

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ  
И.о. проректора по  
научной работе,  
д.м.н., профессор Башкина О.А.

«29» март 2019 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)  
«Реанимация и интенсивная терапия в экстренной неврологии»**

**Направление подготовки:** 31.06.01 – Клиническая медицина

**Направленность (профиль):** Анестезиология и реаниматология

**Уровень высшего образования:** подготовка кадров высшей квалификации

**Квалификация:** Исследователь. Преподаватель-исследователь

**Форма обучения:** очная, заочная

**Срок освоения ОПОП:** 3 года очная форма обучения, 4 года заочная форма

**Кафедра:** анестезиологии и реаниматологии

Всего ЗЕТ – 2, всего часов – 72

из них: аудиторных занятий - 36 часов

в том числе: лекций - 9 часов

практических занятий - 18 часа

научно-практических занятий – 6 часов

семинар – 1 час

коллоквиум – 2 часа

самостоятельная работа - 36 часов

**Формы контроля:** зачет

Астрахань – 20 19

Рабочая программа учебной дисциплины разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «03» сентября 2014г. № 1200 (ред. от 30.04.2015г); учебным планом по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина по направленности (профилю) Анестезиология и реаниматология, утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., Протокол № \_\_\_\_.

Рабочая программа учебной дисциплины обсуждена и одобрена на Центральном методическом совете \_\_\_\_\_  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., Протокол № \_\_\_\_.

Руководитель ОПОП \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Согласовано:

Начальник отдела аспирантуры  
и докторантуры \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

## 1. Цель и задачи дисциплины:

**Цель дисциплины:** подготовить квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, способного и готового к самостоятельной научно-исследовательской и преподавательской деятельности по соответствующему профилю.

### **Задачи дисциплины:**

Формирование знаний

- этиологии и патогенеза основных патологических процессов в центральной нервной системе;

- клинической симптоматики основных неврологических заболеваний, требующих интенсивной терапии, способы их диагностики и лечения;

- показаний и противопоказаний к хирургическому лечению заболеваний нервной системы в условиях нейрореанимации.

Формирование умений:

- быть восприимчивым к новизне и изменениям текущих условий;

- получать информацию о заболевании, применяя объективные методы обследования определять необходимость специальных методов обследования;

- проводить дифференциальную диагностику основных неврологических заболеваний;

- обосновывать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного.

Формирование навыков:

- формирования и обоснования клинического диагноза;

- медикаментозного лечения заболеваний нервной системы;

- профилактики осложнений и органной недостаточности у пациентов с неврологической патологией в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

### **Место дисциплины в структуре ОПОП:**

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина и профилю подготовки (направленности) – Анестезиология и реаниматология дисциплина (модуль) «Реанимация и интенсивная терапия в экстренной неврологии» (Б1.В.ДВ.01.02) относится к Вариативной части обязательных дисциплин подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации в аспирантуре.

### **Требования к результатам освоения дисциплины**

Перечень знаний, умений и навыков при формировании компетенций в соответствии с ФГОС ВО:

| Показатели освоения компетенции  | Код  |
|--|--|
| <b>УК-1</b> <b>Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях</b>   |  |
| <b>ЗНАТЬ:</b><br>- методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.  | <b>Код З1 (УК-1)</b>                         |
| <b>УМЕТЬ:</b><br>- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные риски реализации этих вариантов;<br>- при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений. | <b>Код У1 (УК-1)</b><br><b>Код У2 (УК-1)</b> |
| <b>ВЛАДЕТЬ:</b><br>- навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в  | <b>Код В1 (УК-1)</b>                         |

|  |  |
|--|--|
| <p>междисциплинарных областях;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.</li> </ul>   | <b>Код В2 (УК-1)</b>   |
| <b>УК-5 способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности</b>   |  |
| <p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сущность, структуру и принципы этических основ профессиональной деятельности;</li> <li>- нормативно-правовые документы, регламентирующие морально-этические нормы в профессиональной деятельности.</li> </ul>  | <p><b>Код 31(УК-5)</b></p> <p><b>Код 32(УК-5)</b></p>                                |
| <p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принимать решения и выстраивать линию профессионального поведения с учетом этических норм, принятых в соответствующей области профессиональной деятельности;</li> <li>- применять методы, приемы и средства предотвращения и разрешения конфликтных ситуаций с учетом нравственно-этических норм;</li> <li>- осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность.</li> </ul>         | <p><b>Код У1 (УК-5)</b></p> <p><b>Код У2 (УК-5)</b></p> <p><b>Код У3 (УК-5)</b></p>  |
| <p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками профессионального сопровождения студентов в образовательной деятельности и профессионально-личностном развитии с учетом профессиональной этики;</li> <li>- навыками организации работы исследовательского коллектива на основе соблюдения принципов профессиональной этики.</li> </ul>  | <p><b>Код В1(УК-5)</b></p> <p><b>Код В2 (УК-5)</b></p>                               |
| <b>ОПК-3 Способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований</b>   |  |
| <p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы принципов ведения дискуссии, методы и технологии межличностной коммуникации, формы представления результатов научных исследований на государственном и иностранном языках.</li> </ul>   | <b>Код 32 (ОПК-3)</b>  |
| <p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- собирать, отбирать и использовать необходимые данные и эффективно применять количественные методы их анализа.</li> </ul>   | <b>Код У3(ОПК-3)</b>   |
| <p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками публичного представления результатов выполненных научных исследований.</li> </ul>   | <b>Код В3 (ОПК-3)</b>  |
| <b>ОПК-4 готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан</b>   |  |
| <p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач;</li> <li>- основные понятия и объекты интеллектуальной собственности, правила составления и подачи заявки на выдачу патента на изобретение;</li> <li>- современные принципы разработки новых методов профилактики и лечения болезней человека, направленные на сохранение здоровья населения и улучшения качества жизни.</li> </ul> | <p><b>Код 31(ОПК-4)</b></p> <p><b>Код 32(ОПК-4)</b></p> <p><b>Код 33 (ОПК-4)</b></p> |
| <p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан;</li> </ul>   | <p><b>Код У1 (ОПК-4)</b></p> <p><b>Код У2(ОПК-4)</b></p>                             |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- оформлять и систематизировать методические рекомендации по использованию новых методов профилактики и лечения болезней человека;</li> <li>- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты внедрения этих вариантов.</li> </ul>   | <b>Код У3(ОПК-4)</b>   |
| <p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач в области здравоохранения;</li> <li>- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов научной деятельности.</li> </ul> | <b>Код В1(ОПК-4)</b><br><br><b>Код В2(ОПК-4)</b>                             |
| <p><b>ПК-1 способность и готовность к планированию, организации и проведению научно-исследовательской работы в области анестезиологии и реаниматологии с выбором оптимальных методов исследования, соблюдением принципов доказательной медицины, с целью получения новых научных данных, значимых для медицинской отрасли наук</b></p>  |  |
| <p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современные теоретические и экспериментальные методы научного исследования в области анестезиологии и реаниматологии;</li> <li>- основные методы планирования, организации и проведения научно-исследовательской работы в области анестезиологии и реаниматологии.</li> </ul>   | <b>Код З1 (ПК-1)</b><br><br><b>Код З5 (ПК-1)</b>                             |
| <p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- использовать прикладные знания для развития новейших научных подходов смежной ориентации на границах ряда научных дисциплин в области анестезиологии и реаниматологии, обработки результатов исследования в области анестезиологии и реаниматологии.</li> </ul>   | <b>Код У1(ПК-1)</b>  |
| <p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципами доказательной медицины с целью получения новых научных закономерностей в области анестезиологии и реаниматологии.</li> </ul>   | <b>Код В3 (ПК-1)</b>   |
| <p><b>ПК-2 способность и готовность к внедрению результатов научной деятельности, новых методов и методик в практическое здравоохранение с целью повышения эффективности профилактики и лечения различных urgentных состояний</b></p>   |  |
| <p><b>ЗНАТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современные перспективные направления и научные разработки, современные способы в области анестезиологии и реаниматологии;</li> <li>- результаты научной деятельности, новых методов и методик с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных urgentных состояний.</li> </ul>  | <b>Код З1 (ПК-2)</b><br><br><b>Код З4 (ПК-2)</b>                             |
| <p><b>УМЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые научные знания и умения в области анестезиологии и реаниматологии;</li> <li>- получать новую информацию путем анализа данных из научных источников на государственном и иностранном языках.</li> </ul>  | <b>Код У1(ПК-2)</b><br><br><b>Код У2(ПК-2)</b>                               |
| <p><b>ВЛАДЕТЬ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками самостоятельного приобретения знаний и умений, необходимых для ведения научно-исследовательской деятельности, напрямую не связанных с профилем подготовки;</li> <li>- навыками поиска научной информации;</li> <li>- новыми методами и методиками с целью повышения эффективности</li> </ul>   | <b>Код В1 (ПК-2)</b><br><br><b>Код В2 (ПК-2)</b><br><br><b>Код В3 (ПК-2)</b> |

|   |  |
|---|--|
| диагностики, лечения и профилактики различных форм ургентных состояний. |  |
|---|--|

| Раздел   | Код освоения компетенции  |
|--|---|
| Принципы диагностики неотложных состояний и интенсивной терапии в неврологии | УК-1: 31, У1, У2, В1, В2<br>УК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1, В2<br>ОПК-3: 32, У3, В3 |
| Основные нозологии в неврологии, требующие интенсивной терапии               | ОПК-4: 31, 32, 33, У1, У2, У3, В1, В2<br>ПК-1: 31, 35, У1, В3                     |
| Интенсивная терапия в нейрохирургии  | ПК-2: 31, 34, У1, У2, В1, В2, В3  |

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 ЗЕТ

| № п/п | Виды учебной работы  | Всего часов |
|-------|--|-------------|
| 1.    | <b>Аудиторные занятия</b>  | 36          |
|       | Лекции   | 9           |
|       | Практические занятия   | 18          |
|       | Научно-практические занятия  | 6           |
|       | Семинар  | 1           |
|       | Коллоквиум   | 2           |
| 2.    | <b>Самостоятельная работа</b>  | 36          |
|       | В том числе: самоподготовка (самостоятельное изучение разделов дисциплины), реферирование, подготовка к практическим занятиям и т.д. |             |

#### 5. Содержание дисциплины

##### 5.1. Содержание разделов дисциплины

| № п/п | Наименование раздела  | Содержание раздела   |
|-------|---|--|
| 1     | Принципы диагностики неотложных состояний и интенсивной терапии в неврологии. | Особенности обследования тяжелого неврологического больного. Алгоритм ABCDE. Шкалы в неврологии. Ведущие клинические синдромы в неотложной неврологии. Нарушение сознания. Шкала ком Глазго. Нейромониторинг. Судорожный синдром. Общая мышечная слабость. Синдром острой внутричерепной гипертензии, отек мозга. Ликвородинамика. Водно-электролитные расстройства. Нарушения КОС. ОДН. ОПН. Нарушение функции ЖКТ. Белково-энергетическая недостаточность. Нарушения системы гемостаза. Гнойно-септические и иммунные нарушения. |
| 2     | Основные нозологии в неврологии, требующие интенсивной терапии.               | Эпилепсия, эклампсия, фебрильные судороги, истерический судорожный припадок, столбняк. Травма спинного мозга, миастения и миастенические синдромы, ботулизм, дифтерия, спинальный шок. Острые нарушения мозгового кровообращения: преходящие нарушения мозгового кровообращения, геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, ишемический инсульт, тромбозы венозных синусов и вен головного  |

|   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
|   |                                      | мозга. Травматические повреждения головного мозга. Острые инфекционные заболевания ЦНС: гнойный менингит, серозный менингит, энцефалит, острый миелит. Опухоли ЦНС.  |
| 3 | Интенсивная терапия в нейрохирургии. | Неотложные состояния в нейрохирургии. Классификация нарушений сознания при нейрохирургической патологии. Острая гидроцефалия. Классификация, анатомия, клиника, диагностика и лечение аномалий развития нервной системы. Патология ликворообращения при различных формах гидроцефалии взрослых. Диагностика и лечение гидроцефалии взрослых. Лечение судорожных припадков и эпилептического статуса в отделении нейрореанимации. Седативная терапия в нейрореанимации. Наиболее частые эндокринные нарушения в нейрореанимации и способы их коррекции. Коррекция внутричерепной гипертензии, артериальной гипотензии, артериальной гипертензии. Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии у нейрохирургических больных. Принятие решения о трахеостомии. Замена трахеостомической трубки. Деканюляция. Профилактика стресс-язв желудочно-кишечного тракта Контроль концентрации глюкозы в плазме крови в нейрореанимации. Проведение нутритивной поддержки в отделении реанимации. Послеоперационные менингиты (антибиотикопрофилактика, диагностика и эмпирическая антибактериальная терапия). Профилактика нозокомиальных инфекций в отделении. Интенсивная терапия у пациентов с опухолями головного мозга. Проведение интенсивной терапии у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием нетравматического генеза. |

## 6. Распределение трудоемкости (очная/заочная форма обучения)

### 6.1. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля

| № п/п | Наименование раздела дисциплины   | Виды учебной работы (в академ.ч.) |    |     |     |     |    | Виды оценочных средств      |
|-------|---|-----------------------------------|----|-----|-----|-----|----|-----------------------------|
|       |   | Л                                 | ПЗ | НПЗ | Сем | Кол | СР |                             |
| 1     | Принципы диагностики неотложных состояний и интенсивной терапии в неврологии. | 3                                 | 6  | -   | -   | -   | 3  | собеседование, тестирование |
| 2     | Основные нозологии в неврологии, требующие интенсивной терапии.               | 3                                 | 6  | 3   | 1   | -   | 3  | собеседование, тестирование |
| 3     | Интенсивная терапия в нейрохирургии.  | 3                                 | 6  | 3   | -   | 2   | 3  | собеседование, тестирование |
|       | Итого   | 9                                 | 18 | 6   | 1   | 2   | 36 |                             |

### 6.2. Распределение лекций

| № п/п | Наименование тем лекций   | Объем в часах |
|-------|---|---------------|
| 1     | Особенности обследования тяжелого неврологического больного. Алгоритм ABCDE.  | 2             |
| 2     | Шкалы в неврологии. Ведущие клинические синдромы в неотложной неврологии.   | 1             |
|       | Основные нозологии в неврологии, требующие интенсивной терапии.   | 3             |
| 3     | Неотложные состояния в нейрохирургии. Классификация нарушений сознания при нейрохирургической патологии.            | 1             |
| 4     | Классификация, анатомия, клиника, диагностика и лечение аномалий развития нервной системы.                          | 1             |
| 5     | Патология ликворообращения при различных формах гидроцефалии взрослых. Диагностика и лечение гидроцефалии взрослых. | 1             |
|       | Итого (всего часов)   | 9             |

### 6.3. Распределение практических занятий

| Раздел  | Наименование тем практических занятий   | Объем в часах |
|---|---|---------------|
| Принципы диагностики неотложных состояний и интенсивной терапии в неврологии. | Нарушение сознания. Шкала ком Глазго<br>Нейромониторинг.  | 1             |
|   | Судорожный синдром. Общая мышечная слабость.  | 1             |
|   | Синдром острой внутричерепной гипертензии, отек мозга. Ликвородинамика.   | 1             |
|   | Водно-электролитные расстройства. Нарушения КОС.  | 1             |
|   | ОДН. ОПН. Нарушение функции ЖКТ. Белково-энергетическая недостаточность.  | 1             |
|   | Нарушения системы гемостаза. Гнойно-септические и иммунные нарушения.   | 1             |
| Основные нозологии в неврологии, требующие интенсивной терапии.               | Эпилепсия, эклампсия, фебрильные судороги, истерический судорожный припадок, столбняк.  | 1             |
|   | Травма спинного мозга, миастения и миастенические синдромы, ботулизм, дифтерия, спинальный шок.   | 1             |
|   | Острые нарушения мозгового кровообращения: преходящие нарушения мозгового кровообращения, геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, ишемический инсульт, тромбозы венозных синусов и вен головного мозга. | 4             |
| Интенсивная терапия в нейрохирургии.  | Лечение судорожных припадков и эпилептического статуса в отделении нейрореанимации. Седативная терапия в нейрореанимации.   | 1             |
|   | Наиболее частые эндокринные нарушения в нейрореанимации и способы их коррекции.   | 1             |
|   | Коррекция внутричерепной гипертензии, артериальной гипотензии, артериальной гипертензии.  | 1             |
|   | Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии у нейрохирургических больных. Профилактика стресс-язв желудочно-кишечного тракта .  | 1             |



|  |  |    |
|--|--|----|
|  | Принятие решения о трахеостомии. Замена трахеостомической трубки. Деканюляция.   | 1  |
|  | Контроль концентрации глюкозы в плазме крови в нейрореанимации. Проведение нутритивной поддержки в отделении реанимации. | 1  |
|  | Итого (всего часов)  | 18 |

#### 6.4. Распределение научно-практических занятий

| Раздел  | Наименование тем научно-практических занятий   | Объем в часах |
|---|--|---------------|
| Основные нозологии в неврологии, требующие интенсивной терапии. | Травматические повреждения головного мозга.  | 1             |
|   | Острые инфекционные заболевания ЦНС: гнойный менингит, серозный менингит, энцефалит, острый миелит.  | 1             |
|   | Опухоли ЦНС.   | 1             |
| Интенсивная терапия в нейрохирургии.                            | Послеоперационные менингиты (антибиотикопрофилактика, диагностика и эмпирическая антибактериальная терапия). Профилактика нозокомиальных инфекций в отделении. | 1             |
|   | Интенсивная терапия у пациентов с опухолями головного мозга.   | 1             |
|   | Проведение интенсивной терапии у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием нетравматического генеза.  | 1             |
|   | Итого (всего часов)  | 6             |

#### 6.5. Распределение самостоятельной работы

| № п/п | Наименование вида самостоятельной работы                       | Объем в часах |
|-------|--|---------------|
|       | Работа с лекционным материалом, учебной и научной литературой. | 18            |
|       | Написание рефератов, подготовка докладов, выступлений.         | 9             |
|       | Решение ситуационных задач.                                    | 9             |
|       | Итого (всего часов)  | 36            |

### 7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

#### 7.1. Основная литература

##### Основная литература

1. Анестезиология. Национальное руководство. Под ред. Бунятыя А.А., Мизиков В.М. ГОЭТАР, 2011

2. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Под ред. Гельфанда Б.Р., Салтанова А.И. ГОЭТАР, 2009

#### 7.2. Дополнительная литература

1. Анестезиология. Под редакцией Эйткенхеда А.Р., Смита Г., Роуботама Д.Дж. Перевод с английского. 2010 Москва, «Рид Элсивер»

2. Долина О.А. Анестезиология и реаниматология ГЭОТАР, 2010 г.

3. Корячкин В.А., Эмануэль В.Л., Страшнов В.И. Диагностика в анестезиологии и интенсивной терапии. СПб.: Спецлит; 2011

4. Малышев В.Д., Свиридов С.В. Анестезиология и реаниматология М. Медицина, 2009

5. Малышев В.Д., Свиридов С.В.(под редакцией) «Интенсивная терапия. Руководство для врачей.» М., 2009
6. Молчанов И.В., Заболотских И.Б., Магомедов М. А. Трудный дыхательный путь с позиции анестезиолога-реаниматолога, 2006 г
7. «Трудные дыхательные пути» - частота встречаемости и пути решения. Долбнева Е.Л., Стамов В.И., Мизиков В.М., Бунятыян А.А.. Москва, материалы съезда ФАР 2014г.
8. Марино П.Л. М.- «Интенсивная терапия.» ГОЭТАР-медиа, 2010
9. Морган, Михаил. Клиническая анестезиология. Пер. с англ. А.М. 25 Цейтлин. 4 издание. Бином., 2014
10. Механическая вентиляция легких в анестезиологии и интенсивной терапии. Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Хапий Х.Х. Москва, «МЕДпресс-информ».- 2009
11. Сумин С.А., Руденко М.В. «Анестезиология и реаниматология». Учебное пособие в 2-х томах. МИА, Москва, 2010
12. Гладченко Ю.Л., Китиашвили И.З., Парфенов Л.Л. Практические навыки и умения по неотложной медицине. Учебно-методическое пособие по «основам неотложной медицины». Астрахань, АГМА, 2014.85 с.

### 7.3. Электронные источники

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12969038>  
<https://www.asahq.org/>  
[www.das.uk.com](http://www.das.uk.com)  
<http://www.far.org.ru/>  
[www.rosomed.ru](http://www.rosomed.ru)

## 8. Материально-техническое и кадровое обеспечение дисциплины

### 8.1. Кадровое обеспечение

| № п/п | Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу | Условия привлечения (штатный, внутренний/внешний совместитель, по договору) | Должность, ученая степень, ученое звание                         | Стаж практической работы по профилю образовательной программы |
|-------|--|---|--|---|
| 1     | Китиашвили Иракли Зурабович                  | Основное место работы   | Д.м.н.. профессор. Зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии |   |

### 8.2. Материально-техническое обеспечение

| № п/п | Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы (с указанием адреса и площади)   | Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы оборудования   |
|-------|--|--|
|       | Помещения для проведения занятий лекционного типа, для проведения занятий семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации по адресу г. Астрахань, ул. Ахшарумова, д. 82, ул. Татищева, д. 2, ул. Бакинская, д.121, литер А, 5 этаж, симуляционный центр. | Комплект учебной мебели для преподавателя и обучающихся на 12 посадочных мест. Демонстрационное оборудование: мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран); манекен для сердечно-легочной реанимации, симуляционный комплекс Sim-men, симулятор для интубации трахеи, учебные фильмы, осмометр, газоанализатор, мониторы сердечно-сосудистой системы, дыхания, |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | аппарат ИВЛ, метаболограф.  |
|  | <p>Помещение для самостоятельной работы по адресу г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, литер А, 2 этаж, аудитория 243а, 243б.</p> | <p>Учебно-специализированная мебель: столы 70, стулья 70.</p> <p>Демонстрационное оборудование: компьютеры 17 шт., с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно образовательную среду организации.</p> |

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ  
И.о. проректора по  
научной работе,  
д.м.н., профессор Башкина О.А.

*Башкина*  
«29» *мая* 20 *19* г.

**Фонд оценочных средств дисциплины (модуля)**  
**«Реанимация и интенсивная терапия в экстренной неврологии»**

**Направление подготовки:** 31.06.01 – Клиническая медицина

**Направленность (профиль):** Анестезиология и реаниматология

**Квалификация:** Исследователь. Преподаватель-исследователь

**Форма обучения:** очная, заочная

### **Вопросы для подготовки к семинару:**

1. Гнойные инфекции ЦНС: абсцесс головного мозга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое и консервативное послеоперационное лечение.
2. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
3. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт. Паренхиматозное и вентрикулярное кровоизлияние: этиология, клиника, диагностика и лечение.
4. Ишемический инсульт: этиология, клиника поражения бассейнов внутренней сонной, передней и средней мозговой, позвоночно-основной артерий, диагностика, лечение и профилактика.
5. Эпилепсия: этиология, патогенез. Понятие эпилептической реакции, эпилептического синдрома, эпилепсии.
6. Клиника, диагностика и лечение сдавления головного мозга острой внутримозговой гематомой.
7. Клиника, диагностика и дифференцированное лечение сдавления спинного мозга. Недифференцированное медикаментозное лечение позвоночно-спинальной травмы.
8. Клиника, диагностика и лечение супратенториальных опухолей головного мозга. 9. Клиника, диагностика и лечение опухолей мозжечка. Экстренные мероприятия при височной дислокации и вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
10. Классификация, клиника, диагностика и лечение экстрадуральных опухолей спинного мозга в зависимости от их локализации.

### **Вопросы для подготовки к коллоквиуму:**

1. Лечение судорожных припадков и эпилептического статуса в отделении нейрореанимации.
2. Седативная терапия в нейрореанимации.
3. Наиболее частые эндокринные нарушения в нейрореанимации и способы их коррекции.
4. Коррекция внутримозговой гипертензии, артериальной гипотензии, артериальной гипертензии.
5. Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии у нейрохирургических больных.
6. Принятие решения о трахеостомии.
7. Замена трахеостомической трубки. Деканюляция.
8. Профилактика стресс-язв желудочно-кишечного тракта
9. Контроль концентрации глюкозы в плазме крови в нейрореанимации.
10. Проведение нутритивной поддержки в отделении реанимации.
11. Послеоперационные менингиты (антибиотикопрофилактика, диагностика и эмпирическая антибактериальная терапия).
12. Профилактика нозокомиальных инфекций в отделении.
13. Интенсивная терапия у пациентов с опухолями головного мозга.
14. Проведение интенсивной терапии у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием нетравматического генеза.
15. Протоколы и алгоритмы лечебно-диагностических мероприятий на различных этапах при ЧМТ

### **Вопросы для подготовки к зачету:**

1. Интенсивная терапия при ОНМК.
2. Черепно-мозговая травма, реанимация и интенсивная терапия.
3. Наркотическая кома. Принципы интенсивной терапии.
4. Интенсивная терапия лекарственной комы.
5. Вегетативное состояние. Этиология. Патогенез. Интенсивная терапия.
6. Алкогольная кома. Клиника. Диагностика. Интенсивная терапия.

7. Травма спинного мозга. Особенности анестезии, интенсивной терапии.
8. Анестезия при сопутствующих нервно-мышечных заболеваниях (миастения, миопатии, миотонии).
9. Особенности обследования тяжелого неврологического больного.
10. Шкалы оценки состояния в неврологии.
11. Ведущие клинические синдромы в неотложной неврологии.
12. Нарушение сознания. Шкала ком Глазго.
13. Нейромониторинг.
14. Судорожный синдром: эпилепсия, эклампсия, фебрильные судороги, истерический судорожный припадок, столбняк.
15. Общая мышечная слабость: травма спинного мозга, миастения и миастенические синдромы, ботулизм, дифтерия.
16. Спинальный шок. Диагностика, принципы интенсивной терапии.
17. Синдром острой внутричерепной гипертензии, отек мозга. Принципы интенсивной терапии.
18. Острые нарушения мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние.
19. ОНМК. Ишемический инсульт, тромбозы венозных синусов и вен головного мозга.
20. Протоколы и алгоритмы лечебно-диагностических мероприятий на различных этапах при ЧМТ.
21. Показания и противопоказания для проведения люмбальной пункции, ее техника

**Тестовые задания:**

1. НАРУШЕНИЮ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ- СОПОР, ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_\_ БАЛЛОВ

- 1) 9–12
- 2) 13–14
- 3) 4–8
- 4) 3

2. КОМА - ЭТО

- 1) состояние глубокого повреждения ЦНС, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма
- 2) кратковременная ишемия головного мозга
- 3) нарушение мозгового кровообращения
- 4) тяжелая степень обморока

3. ОГЛУШЕНИЕ - ЭТО

- 1) угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности
- 2) глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители
- 3) полное выключение сознания
- 4) частичное выключение сознания

4. СОПОР - ЭТО

- 1) глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители

2) угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности

- 3) полное выключение сознания
- 4) частичное выключение сознания

5. 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.

6. ВЫБЕРИТЕ АБСОЛЮТНО НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ. ДЛЯ ОПУХОЛЕЙ ТЕМЕННОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРНО:

- а. астереогноз;
- б. апраксия;
- в. anosmia;
- г. анестезия;
- д. фокальные сенсорные приступы.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. ВЫБЕРИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ. СИМПТОМОМ ВИСОЧНО-ТЕНТОРИАЛЬНОГО ВКЛИНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. протоз;
- б. контрлатеральный гемипарез;
- в. мидриаз;

- г. икота;
- д. снижение уровня сознания.

11. 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.

12. 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.

13. 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

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

18. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕЙРОНА ЗРИТЕЛЬНОГО ПУТИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- а. гомонимная гемианопсия
- б. нарушение остроты зрения
- в. центральные скотомы
- г. периферические скотомы
- д. битемпоральная гемианопсия

19. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ III НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ

- а. атрофия мышц орбиты
- б. расширение зрачка
- в. опущение века 40
- г. наружное косоглазие
- д. сужение зрачка

20. ВНУТРЕННЕЕ КОСОГЛАЗИЕ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ

- а. зрительного нерва
- б. блокового нерва
- в. глазодвигательного нерва
- г. отводящего нерва
- д. лицевого нерва

21. 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

22. АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а. нарушением движений руки
- б. нарушением движений в ноге
- в. нарушением памяти слов
- г. нарушением моторного компонента речи
- д. лобной атаксией

23. 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

24. 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

25. 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

26. 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

27. 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)

28. 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

29. 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)

30. АТРОФИЯ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а. обесцвеченностью диска
- б. отсутствием фотореакции
- в. крайне низкой остротой зрения
- г. выпадением периферического поля зрения
- д. энофтальмом

31. 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

32. ОРИЕНТИРОВКОЙ ПРИ ПУНКЦИИ ЗАДНЕГО РОГА БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЛУЖИТ СЛЕДУЮЩЕЕ: ПО ХОДУ САГИТТАЛЬНОГО ШВА ОТСТУПИТЬ ВВЕРХ ОТ НАРУЖНОГО ЗАТЫЛОЧНОГО БУТРА.

- 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

33. 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

34. 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

35. 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

36. 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

37. 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

38. 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

39. 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

40. 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

41. ДОСТУПАМИ К III ЖЕЛУДОЧКУ ЯВЛЯЮТСЯ

- а. субфронтально-интерламинарный
- б. трансвентрикулярный
- в. транскалезный
- г. комбинированный супра- и субтенториальный
- д. все верно

42. ДЛЯ ДОСТУПА К МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОМУ УГЛУ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КОЖНЫЕ РАЗРЕЗЫ, КРОМЕ

- а. срединного и парамедианного
- б. дугообразного по Денди
- в. косоугольного в затылочно-шейной области

43. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- а. пневмоэнцефалографии
- б. вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами
- в. ангиографии
- г. компьютерной рентгеномографии

44. 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

45. ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ НАЛОЖЕНИЯ ШВА НЕРВА ПРИ РВАННЫХ, 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

46. 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)

47. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- а. делириозным синдромом
- б. оглушением
- в. обморочным состоянием
- г. корсаковским синдромом
- д. правильно а) и г)

48. ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛЬСА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- а. тахикардией
- б. аритмией
- в. брадикардией
- г. всем перечисленным
- д. ни одним из перечисленного

49. 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)

50. 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

51. 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)

52. ПЕРВИЧНО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИПАДКИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- а. моторной коры
- б. премоторной области
- в. лобно-полюсных отделов
- г. оперкулярной зоны
- д. всех перечисленных отделов

53. ПРИПАДКИ ТОРМОЖЕНИЯ РЕЧИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- а. моторной коры
- б. премоторной коры
- в. лобно-парасагиттальной области
- г. оперкулярной зоны
- д. правильно а) и б)

54. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- а. лобно-парасагиттальной области
- б. области передней центральной извилины
- в. лобно-полюсных структур
- г. мозолистого тела 51
- д. все верно

55. ИЗОЛИРОВАННЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- а. лобно-парасагиттальной области
- б. области Брока
- в. префронтальной коры
- г. лобно-полюсных отделов

56. ПРЕМОТОРНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а. наличием параличей конечностей
- б. нарушением тазовых функций
- в. аспонтанностью
- г. акинетическим мутизмом
- д. правильно в) и г)

57. ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛОБНОЙ ДОЛИ – ЭТО

- а. крупноразмашистый тремор в конечностях
- б. мелкоразмашистый тремор в конечностях
- в. повышение тонуса в конечностях по спастическому типу
- г. повышение тонуса в конечностях по пластическому типу
- д. правильно б) и г)

58. СИНДРОМ АСПОНТАННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- а. слабоумие
- б. депрессию
- в. отсутствие побуждений и безразличие к окружающему
- г. все перечисленное
- д. верно а)

59. СИНДРОМ ЭЙФОРИЧЕСКОГО СЛАБОУМИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- а. нескритичность
- б. неустойчивость внимания
- в. эйфорию
- г. анозогнозию
- д. все перечисленное, кроме г)

60. МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а. отсутствием понимания речи
- б. невозможностью произношения слов
- в. скандированной речью
- г. персеверациями
- д. всем перечисленным

61. 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

62. 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)

63. 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)

54. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЛОБНО-БАЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- а. благодушия
- б. эйфории
- в. расторможенности
- г. акинетического мутизма
- д. галлюцинаций

55. 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) 99.

56. 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) 1

57. ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

- а. с полной гемианопсии
- б. с сужения полей зрения типа неполной гемианопсии
- в. с верхне-квадрантной гемианопсии
- г. с нижне-квадрантной гемианопсии
- д. правильно б) и в)

58. СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а. приступами торможения речи
- б. невозможностью артикуляции
- в. наличием словесных эмболов и парафазий
- г. непониманием речи
- д. правильно в) и г)

59. 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)

60. 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

61. 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)



62. КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ГИППОКАМПА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- а. висцеро-вегетативные пароксизмы
- б. галлюцинаторный синдром
- в. психомоторные припадки
- г. соматические моторные припадки
- д. все перечисленное

63.. ОСОБЕННОСТЯМИ 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

64. ДИСЛОКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а. нарушением зрачковых реакций
- б. нарушением сердечной деятельности
- в. синдромом Парино
- г. вертикальным нистагмом
- д. всем перечисленным

65. ПРИ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНЕЙ ТЕМЕННОЙ ДОЛЬКИ 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)

66. 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

67. 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)

68. АПРАКСИЯ ПОЗЫ - СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- а. лобной доли
- б. височной доли
- в. верхней теменной доли
- г. нижней теменной доли
- д. все верно

69. 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)

70 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

71. 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)

72. 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)

73.. 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)

74. АЛЕКСИЯ И АКАЛЬКУЛИЯ - ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- а. задней центральной извилины
- б. передней центральной извилины
- в. верхней теменной дольки
- г. нижней теменной дольки
- д. верно в) и г)

75. 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)

**76. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ОТНОСЯТСЯ**

- а. раннее возникновение фокальных судорог
- б. длительное существование абсансов
- в. наличие вкусовых галлюцинаций
- г. ранние гипертензионные проявления
- д. правильно б) и в)

**77. ФОТОПСИИ - СИМПТОМ ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ**

- а. роландовой борозды
- б. островка Рейля
- в. области 17 поля 55
- г. полей 18 и 19
- д. верно в) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Пациент 19 лет в бессознательном состоянии доставлен в отделение реанимации. При исследовании отмечается состояние глубокой комы с отсутствием реакции на раздражения, широкими зрачками и выраженной депрессией дыхания. Диагноз? Неотложная помощь.

**Задача 2**

У мужчины 47 лет, страдающего ожирением, при проведении гемодиализа развилась тяжелая дыхательная недостаточность и цианоз. В анамнезе артериальная гипертензия, почечная недостаточность и инсулиннезависимый сахарный диабет. Принимаемые лекарственные препараты: фуросемид, глибурид и лизиноприл. Физикальное обследование. Температура 37,6°C; пульс 128 уд/мин; ЧД 28/мин; АД 160/110 мм рт.ст. Легкие: хрипов нет, дыхание поверхностное. Сердце: тахикардия. Живот: увеличенный в объеме из-за ожирения, безболезненный. Конечности: цианоз.

Нервная система: сознание отсутствует. Лабораторные исследования. Na<sup>+</sup> 137 мэкв/л; Cl<sup>-</sup> 104 мэкв/л; K<sup>+</sup> 5,8 мэкв/л. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 11 мэкв/л, TC02 14 мэкв/л. Глюкоза 6,38 ммоль/л; азот мочевины крови 46,41 ммоль/л; креатинин 884 мкмоль/л. Газы артериальной крови (дыхание кислородом через маску с неревверсивным клапаном): рН 7,27; рСО<sub>2</sub> 25 мм рт. ст.; рО<sub>2</sub> 62 мм рт. ст.; Рентгенограмма грудной клетки: выпот в левой плевральной полости. В связи с тяжелой дыхательной недостаточностью была предпринята попытка интубации трахеи, но выполнить её удалось не сразу.

Вопрос. Как обеспечить проходимость дыхательных путей при трудной интубации трахеи в экстренной ситуации?

Ответ и обсуждение. При интубации трахеи могут возникнуть трудности. Однако в некоторых случаях их можно предсказать. Если предполагаются мероприятия по поддержанию газообмена и проходимости дыхательных путей, то следует провести быструю оценку состояния дыхательных путей. У больных с острой дыхательной недостаточностью проблема трудной интубации может быть более серьезной, чем у пациентов, подвергающихся плановому хирургическому лечению. Во-первых, в плановой хирургии таких больных можно заранее выявить и отложить или отменить операцию для проведения дополнительных исследований. Во-вторых, у больных, подвергающихся плановым хирургическим вмешательствам, меньше риск клинически значимых сопутствующих заболеваний, тогда как у больных с дыхательной недостаточностью высока тяжесть легочной патологии, гиперкапнии и гипоксемии. В-третьих, дыхательная недостаточность часто сочетается с повышенным сопротивлением дыхательных путей и сниженной растяжимостью легких, что затрудняет вентиляцию с помощью дыхательного мешка и маски. Чтобы оценить риск трудной интубации, следует произвести быструю оценку состояния

дыхательных путей. Если больной может открывать рот и высовывать язык, то следует охарактеризовать состояние дыхательных путей по классификации Маллампасти. Если начальные попытки интубации трахеи неудачны, но удается обеспечить адекватную вентиляцию легких через маску, то после полноценной оксигенации следует предпринять дальнейшие попытки интубации с помощью других клинков ларингоскопа, либо с помощью фибробронхоскопа, либо применяя другие специальные методики. Альтернативные методики включают назотрахеальную интубацию, фиброскопическую интубацию, использование стилетов с подсветкой, ретроградную интубацию, крикотиомотомию и др. В представленном случае проходимость дыхательных путей у больного была обеспечена с помощью ретроградной интубации, после чего его перевели на ИВЛ.

### **Задача 3**

Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга. 2. Рентгенография черепа, люмбальная пункция. 3. Лечение консервативное

### **Задача 4**

Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (упал с лестницы, ударился головой о ступеньки, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на голове. Объективно: В теменной области имеется кожно-апоневротическая рана размерами 6х2 см, дном раны является неповрежденная надкостница. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу слева, легкая левосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Открытая травма черепа с наличием кожно-апоневротической раны теменной области, сотрясение головного мозга. 2. Рентгенография черепа, люмбальная пункция. 3. Первичная хирургическая обработка раны, консервативное лечение

### **Задача 5**

Больной Л., 56 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (упал с высоты 3-го этажа). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками, выраженный менингеальный синдром. На рентгенограммах черепа определяется линейный перелом левой теменной кости. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга не выявлено. При люмбальной пункции получен ликвор интенсивно окрашенный кровью, давление 240 мм водн.ст.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа с переломом левой теменной кости, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия. 2. Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ). 3. Лечение консервативное.

### **Задача 6**

Больной Ю., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 1,5 часа после травмы (получил удар топором по голове). При поступлении: сознание угнетено до сопора, адекватному речевому контакту недоступен. Зрачки одинаковые, фотореакция сохранена, легкий

правосторонний гемипарез с двусторонними патологическими стопными знаками. В левой теменной области имеется рубленая рана размерами 8x1 см, из которой поступает кровь с примесью ликвора.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Открытая проникающая травма черепа, вдавленный перелом левой теменной кости, ушиб головного мозга. 2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция. 3. Операция – ПХО вдавленного перелома.

#### **Задача 7**

Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (автомобильная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы 1, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому контакту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемоликворея.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в передней черепной ямке, назоликворея, ушиб головного мозга. 2. Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ). 3. Лечение консервативное.

#### **Задача 8**

Больной А., 67 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 4 часа после травмы (падение на затылок). При поступлении: сознание угнетено до глубокого оглушения, движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы повышены справа, выраженный менингеальный синдром, двусторонние патологические стопные знаки, периферический паралич левого лицевого нерва. Объективно: подапоневротическая гематома затылочной области, отогемоликворея слева.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Открытая проникающая травма черепа с переломом костей основания в средней черепной ямке, отоликворея, ушиб головного мозга. 2. Компьютерная томография головного мозга (ЯМРТ). 3. Лечение консервативное.

#### **Задача 9**

Больной Г., 42 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 12 часов после травмы, со слов сопровождающих, он был избит, терял сознание на несколько минут, после чего самостоятельно добрался до дома, где вновь утратил сознание. При поступлении: сознание угнетено до комы 1, левосторонний гемипарез, периодически возникают судороги в левых конечностях, анизокория за счет расширения правого зрачка, брадикардия до 40 в 1 минуту.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа со сдавлением головного мозга острой внутричерепной гематомой справа. 2. Рентгенография черепа, ЭхоЭС, компьютерная томография головного мозга. 3. Лечение хирургическое - резекционная трепанация черепа, удаление гематомы.

#### **Задача 10**

Больной З., 22 лет на фоне полного здоровья внезапно на работе потерял сознание и упал. При поступлении: сознание угнетено до комы 1, речевому контакту недоступен, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение. Неврологически: грубой очаговой симптоматики не выявлено, выраженный менингеальный синдром.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Спонтанная субарахноидальная геморрагия. 2. Компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция. 3. Лечение консервативное

#### **Задача 11**

Больная Ф., 67 лет на фоне гипертонического криза потеряла сознание, доставлена в клинику нейрохирургии в тяжелом состоянии, с явлениями правосторонней гемиплегии, моторной и сенсорной афазии. При ЭхоЭС выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 12 мм.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, сдавление головного мозга острой внутримозговой гематомой. 2. Компьютерная томография головного мозга. 3. Лечение хирургическое резекционная трепанация черепа, удаление гематомы

#### **Задача 12**

Больной Ц., 45 лет находился на лечении в инфекционной больнице по поводу гнойного менингита. На фоне проводимого лечения состояние больного улучшалось, нормализовалась температура, санировался ликвор, но на 20-е сутки отмечено ухудшение: выросла головная боль, появился и стал нарастать правосторонний гемипарез. При осмотре глазного дна выявлены начальные застойные явления.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Постинфекционный абсцесс головного мозга. 2. Компьютерная томография головного мозга. 3. Лечение хирургическое - трепанация черепа, удаление и дренирование абсцесса

#### **Задача 13**

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

Вопросы: 1. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего? 2. Способы транспортировки. 3. План обследования.

Эталон ответа: 1. Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга. 2. Имобилизация с помощью транспортной шины ЦИТО или воротника Шанца. 3. Рентгенография шейного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

#### **Задача 14**

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

Вопросы: 1. Какой уровень травмы позвоночника и спинного мозга имеет место у пострадавшего? 2. Способы транспортировки. 3. План обследования.

Эталон ответа: 1. Травма грудного отдела позвоночника и спинного мозга. 2. Транспортировка на щите. 3. Рентгенография грудного отдела позвоночника, люмбальная пункция с пробами на проходимость, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга.

#### **Задача 15**

Пострадавший получил удар острым предметом на уровне грудного отдела позвоночника. После травмы отмечается истечение ликвора из раны.

Вопросы: 1. К какому виду травмы относится данное повреждение позвоночника и спинного мозга? 2. Объективные методы обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Открытая проникающая травма позвоночника и спинного мозга. 2. Рентгенография грудного отдела позвоночника, КТ (МРТ) грудного отдела позвоночника и спинного мозга. 3. Оперативное вмешательство – первичная хирургическая обработка проникающего ранения.

#### **Задача 16**

Больной К., 26 лет доставлен в клинику нейрохирургии через 2 часа после травмы (попал в ДТП, будучи за рулем в состоянии алкогольного опьянения). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалоб не предъявляет, двигательное возбуждение,

ушибленная кожная рана левой теменной области. Неврологически: сознание на уровне оглушения, затруднение словесно-речевого контакта, горизонтальный мелкокорзинчатый нистагм при взгляде в стороны, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. При ЭхоЭС смещения срединных структур головного мозга слева на право, на 2 мм.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа, кожная рана левой теменной области, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия. 2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, люмбальная пункция. 3. Лечение консервативное.

#### **Задача 17**

Больной М., 35 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 2 часа после травмы (со слов больного – упал, поскользнувшись на землю, ударился лицом, кратковременно терял сознание). При поступлении жалобы на головную боль, тошноту, наличие раны на спинке носа. Объективно: носовое кровотечение, искривление спинки носа. На рентгенограммах черепа определяется перелом костей носа. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокорзинчатый нистагм при взгляде в стороны, неустойчивость в позе Ромберга, равномерное оживление сухожильных рефлексов. Патологических и менингеальных знаков нет.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга, перелом костей носа. 2. Рентгенография черепа, люмбальная пункция, осмотр ЛОР-врача. 3. Лечение консервативное, остановка носового кровотечения (тампонада).

#### **Задача 18**

У больного в течение двух с половиной лет отмечаются боли в пояснице. Неделю назад при подъеме с земли груза около 30 кг появилось ощущение "прострела" из поясницы в левую ногу (бедро и голень). При осмотре: хромота, анталгическая поза, в кровати лежит на правом боку, поджав левую ногу, симптом натяжения слева, коленные 60 рефлексы одинаковы, ахиллов слева снижен, гипестезия по наружной поверхности левой голени, слабость икроножной мышцы.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Поясничный остеохондроз, левосторонняя грыжа диска нижнепоясничного отдела позвоночника. 2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, КТ (МРТ), миелография. 3. Лечение хирургическое – удаление грыжи диска

#### **Задача 19**

У больного после резкого подъема с земли большого груза появилось ощущение "прострела" из поясницы в обе ноги. Затем в течение суток развилась слабость в стопах, снижение чувствительности в голених и стопах по наружной поверхности, стал периодически не удерживать мочу. При осмотре: анталгическая поза, грубые симптомы натяжения с обеих сторон, коленные рефлексы снижены, ахиллов слева снижен, справа отсутствует, гипестезия по наружной поверхности голени с переходом на стопы, нижний, преимущественно дистальный, вялый паразетез, нарушения функций тазовых органов.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Поясничный остеохондроз, срединная грыжа диска нижнепоясничного отдела позвоночника, нарушение функции тазовых органов. 2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, КТ (МРТ), миелография. 3. Лечение хирургическое – удаление грыжи диска

#### **Задача 20**

У больного два дня назад была травма головы. Жалуется на головную боль, тошноту, боль при повороте глазных яблок, светобоязнь. В неврологической симптоматике превалирует менингеальный синдром. Выполнено ликворологическое исследование. Давление ликвора 210 мм вод.ст. Визуально ликвор розовой окраски, непрозрачный. В анализе ликвора: проба Панди (–);

проба Нонне-Апельта (+ +); сахар 45мг%; хлориды – 720 мг%; белок – 0,3 промиллей; цитоз – 4/3 кл/мкл; эритроциты – 5500 кл.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Дополнительные методы обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа, ушиб головного мозга, субарахноидальная геморрагия. 2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга. 3. Лечение консервативное, повторные люмбальные пункции.

#### **Задача 21**

У больного две недели назад была открытая травма головы. В стационаре не лечился. Жалуется на повышение температуры тела, головную боль, тошноту, боль при повороте глазных яблок, светобоязнь. В неврологической симптоматике превалирует 61 менингеальный синдром. Выполнено ликворологическое исследование. Давление ликвора 180 мм вод.ст. В анализе ликвора: проба Панди (+); проба Нонне-Апельта (+); сахар 15 мг%; хлориды – 720 мг%; белок – 0,8 промиллей; цитоз – 750/3 кл/мкл; эритроциты – отр.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. Тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Закрытая травма черепа, ушиб головного мозга, посттравматический гнойный менингит. 2. Рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга. 3. Антибактериальная терапия, повторные люмбальные пункции с эндолюмбальным введением антибиотиков

#### **Задача 22**

5-летняя девочка в течение полугода отмечает головные боли с рвотой, особенно усиливающейся по утрам. Головные боли локализуются в затылочной области. Иногда состояние ребенка, по словам родителей, ухудшается и наблюдается обострение головных болей с учащением и усилением рвоты, замедлением пульса, нерегулярностью дыхания и напряжением в конечностях. В этот момент ребенок наклоняет голову вперед и ощущает облегчение состояния. Эти ухудшения чаще возникают при резком повороте головы. Несколько позже, примерно месяца 3-4 тому назад появились пошатывания при ходьбе и невозможность стоять и сидеть. Со стороны внутренних органов без патологии. А/Д 110 и 70 мм.рт.ст. Менингеальных знаков нет. Голова несколько наклонена вперед. Ps58 уд/мин. Глазодвигательных расстройств нет. Горизонтальный нистагм. Сглажена правая носогубная складка. Роговичные рефлексы снижены. На глазном дне – застойные диски зрительных нервов. Чувствительность всех видов сохранена. Парезов нет. Гипотония мускулатуры верхних и нижних конечностей. Сухожильные рефлексы снижены, равны. Симптом Пуссеппа слева. При закрытых глазах отмечается склонность к падению назад без попытки препятствовать этому падению. В позе Ромберга падает назад. На R-грамме черепа: усиление сосудистого рисунка и расхождение швов. При отоневрологическом осмотре: вестибулярные изменения по субтенториальному типу.

Вопросы: 1. Где локализуется патологический процесс? 2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. 3. С чем связаны приступы ухудшения состояния пациентки?

Эталон ответа: 1. В черве мозжечка. 2. Опухоль злокачественная мозжечка, скорее всего – медуллобластома. 3. Приступы (приступы Брунса) связаны с периодическим затруднением оттока ликвора из желудочков мозга с раздражением образований дна 4 желудочка.

#### **Задача 23**

30-летняя пациентка за последние несколько месяцев стала отмечать нарастающие головные боли с рвотой, усиливающиеся по утрам. Одновременно заметила появление равнодушия к работе, семье, и снижение памяти. Муж дополнительно сообщил, что она стала систематически мочиться в постель. Объективно: Сглажена левая носогубная складка. Застойные диски зрительных нервов с кровоизлияниями по краям. Координация не нарушена. Хватательный рефлекс слева. Хоботковый рефлекс. Симптом Бабинского и Маринеско-Радовичи слева. Сухожильные 62 и периостальные рефлексы оживлены слева. Вялая, безынициативная, снижена критика к своему состоянию и дезориентирована в окружающем. На ЭЭГ – медленные волны в



правой лобно-височной области. Изменений на краниограмме нет. При ЭХО\_ЭС – смещение срединных структур головного мозга справа на лево на 5 мм.

Вопросы: 1. Где локализуется патологический процесс? 2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. 3. Чем объяснить отсутствие изменений на краниограмме при наличии изменений на глазном дне.

Эталон ответа: 1. Правая лобная доля. 2. Злокачественная опухоль типа глиобластомы, на это указывает быстрое нарастание очаговой и общемозговой симптоматики с прогрессирующим распадом личности. 3. Злокачественный процесс имеет настолько быстрое течение, что изменения на краниограмме не успевают развиться

#### **Задача 24**

Пациентка жалуется на шум в левом ухе и понижение слуха на левое ухо. Год назад появились пошатывание при ходьбе и головная боль с тошнотой. Онемение в левой половине лица. Объективно: Начальные застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный нистагм с быстрым компонентом влево. Слева отсутствует роговичный рефлекс. Слегка опущен левый угол рта, атрофия жевательных мышц слева, резко снижен слух на левое ухо. Нарушен вкус на передних 2/3 языка. Парезов и патологических рефлексов нет. Прицельные снимки пирамид височной кости по Стенверсу показывают расширение внутреннего слухового прохода слева.

Вопросы: 1. Где локализуется патологический процесс? 2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. 3. Все ли необходимые обследования проведены.

Эталон ответа: 1. В левом мостомозжечковом углу. 2. Опухоль (невринома слухового нерва слева), что подтверждается поражением 6, 7, 8 нервов слева и левосторонней полушарной мозжечковой симптоматикой. 3. Больной показана КТ, МРТ головного мозга.

#### **Задача 25**

Пациент за последние 6 месяцев отмечает слабость в ногах, больше слева и онемение в теле и правой ноге. Считает себя больным в течение 2-3 лет. В начале была боль в грудной клетке опоясывающего характера, которая после приема анальгетиков уменьшалась. Пациент отмечает нарастающую слабость в левой ноге и онемение в правой ноге и туловище. Объективно: Спастический парез левой ноги, с повышением коленного и Ахиллова рефлекса и наличием пирамидных знаков (Симптом Бабинского и Россолоймо), с клонусом левой стопы. Нарушена чувствительность с уровня 10 грудного сегмента справа. При люмбальной пункции на боку давление ликвора 120 мм. Вод. Ст. Белок- 3,2 г/л, ксантохромия. Цитоз – 3 кл в 1 мкл. На рентгенограмме грудного отдела позвоночника – деструкция дужек 6-7 позвонков (Симптом Эльсберга-Дайка). При нисходящей миелографии отмечена остановка контраста на уровне 6 грудного позвонка.

Вопросы: 1. Где локализуется патологический процесс? 2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. 3. С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа: 1. В верхнегрудном отделе позвоночника 2. Экстрamedулярная опухоль спинного мозга с развитием синдрома Броун-Секара. 3. С интрамедулярной опухолью спинного мозга.

#### **Задача 26.**

У пациента в течение 10 месяцев отмечалась стреляющая боль по задней поверхности правой голени и наружной поверхности правой стопы. Затем боль распространилась на левую ногу, область промежности и заднего прохода. Вместе с болью выросла слабость мышц в правой голени и стопе. Объективно: свисание правой стопы, атрофия и гипотония мышц правой голени, коленные рефлексы живые, равномерные, Ахиллов - справа отсутствует, слева – ослаблен. Снижение чувствительности в зоне иннервации L5 и S1 корешков справа. Нарушения мочеиспускания. При люмбальной пункции ликвор ксантохромный с образованием в пробирке сгустка, белок – 7,8 г/л, цитоз 2 кл в 1 мкл, резко положительны реакции Панди и Альперта. После люмбальной пункции появился вялый паралич правой ноги и парез левой ноги. На рентгенограмме позвоночника – без патологии.

Вопросы: 1. Где локализуется патологический процесс? 2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. 3. С какими заболеваниями проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа: 1. На уровне конуса спинного мозга в месте отхождения корешков. 2. Опухоль конского хвоста, что подтверждается характером развития процесса, данными, полученными при люмбальной пункции, отсутствием изменений на рентгенограммах позвоночника. 3. Остеохондроз позвоночника с грыжей межпозвонкового диска.

#### **Задача 27**

У 9 летней девочки, после внутримышечной инъекции гентамицина в правую ягодицу, которую неделю тому назад произвела ей мама, появились жалобы на боль в месте инъекции, жжение и боль в правой голени, слабость в правой стопе. Объективно: имеется боль при пальпации правой ягодицы в месте выхода седалищного нерва, с иррадиацией по ходу нерва, снижен коленный рефлекс и угнетен Ахиллов, правая стопа отечная, свободно свисает, отсутствует тыльное сгибание стопы, определяется нарушение всех видов чувствительности на стопе по типу носка.

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

Эталон ответа: 1. В месте выхода седалищного нерва посередине ягодицы 2. Ятрогенное поражение правого седалищного нерва, постинъекционный неврит правого седалищного нерва, периферический парез правой стопы. 3. Показано консервативное лечение: витамины, массаж, физиолечение

#### **Задача 28**

Больной Ж, 45 лет, полгода тому назад упал, поскользнувшись на льду, получил закрытый оскольчатый перелом левой плечевой кости в верхней трети. В травм. пункте бы64 ла произведена репозиция и наложена иммобилизация гипсовой лонгетой. После снятия гипса больной заметил, что левая кисть свисает, пальцы в полусогнутом состоянии. Отсутствует чувствительность на тыльной поверхности предплечья и кисти в области 1, 2 и частично 3 пальцев. Отсутствует разгибание первых фаланг пальцев. Вопросы: 1. Где локализуется патологический процесс? 2. Установите предварительный диагноз и обоснуйте его. 3. Оперативное или консервативное лечение показано этой пациентке?

Эталон ответа: 1. В верхней трети левой плечевой кости в месте перелома. 2. Травматическое повреждение правого лучевого нерва в верхней трети плеча. 3. Показано оперативное лечение, ревизия места перелома с невролизом лучевого нерва.

#### **Задача 29**

Больной 78 лет доставлен в клинику нервных болезней из дома. Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе - длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт. ст. При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, ритмичный. Уровень сознания оглушение - неглубокий сопор. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева слева, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с плегией в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа. Выявить координаторные и чувствительные нарушения не возможно из-за отсутствия должного контакта с больным. При поясничном проколе получен красный мутный ликвор, равномерно окрашенный кровью в 3-х пробирках (цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок - 0,66 мг %). В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз. На КТ в лобной области левого полушария выявляется область высокой плотности. Поставьте диагноз. Определите тактику ведения больного. Эталон ответа: Геморрагический инсульт в левом полушарии головного мозга. Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса об оперативном лечении. До консультации проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, назначение антиоксидантных и хелатирующих препаратов. Ситуационная задача № 28 Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление,

зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты. При осмотре: состояние очень тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания - кома. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет б5 снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована кнаружи. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях. При поясничном проколе получен красный, мутный ликвор, равномерно окрашенный во всех 3-х пробирках (цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %). На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности.

Поставьте диагноз. Определите тактику ведения больной.

Эталон ответа: Геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга с прорывом крови в желудочки. Проведение мероприятий, направленных на поддержание функции жизненно важных органов, нейропротекция, лечение отека мозга, антиоксидантные и хелатирующие препараты. Консультация больного нейрохирургом для решения вопроса о возможности оперативного лечения.

### **Задача 30**

Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в левых конечностях. Заболел остро сегодня утром, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт. ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нерва слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптом Бабинского слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева. При поясничном проколе: ликвор бесцветный, прозрачный, давление 160 мм водного столба, цитоз - 3 лимфоцита, белок – 0,33 мг %. На МРТ на 4-ые сутки после заболевания в правой теменно-височной области определяется зона с сигналом повышенной и пониженной интенсивности сигнала на T1 и T2- взвешенных изображениях соответственно. Поставьте диагноз. Определите тактику ведения больного

Эталон ответа: Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии), предположительно вследствие тромбоэмболии из левого желудочка сердца. В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротекция. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов

Ситуационная задача № 30 Больной 63 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома. Со слов родственников известно, что заболел остро сегодня днем, когда внезапно упал, отмечалась кратковременная потеря сознания, одновременно с этим выявлена слабость в левых конечностях. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью - 160/90 мм рт. ст. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с повышением 66 цифр артериального давления до 170/100 мм рт. ст., постоянная форма мерцательной аритмии (давность не известна). При осмотре: состояние тяжелое, на осмотр реагирует, вступает в речевой контакт, однако быстро истощается. Ориентирован в пространстве и времени. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, левосторонняя гемиплегия с низким мышечным тонусом и рефлексамии, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. При поясничном

проколе, проведенном в день поступления, ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз - 5 лимфоцитов, белок - 0,33 мг %. На 5-ые сутки пребывания в стационаре на фоне подъема артериального давления до 200/100 мм рт. ст. состояние больного ухудшилось: narosли расстройства сознания до уровня сопора, появилась ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа. В цереброспинальной жидкости после ухудшения состояния больного отмечается примесь крови во всех 3-х пробирках. После центрифугирования надосадочная жидкость ксантохромная, мутная, эритроциты покрывают все поле зрения. На КТ, выполненной через 24 часа после ухудшения состояния, на фоне обширной зоны низкой плотности в правой лобно-теменно-височной долях выявляются очаги высокой плотности.

Поставьте диагноз. Объясните причину ухудшения состояния больного.

Эталон ответа: Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга (бассейн средней мозговой артерии). Ухудшение состояние обусловлено развитием вторичного кровоизлияния в область ишемического очага. В первые шесть часов заболевания обсуждение возможности проведения тромболитической терапии. Нейропротективная терапия. Контроль и коррекция АД (обеспечение адекватного перфузионного давления), реологических свойств крови, поддержание функции других жизненно важных органов. После развития геморрагического инфаркта назначение препаратов, укрепляющих сосудистую стенку (дицинон).

### Задача 31

Больной 56 лет доставлен скорой медицинской помощью из дома с жалобами на двоение, онемение правой половины лица, неуверенность в правых и слабость в левых конечностях. Вышеуказанные жалобы развились сегодня на протяжении нескольких часов. Девять месяцев тому назад больной перенес ишемический инсульт в правом полушарии в области зрительного бугра с почти полным регрессом неврологических расстройств (сохранялись незначительные нарушения поверхностной чувствительности по гемитипу слева). В анамнезе артериальная гипертензия в течение 10 лет с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. (адаптирован к 140-150/80 мм рт. ст.), сахарный диабет II типа, выявленный 5 лет назад. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявляется. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, нарушение поверхностной чувствительности на лице справа по внутренней "скобке Зельдера", легкое расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, анизокория: правый зрачок шире левого, прямая реакция на свет правого зрачка снижена, сглаженность морщин на правой половине лба, лагофтальм справа. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов в руке и 3 баллов в ноге, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями, незначительное отклонение вправо в пробе Ромберга. В течение последующих дней состояние больного ухудшалось: narosли очаговые симптомы до левосторонней гемиплегии, появились нарушения глотания и расстройства сознания 67 (глубокий сопор - кома). На МРТ выявляется зона сигнала повышенной интенсивности в области правой ножки мозга с переходом на варолиев мост и продолговатый мозг.

Поставьте диагноз. Чем обусловлено ухудшение состояния?

Эталон ответа: Повторный ишемический инсульт в стволе головного мозга с вовлечением левой ножки мозга, варолиева моста и продолговатого мозга. Ухудшение состояния больного обусловлено распространением очага на мост и продолговатый мозг

### Критерии оценок тестовых заданий

Формула для оценки тестовых заданий:

$$\% \text{ правильных ответов} = 100 - \left( \frac{X_1 + X_2}{Y} \times 100 \right)$$

где

$X_1$ - недостающее количество правильных ответов;

$X_2$ - количество неправильных ответов;

$Y$ - количество правильных ответов.

До 70% правильных ответов - «неудовлетворительно»

От 70% до 80% правильных ответов – «удовлетворительно»

От 80% до 95% правильных ответов – «хорошо»

95% и более правильных ответов – «отлично»

### **Критерии оценок ситуационных задач**

#### **Оценка «отлично».**

Аспирант свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

#### **Оценка «хорошо».**

Если аспирант достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

#### **Оценка «удовлетворительно».**

Если аспирант недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;

#### **Оценка «неудовлетворительно».**

Если аспирант имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.