвотами

- г. рвотами на высоте головных болей
 - д. правильно б) и г)
110. Нарушения сознания при внутричерепной гипертензии характеризуются
- а. делириозным синдромом
 - б. оглушением
 - в. обморочным состоянием
 - г. корсаковским синдромом
 - д. правильно а) и г)
111. При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются
- а. тахикардией
 - б. аритмией
 - в. брадикардией
 - г. всем перечисленным
 - д. ни одним из перечисленного
112. При внутричерепной гипертензии давление спинномозговой жидкости
- а. повышается на 20 мм водного столба
 - б. повышается на 40 мм водного столба
 - в. повышается на 100 мм водного столба
 - г. остается неизменным
 - д. правильно а) и г)
113. Джексоновские эпилептические припадки развиваются при поражении
- а. моторной зоны коры
 - б. премоторной области
 - в. парасагиттальных отделов
 - г. всех перечисленных локализаций
 - д. ни при одной из локализаций
114. Адверсивные эпилептические припадки развиваются при поражении
- а. моторной коры
 - б. премоторной коры
 - в. задних отделов II лобной извилины
 - г. оперкулярной области
 - д. только б) и в)
115. Первично генерализованные припадки развиваются при поражении
- а. моторной коры
 - б. премоторной области
 - в. лобно-полусных отделов
 - г. оперкулярной зоны
 - д. всех перечисленных отделов
116. Припадки торможения речи развиваются при поражении
- а. моторной коры
 - б. премоторной коры
 - в. лобно-парасагиттальной области
 - г. оперкулярной зоны
 - д. правильно а) и б)
117. Центральный парез развивается при поражении
- а. лобно-парасагиттальной области
 - б. области передней центральной извилины
 - в. лобно-полусных структур
 - г. мозолистого тела
 - д. все верно
118. Изолированный центральный парез лицевого нерва характерен для поражения
- а. лобно-парасагиттальной области

- б. области Брока
 - в. префронтальной коры
 - г. лобно-полусных отделов
119. Премоторный двигательный синдром характеризуется
- а. наличием параличей конечностей
 - б. нарушением тазовых функций
 - в. аспонтанностью
 - г. акинетическим мутизмом
 - д. правильно в) и г)
120. Экстрапирамидные симптомы при опухолях лобной доли - это
- а. крупноразмахистый тремор в конечностях
 - б. мелкоразмахистый тремор в конечностях
 - в. повышение тонуса в конечностях по спастическому типу
 - г. повышение тонуса в конечностях по пластическому типу
 - д. правильно б) и г)
121. Синдром аспонтанности включает в себя
- а. слабоумие
 - б. депрессию
 - в. отсутствие побуждений и безразличие к окружающему
 - г. все перечисленное
 - д. верно а)
122. Синдром эйфорического слабоумия включает в себя
- а. не критичность
 - б. неустойчивость внимания
 - в. эйфорию
 - г. анозогнозию
 - д. все перечисленное, кроме г)
123. Моторная афазия характеризуется
- а. отсутствием понимания речи
 - б. невозможностью произношения слов
 - в. скандированной речью
 - г. персеверациями
 - д. всем перечисленным
124. Дифференциальный диагноз опухоли лобной доли от опухоли заднечерепной локализации проводится на основании
- а. наличия гемипареза
 - б. повышения тонуса в парализованных конечностях
 - в. снижения тонуса в парализованных конечностях
 - г. наличия атаксии
 - д. всего перечисленного
125. Эпилептические припадки при поражении височной доли характеризуются всем перечисленным, кроме
- а. пароксизмальности
 - б. наличия ауры
 - в. фокальных судорог в конечностях
 - г. сноподобных состояний
 - д. верно г)
126. Эпилептическими проявлениями, характерными для левополушарной докализации опухоли височной доли являются все перечисленные, кроме
- а. речевой ауры перед припадками
 - б. вербальных галлюцинаций
 - в. частых абсансов

- г. частых оральных гиперкинезов
д. верно б)
127. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
а. благодушия
б. эйфории
в. расторможенности
г. акинетического мутизма
д. галлюцинаций
128. Гипертензионный синдром при глиобластомах лобной доли характеризуется
а. прогрессивностью нарастания
б. быстрым нарастанием с оглушением больного
в. частыми эпилептическими припадками
г. всем перечисленным
д. верно в)
129. Дислокационный синдром при опухолях лобной доли характеризуется
а. снижением корнеального рефлекса с одной стороны
б. двухсторонним снижением роговичных рефлексов
в. спонтанным горизонтальным нистагмом
г. спонтанным вертикальным нистагмом
д. верно б), в)
130. Гомонимная гемианопсия развивается
а. с полной гемианопсией
б. с сужения полей зрения типа неполной гемианопсии
в. с верхне-квадрантной гемианопсией
г. с нижне-квадрантной гемианопсией
д. правильно б) и в)
131. Сенсорная афазия характеризуется
а. приступами торможения речи
б. невозможностью артикуляции
в. наличием словесных эмболов и парафазий
г. непониманием речи
д. правильно в) и г)
132. Нарушение письма при поражении височных структур характеризуется
а. полной аграфией
б. ошибками в письме
в. нарушением акта писания
г. верно а), б)
д. верно б), в)
133. Нарушения чтения при поражении височных структур характеризуются
а. невозможностью чтения
б. непониманием написанного
в. парафазии в речи
г. правильно б) и в)
д. все перечисленное
134. Нарушения счета при поражении височной доли головного мозга
а. являются ведущим симптомом
б. характерны для правосторонней локализации опухоли
в. характерны для левосторонней локализации опухоли
г. нетипичны
д. правильно в) и г)
135. Клинический синдром поражения гиппокампа включает в себя

- а. висцеро-вегетативные пароксизмы
 - б. галлюцинаторный синдром
 - в. психомоторные припадки
 - г. соматические моторные припадки
 - д. все перечисленное
136. Особенности развития гипертензионного синдрома при опухолях височной доли являются
- а. разлитая цефалгия
 - б. преимущественно латерализованная цефалгия
 - в. частое наличие пареза III нерва
 - г. все перечисленное
 - д. ничего из перечисленного
137. Дислокационный синдром при опухолях височной доли характеризуется
- а. нарушением зрачковых реакций
 - б. нарушением сердечной деятельности
 - в. синдромом Парино
 - г. вертикальным нистагмом
 - д. всем перечисленным
138. При опухолях верхней теменной доли эписиндром характеризуется
- а. парестезиями в противоположных конечностях
 - б. развитием судорог во всей мускулатуре противоположной стороны тела
 - в. типичной слуховой аурой
 - г. всем перечисленным
 - д. только б) и в)
139. Фокальные эпилептические припадки при опухолях теменной доли характеризуются
- а. наличием судорог в руках
 - б. наличием судорог в ногах
 - в. адверсивными типичными проявлениями
 - г. парестезиями в противоположных конечностях
 - д. всем перечисленным
140. Чувствительные выпадения при опухолях области задней центральной извилины
- а. локализуются в противоположных конечностях
 - б. преимущественно локализуются в руке
 - в. преимущественно локализуются в ноге
 - г. выражаются ощущениями гиперпатии при исследовании чувствительности
 - д. правильно а) и г)
141. Апраксия позы - симптом характерный для поражения
- а. лобной доли
 - б. височной доли
 - в. верхней теменной доли
 - г. нижней теменной доли
 - д. все верно
142. Парез в конечностях при поражении теменной доли характеризуется
- а. повышением тонуса по пирамидному типу
 - б. повышением тонуса по экстрапирамидному типу
 - в. гипотонией в паретичных конечностях
 - г. трофическими расстройствами в паретичных конечностях
 - д. правильно в) и г)
143. Эпилептический синдром при опухолях нижней теменной доли характеризуется
- а. слуховой аурой
 - б. зрительной аурой

- в. клоническими судорогами в ноге
 - г. параксизмально возникающим астереогнозом
 - д. ничто неверно
144. К особенностям чувствительных выпадений при опухолях теменной доли относятся
- а. наличие астереогноза
 - б. выпадение только температурной чувствительности
 - в. выпадение только глубоких видов чувствительности
 - г. все верно
 - д. верно а) и б)
145. Астереогноз - симптом, заключающийся в
- а. утрате способности производить целесообразные действия
 - б. утрате способности правильно ориентироваться в частях своего тела
 - в. отсутствии возможности создать общий суммированный чувствительный образ предмета
 - г. отсутствии возможности узнавать предмет
 - д. правильно в) и г)
146. Апраксия - симптом, заключающийся
- а. в утрате способности узнавать знакомые предметы
 - б. в утрате способности производить планомерные и целесообразные действия
 - в. в утрате способности писать
 - г. в утрате способности считать
 - д. верно все, кроме а)
147. Алексия и акалькулия - характерные симптомы при поражении
- а. задней центральной извилины
 - б. передней центральной извилины
 - в. верхней теменной доли
 - г. нижней теменной доли
 - д. верно в) и г)
148. Психосенсорные расстройства при правополушарной локализации опухоли височной доли включают
- а. грубое снижение памяти
 - б. часто встречающиеся обонятельные галлюцинации
 - в. слуховые музыкальные галлюцинации
 - г. аффективно-депрессивные расстройства
 - д. верно в) и г)
149. К особенностям клиники при доброкачественных глиомах височной доли относятся
- а. раннее возникновение фокальных судорог
 - б. длительное существование абсонсов
 - в. наличие вкусовых галлюцинаций
 - г. ранние гипертензионные проявления
 - д. правильно б) и в)
150. Фотопсии - симптом типичный для поражения
- а. роландовой борозды
 - б. островка Рейля
 - в. области 17 поля
 - г. полей 18 и 19
 - д. верно в) и г)