

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 10.07.2026 15:17:57
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480231b3c1a975e66

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт**

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Госпитальной хирургии и последипломного образования



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

20 26 года

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-
РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Б1.В.ДВ.01.02

**Интенсивная терапия в
нейрохирургии и
неврологии**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Интенсивная терапия в нейрохирургии и неврологии»

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Интенсивная терапия в нейрохирургии и неврологии»

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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;
--	--	--

		<p>суточное прикроватное 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) состоянии, 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: <ul style="list-style-type: none"> - определения основных групп крови (А, В, 0); - определения резус-принадлежности; - исследования времени кровотечения; - пульсоксиметрии; - исследования диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследования времени кровообращения; - оценки объема циркулирующей крови; - оценки дефицита
--	--	--

		<p>циркулирующей крови; - проведения импедансометрии; - исследования объема остаточной мочи; - исследования показателей основного обмена; - суточного прикроватного мониторинга 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 мониторинга 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
--	--	---

		<p>интенсивной терапии, их диагностики и лечения</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 обратимо нарушенных функций систем организма человека при состояниях, угрожающих жизни пациента – 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 ручную 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 наркозодыхательных аппаратов и диагностических приборов во время медицинского вмешательства, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с
--	--	--

		<p>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"> – Выполнять пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства, блокаду нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ – 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
--	--	---

		<p>оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проводить анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение): - аппликационную анестезию; - ирригационную анестезию; - инфильтрационную анестезию; - проводниковую анестезию; - эпидуральную анестезию; - спинальную 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 – Выбирать оптимальный вариант премедикации и проводить индукцию в наркоз с применением внутривенных или ингаляционных анестетиков с проведением ИВЛ или с сохранением спонтанного дыхания пациента – Оценивать восстановительный период после анестезиологического пособия и операции, готовность пациента к проведению экстубации и переводу его на самостоятельное дыхание – Организовать интраоперационный аппаратный мониторинг и вести динамическое наблюдение за пациентом во время и после анестезиологического пособия до полного восстановления всех жизненных функций – Выявлять возможные осложнения анестезиологического пособия и принимать меры по их устранению – Обеспечивать проходимость дыхательных путей на этапах анестезиологического пособия или ведения послеоперационного периода – Выполнять фибротреахеоскопическую интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева – Организовывать мониторинг временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, после проведения медицинского вмешательства – Анализировать и корректировать показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, расстройств, электрокардиографических (далее - ЭКГ) и электроэнцефалографических (далее - ЭЭГ) данных – Корректировать нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, коагулопатию – Проводить незамедлительную диагностику остановки сердечной деятельности и выполнять
--	--	---

		<p>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 <ul style="list-style-type: none"> – 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
--	--	--

		<p>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 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
--	--	---

		<p>реакций и осложнений и борьба с ними</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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

		<p>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> <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 обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента – 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-
--	--	---

		<p>ассоциированных осложнений</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 «Интенсивная терапия в нейрохирургии и неврологии»**

1. Интенсивная терапия отека головного мозга, вызванного опухолью головного мозга
2. Интенсивная терапия отека головного мозга, вызванного черепно-мозговой травмой

3. Принципы эмпирической антибактериальной терапии в отделении нейрореанимации
4. Принципы антибактериальной терапии нозокомиальных менингитов
5. Показания для установки датчика внутричерепного давления
6. Показания для установки наружного вентрикулярного дренажа пациентам с внутричерепным кровоизлиянием
7. Тромболитическая терапия в острейшем периоде острого нарушения мозгового кровообращения
8. Несахарный диабет у пациентов с черепно-мозговой травмой
9. Принципы коррекции водно-электролитных нарушений при мозговом сольтеряющем синдроме и синдроме неадекватной секреции вазопрессина
10. Профилактика тромбозов глубоких вен и тромбоэмболических осложнений у пациентов после нейрохирургического вмешательства
11. Базисная терапия ишемического инсульта
12. Принципы интенсивной терапии геморрагического инсульта
13. Купирование судорожного припадка и принципы ведения пациента с серией судорожных припадков и эпилептическим статусом в отделении нейрореанимации
14. Принципы организации и осуществления ухода за пациентами неврологического и нейрохирургического профиля
15. Нутритивная поддержка пациентов неврологического и нейрохирургического профиля
16. Особенности мониторинга пациентов неврологического и нейрохирургического профиля при проведении интенсивной терапии
17. Неврологический осмотр в отделении нейрореанимации
18. Принципы ранней реабилитации больных неврологического и нейрохирургического профиля
19. Ведение дневниковых записей и правила написания этапных, переводных эпикризов
20. Контроль за работой среднего и младшего медицинского персонала
21. Осмотр и необходимая лабораторная диагностика в отделении нейрореанимации
22. Методы коррекции состояний, встречающихся у пациентов
23. Методы контроля за эффективностью и безопасностью проводимой терапии
24. Консультация анестезиолога-реаниматолога в линейных отделениях нейрохирургического и неврологического профиля
25. Показания и противопоказания для проведения ранней реабилитации в отделении нейрореанимации
26. Оценка нейрохирургического пациента по шкалам тяжести состояния
27. Возможные причины и действия анестезиолога-реаниматолога при остановке кровообращения
28. Основные принципы интенсивной терапии водно-электролитных нарушений в нейрореанимации
29. Основные принципы интенсивной терапии судорожных состояний в нейрореанимации
30. Основные принципы интенсивной терапии
31. Коррекция эндокринных нарушений у нейрореанимационных больных
32. Основные принципы интенсивной терапии судорожных и бессудорожных припадков в нейрореанимации
33. Основные принципы интенсивной терапии у пациентов с черепно-мозговой травмой
34. Основные принципы интенсивной терапии с субарахноидальным кровоизлиянием
35. Основные принципы интенсивной терапии у пациентов с ОНМК
36. Основные принципы интенсивной терапии гипергликемии в нейрореанимации
37. Инфекционная безопасность и контроль в нейрореанимации
18. Основные принципы диагностики и лечения нозокомиальных менингитов
38. Правила ведения медицинской документации
39. Организация интенсивной терапии в отделении нейрореанимации
40. Базовый и расширенный мониторинг в отделении нейрореанимации

41. Нейромониторинг у пациентов с черепно-мозговой травмой
42. Нейромониторинг у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями
43. Правила ухода за пациентом с наружными вентрикулярными дренажами
44. Профилактика тромбоэмболических осложнений в отделении нейрореанимации
45. Работа среднего медицинского персонала

Примерная тематика рефератов по дисциплине

«Интенсивная терапия в нейрохирургии и неврологии»

1. Оперативные доступы к различным отделам головного мозга.
2. Операции на позвоночнике: ламинэктомия, гемиламинэктомия, интерламинэктомия, передние и переднебоковые доступы к телам позвонков.
3. Техника различного рода новокаиновых блокад.
4. Микрохирургические и эндоскопические операции на позвоночнике и спинном мозге. Применение лазеров и холодной плазмы в хирургии позвоночника.
5. Микрохирургическая техника оперативных вмешательств на головном и спинном мозге, при удалении опухолей головного и спинного мозга, грыж межпозвонковых дисков.
6. Техника вентральных и дорсальных стабилизирующих операций: передний и задний межтеловой спондилодез костными трансплантатами, пористыми имплантатами, эндопротезами.
7. Техника введения подвижных межтеловых протезов. Транспедикулярная фиксация, межкостистый, междужковый, комбинированный спондилодез.
8. Опухоли головного мозга: классификация. Особенности диагностики и лечения первичных и вторичных опухолей головного мозга. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению и объем оперативного вмешательства. Радикальные и паллиативные, декомпрессивные и декомпрессивно-пластические операции.
9. Эпидемиология, этиология, факторы риска, патогенез и патоморфология ишемических и геморрагических нарушений церебрального и спинального кровообращения. Методы диагностики.
10. Клиника и течение ишемических нарушений головного мозга и геморрагического инсульта. Прогнозирование исходов и выбор тактики лечения. Методы хирургического и консервативного лечения.
11. Организация помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения на различных уровнях и этапах лечения.
12. Артериовенозные и артериальные аневризмы сосудов головного мозга. Патология магистральных сосудов, их диагностика и хирургическое лечение. Нарушения спинального кровообращения (этиология, клиника, диагностика, лечение).
13. Этиология и патогенез остеохондроза, спондилоартроза, лигаментоза и спондилеза. Развитие остеохондроза, начинающееся от пульпозного ядра и фиброзного кольца, распространяющееся на костно-связочный аппарат позвоночника.
14. Профилактики остеохондроза и спондилоартроза. Рефлекторно-болевые синдромы: местные позвоночные боли (люмбалгия, цервикалгия, люмбаго и др.); отраженные боли рефлекторные ангиоспастические, ангиотонические и трофические расстройства. Диагностика и лечение поясничного, шейного, грудного, копчикового остеохондроза.
15. Протрузии и пролапсы дисков. Клинические проявления и диагностика компрессионных синдромов остеохондроза и спондилоартроза. Неврологические

симптомы раздражения и выпадения сдавленных корешков спинномозговых нервов. Объективные методы исследования.

16. Консервативное и хирургическое лечение протрузий и пролапсов дисков. Показания, характер и объем оперативного вмешательства. Декомпрессивно-стабилизирующие, декомпрессивные и декомпрессиивно-пластические операции. Лазеротерапия. Микрохирургия позвоночника и спинного мозга.
17. Клинико-морфологическая классификация повреждений позвоночника и спинного мозга, корешков спинномозговых нервов и конского хвоста в остром периоде травмы. Закрытые повреждения: частота и механизм травмы, классификации и клиника повреждений позвоночника и спинного мозга.
18. Понятие о спинальном шоке. Диагностика уровня и степени повреждения спинного мозга. Первая помощь, способы иммобилизации и транспортировки. Объективные методы исследования. Основные принципы консервативного лечения. Показания и методы хирургического и консервативного лечения.

**Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний
по дисциплине «Интенсивная терапия в нейрохирургии и неврологии»
(выберете один или несколько правильных ответов)**

Тесты «Верно-неверно».

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. 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 относятся:
- 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. бритемпоральная гемиянопсия
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 рефлексы Бабинского и повышение рефлексов 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 инъекция 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 кпереди 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
- а. 3-4 см
 - б. 5-6 см

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

- 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 затылочно-шейной области
62. Для доступа к задней черепной ямке срединный разрез проводится
- а. параллельно средней линии на расстоянии $\frac{2}{3}$ 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 $\frac{1}{3}$ 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 верхне-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 узловый шов
 - 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 менингиом 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
- роландовой борозды
 - сильвиевой борозды
 - поперечной затылочной борозды
 - передней ветви средней оболочечной артерии
73. Х-образные разрезы твердой мозговой оболочки наиболее целесообразно производить
- в задне-лобной и лобно-теменной областях
 - в теменной области
 - в височной области
 - в лобной области
74. К наиболее рациональным разрезам кожи для доступа к затылочной доле относится разрез
- от наружной бугристости затылочной кости кверху по срединной линии до уровня вершины ламбдовидного шва, а затем кнаружи и вниз к верхнему краю ушной раковины
 - 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
 - параллельно срединной линии на 3 см кзади от сосцевидного отростка от уровня дужки первого шейного позвонка до уровня 3-4 см выше выйной линии
 - 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
 - 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
- разрез по средней линии
 - поперечной или полукруглый линейный разрез позади коронарного шва
 - подковообразный разрез
 - бифронтальный разрез
76. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области з/з синуса является
- разрез по средней линии на этом уровне
 - поперечный разрез на середине расстояния между коронарным швом и затылочным бугром
 - разрез полукруглой формы, начинающийся над ушной раковиной, проходящий над ламбдовидным швом, достигающий средней линии или переходящий за нее и заканчивающийся над верхней затылочной линией
 - подковообразный разрез в затылочной области, основанием обращенный книзу
 - правильно в) и г)
77. Доступами к хиазмально-селлярной области являются
- лобно-височный
 - височный
 - односторонний или двусторонний субфронтальный

- г. трансфеноидальный
78. К рентгенологическим методам, применяемым при стереотаксических операциях относят все перечисленные, кроме
- пневмоэнцефалографии
 - вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами
 - ангиографии
 - компьютерной рентгеномографии
79. Рентгенологическим ориентиром на рентгенограммах при стереотаксических операциях относятся все перечисленные, кроме
- верхнего края межжелудочкового отверстия
 - передней комиссуры
 - турецкого седла
 - межкомиссуральной линии
 - линии, соединяющей задний край межжелудочкового отверстия с задней комиссурой
80. При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению
- вентро-латеральное ядро таламуса
 - зубчатые ядра мозжечка
 - субталамическая область
 - латеральное гипоталамическое ядро
 - правильно а) и в)
81. Основными этапами операции ламинэктомии являются все перечисленные, кроме
- скелетирования остистых отростков позвонков с обеих сторон
 - скелетирования остистых отростков позвонков с одной стороны
 - резекции остистых отростков позвонков
 - резекции обеих дужек
82. Начальным этапом гемиламинэктомии является
- скелетирование остистых отростков с обеих сторон
 - скелетирование остистых отростков с одной стороны
 - резекция остистых отростков
 - резекция обеих дужек
83. Основными этапами интерламинэктомии являются
- скелетирование остистых отростков
 - отслаивание мышцы от остистых отростков и дужек
 - резекция дужки
 - иссечение желтой связки
 - правильно б) и г)
84. Твердая мозговая оболочка спинного мозга вскрывается преимущественно
- линейным разрезом
 - дугообразным разрезом
 - Х-образным разрезом
 - все верно
 - все неверно
85. Ориентация на спинном мозге основывается на следующих анатомических структурах
- а) арахноидальная оболочка
 - б) передняя спинальная артерия
 - в) межпозвоночные спонгиозы
 - г) все верно
 - д) все неверно
86. При аневризмах передней соединительной артерии предпочтительным является
- 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 аутоотрансплантатом 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-полюсных 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
- лобно-парасагиттальной области
 - области передней центральной извилины
 - лобно-полюсных структур
 - мозолистого тела
 - все верно
118. Изолированный центральный парез лицевого нерва характерен для поражения
- лобно-парасагиттальной области
 - области Брока
 - префронтальной коры
 - лобно-полюсных отделов
119. Премоторный двигательный синдром характеризуется
- наличием параличей конечностей
 - нарушением тазовых функций
 - аспонтанностью
 - акинетическим мутизмом
 - правильно в) и г)
120. Экстрапирамидные симптомы при опухолях лобной доли - это
- крупноразмахистый тремор в конечностях
 - мелкоразмахистый тремор в конечностях
 - повышение тонуса в конечностях по спастическому типу
 - повышение тонуса в конечностях по пластическому типу
 - правильно б) и г)
121. Синдром аспонтанности включает в себя
- слабоумие
 - депрессию
 - отсутствие побуждений и безразличие к окружающему
 - все перечисленное
 - верно а)
122. Синдром эйфорического слабоумия включает в себя
- некритичность
 - неустойчивость внимания
 - эйфорию
 - анозогнозию
 - все перечисленное, кроме г)
123. Моторная афазия характеризуется
- отсутствием понимания речи
 - невозможностью произношения слов
 - скандированной речью
 - персеверациями
 - всем перечисленным
124. Дифференциальный диагноз опухоли лобной доли от опухоли заднечерепной локализации проводится на основании
- наличия гемипареза
 - повышения тонуса в парализованных конечностях
 - снижения тонуса в парализованных конечностях
 - наличия атаксии
 - всего перечисленного
125. Эпилептические припадки при поражении височной доли характеризуются всем перечисленным, кроме
- пароксизмальности

- б. наличия ауры
 - в. фокальных судорог в конечностях
 - г. снопоподобных состояний
 - д. верно г)
126. Эпилептическими проявлениями, характерными для левополушарной локализации 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 Парина
 - 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
- повышением тонуса по пирамидному типу
 - повышением тонуса по экстрапирамидному типу
 - гипотонией в паретичных конечностях
 - трофическими расстройствами в паретичных конечностях
 - правильно в) и г)
143. Эпилептический синдром при опухолях нижней теменной доли характеризуется
- слуховой аурой
 - зрительной аурой
 - клоническими судорогами в ноге
 - параксизмально возникающим астереогнозом
 - ничто неверно
144. К особенностям чувствительных выпадений при опухолях теменной доли относятся
- наличие астереогноза
 - выпадение только температурной чувствительности
 - выпадение только глубоких видов чувствительности
 - все верно
 - верно а) и б)
145. Астереогноз - симптом, заключающийся в
- утрате способности производить целесообразные действия
 - утрате способности правильно ориентироваться в частях своего тела
 - отсутствии возможности создать общий суммированный чувствительный образ предмета
 - отсутствии возможности узнавать предмет
 - правильно в) и г)
146. Апраксия - симптом, заключающийся
- в утрате способности узнавать знакомые предметы
 - в утрате способности производить планомерные и целесообразные действия
 - в утрате способности писать
 - в утрате способности считать
 - верно все, кроме а)
147. Алялия и акалькулия - характерные симптомы при поражении
- задней центральной извилины
 - передней центральной извилины
 - верхней теменной доли
 - нижней теменной доли
 - верно в) и г)
148. Психосенсорные расстройства при правополушарной локализации опухоли височной доли включают
- грубое снижение памяти
 - часто встречающиеся обонятельные галлюцинации
 - слуховые музыкальные галлюцинации
 - аффективно-депрессивные расстройства
 - верно в) и г)
149. К особенностям клиники при доброкачественных глиомах височной доли относятся
- раннее возникновение фокальных судорог
 - длительное существование абсансов
 - 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)