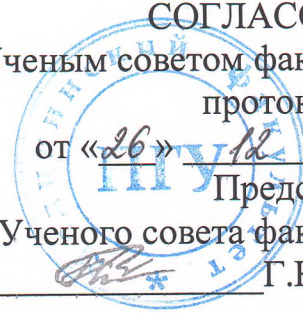


Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики  
Государственное образовательное учреждение  
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»  
Медицинский факультет  
Центр медицинского послевузовского образования



**УТВЕРЖДАЮ**

Министр здравоохранения ПМР  
К.В.Албул  
\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.



**СОГЛАСОВАНО**

Ученым советом факультета  
протокол № 6  
от «26» \_\_\_\_\_ 2024 г.  
Председатель  
Ученого совета факультета  
\_\_\_\_\_ Г.Н.Самко

**ПРОГРАММА**  
**ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
образовательной программы послевузовского  
профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.56 Нейрохирургия**

Квалификация выпускника: врач – нейрохирург

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: с 30 июня 2025г. по 12 июля 2025г.

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 620 от 11.07.2022г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии с циклом онкологии протокол № 4 от «25» 12 2024г.  
Заведующий кафедрой Хирургии с циклом онкологии [подпись] Фомов Г.В.

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета

«10» 12 2024г. (протокол № 4)

Председатель УМК [подпись] А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета

«26» 12 2024г. (протокол № 6)

Председатель УС [подпись] Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент [подпись] Добров Д.Д.

## Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
  - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
  - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
  - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
  - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
  - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
  - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
  - 7.1 Тестирование
  - 7.2 Практические навыки.
  - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

## Приложения

### **1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.**

**Цель** - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

#### **Задачи:**

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – нейрохирург).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

### **2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры**

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия завершается присвоением квалификации " врач – травматолог-ортопед".

### **3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации**

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- а) профилактическая;
- б) диагностическая;
- в) лечебная;
- г) реабилитационная;
- д) психолого-педагогическая;
- е) организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

#### **Универсальные компетенции (УК):**

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее или высшее профессиональное образование - УК3.

### **Профессиональные компетенции (ПК):**

а) профилактическая деятельность:

а) профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи - ПК6;

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11;

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации - ПК12.

#### **4. Форма и структура итоговой государственной аттестации**

##### **4.1. Форма итоговой государственной аттестации**

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия проводится в форме государственного экзамена.

##### **4.2. Трудоемкость итоговой государственной аттестации**

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

##### **4.3. Структура итоговой государственной аттестации**

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Травматология и ортопедия с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,
2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап – устный экзамен по дисциплине	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

#### **5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.**

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

**6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.** Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

**6.1. Критерии оценки результатов тестирования**

**Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:**

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично»

**6.2. Критерии оценки практических навыков и умений**

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

**6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.**

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

## 7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

## 8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Медицина катастроф: учебник / Г1. Л. Колесниченко [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с. : ил. - ISBN 9785970440001. Для 2 года

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446416.html>

2. . Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст] / Белов Ю. В. - М. : МИА, 2011. <https://natmedlib.uz>

3. Колесниченко, П. Л. Медицина катастроф: учебник / П. Л. Колесниченко [и др. ]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-5264-6. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446416.html>

4. Трошин, В.Д. Руководство по неврологии: Учебное пособие для врачей / В.Д. Трошин. — 5-е изд., перераб. и доп. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 728 с. : ил. ISBN 978-5-6040008-4-7

[https://medkniga.ru/files/book\\_fragments\\_files/29934int.pdf](https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/29934int.pdf)

Дополнительная литература:

1. Пирадов М.А. Инсульт : пошаговая инструкция / В.А. Пирадов, М.К. Максимова, М.М. Танашян. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - ISBN 978-5-9704-4910-3. - URL :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449103.html>

2. Пирадов М.А. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М.А. Пирадов, М.Ю. Максимова, М.М. Танашян. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5782-5.-URL :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457825.html>

3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия. - Т. 2: Нейрохирургия. - 2015 г. - 403 с. <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436202.html>

4. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: учебник: в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 1. Неврология. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 640 с. - ISBN 978-5-9704-4707-9.–

URL:<https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970444054.html>



## Приложение 1

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. При поражении периферического нейрона зрительного пути наблюдается
  - а. гомонимная гемианопсия
  - б. нарушение остроты зрения
  - в. центральные скотомы
  - г. периферические скотомы
  - д. битемпоральная гемианопсия
8. Основными клиническими признаками поражения III нерва являются
  - а. атрофия мышц орбиты
  - б. расширение зрачка
  - в. опущение века
  - г. наружное косоглазие
  - д. сужение зрачка
9. Внутреннее косоглазие обусловлено поражением
  - а. зрительного нерва
  - б. блокового нерва
  - в. глазодвигательного нерва
  - г. отводящего нерва
  - д. лицевого нерва
10. 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
- 11. Амнестическая афазия характеризуется
  - а. нарушением движений руки
  - б. нарушением движений в ноге
  - в. нарушением памяти слов
  - г. нарушением моторного компонента речи
  - д. лобной атаксией
- 12. 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
- 13. 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
- 14. 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
- 15. 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
- 16. 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. Симптомомкомплекс следует рассматривать, исходя из анамнеза заболевания
  - д. верно а) и б)
- 17. 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
- 18. 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)
- 19. Атрофия диска зрительного нерва характеризуется
  - а. обесцвеченностью диска
  - б. отсутствием фотореакции
  - в. крайне низкой остротой зрения
  - г. выпадением периферического поля зрения
  - д. энофтальмом
- 20. Основными причинами развития атрофии диска зрительных нервов являются
  - а. непосредственное механическое воздействие на зрительный нерв
  - б. нарушение кровообращения
  - в. вследствие гипертонической болезни
  - г. вследствие гипертензионного синдрома

д. нарушение венозного кровообращения

21. 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

22. Для пункции переднего рога бокового желудочка необходимо ориентироваться

а. 2 см впереди от коронарного шва и 2 см в сторону от сагиттального синуса

б. 2 см в сторону от сагиттального синуса на уровне коронарного шва

в. на 4 см выше ушной раковины

г. на середине расстояния от сагиттального синуса до ушной раковины

д. на 2 см в сторону от сагиттального синуса по линии, соединяющей слуховые проходы

23. 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

24. 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

25. Резекционная трепанация показана

а. при переломе основания черепа

б. при выраженном отеке головного мозга и внутримозговой гематоме

в. при внутримозговой гематоме

г. при подострой субдуральной гематоме

д. при подострой эпидуральной гематоме

26. 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

27. 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

28. 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

29. 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

30. Доступами к III желудочку являются

а. субфронтально-интерламинарный

б. трансвентрикулярный

- в. транскалезный
  - г. комбинированный супра- и субтенториальный
  - д. все верно
31. Для доступа к мосто-мозжечковому углу применяются все перечисленные кожные разрезы, кроме
- а. срединного и парамедианного
  - б. дугообразного по Денди
  - в. косоуго в затылочно-шейной области
32. Для доступа к задней черепной ямке срединный разрез проводится
- а. параллельно средней линии на расстоянии  $2/3$  от средней линии до ушной раковины
  - б. в затылочной области строго по средней линии, начиная сверху от точки, расположенной на 4-5 см над наружным затылочным бугром и достигая внизу остистого отростка у шейного позвонка
  - в. в затылочной области строго по средней линии, начиная от наружного затылочного бугра и до остистого отростка второго шейного позвонка
  - г. параллельно средней линии на расстоянии  $1/3$  от средней линии до ушной раковины
  - д. строго по средней линии, начиная от точки, расположенной на 5 см над наружным затылочным бугром и заканчивая на 5 см под наружным затылочным бугром
33. 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
34. 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)
35. 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
36. Наиболее рациональным разрезом кожи для доступа к конвексительной поверхности лобной доли является
- а. разрез от точки, расположенной 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, отступая 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, отступая от нее на 5 см от края волосистой части до коронарного шва
37. 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)
38. 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
39. 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
40. 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
41. Срединно-продольный разрез для доступа к задней черепной ямке предпочтительнее использовать
- а. при удалении невриноме слухового нерва и менингиоме мосто- 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)
42. Схема Кренлейна позволяет определить все перечисленные проекции, кроме
- а. роландовой борозды
- б. силвиевой борозды
- в. поперечной затылочной борозды
- г. передней ветви средней оболочечной артерии
43. Х-образные разрезы твердой мозговой оболочки наиболее целесообразно производить
- а. в задне-лобной и лобно-теменной областях
- б. в теменной области
- в. в височной области
- г. в лобной области
44. К наиболее рациональным разрезам кожи для доступа к затылочной доле относится разрез
- а. от наружной бугристости затылочной кости кверху по срединной линии до уровня вершины лямбдовидного шва, а затем кнаружи и вниз к верхнему краю ушной раковины
- б. от середины расстояния между наружно-верхним углом глазницы и верхним краем наружного слухового прохода, вверх до уровня верхней височной линии, а затем кзади и вниз до основания сосцевидного отростка
- в. параллельно срединной линии на 3 см кзади от сосцевидного отростка от уровня дужки первого шейного позвонка до уровня 3-4 см выше вышной линии
- г. параллельно средней линии от уровня поперечного отростка второго шейного позвонка до уровня на 4 см выше затылочного бугра, а затем кпереди дугообразно и заканчивают в средней трети линии между верхне-наружным углом глазницы и верхне-передним краем наружного слухового прохода
- д. по средней линии от уровня первого шейного позвонка до уровня на 4-5 см выше затылочного бугра
45. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области в с/з синуса является
- а. разрез по средней линии
- б. поперечной или полукруглый линейный разрез позади коронарного шва
- в. подковообразный разрез
- г. бифронтальный разрез
46. Рациональным разрезом кожи для доступа к парасагиттальной области 3/3 синуса является
- а. разрез по средней линии на этом уровне
- б. поперечный разрез на середине расстояния между коронарным швом и затылочным бугром
- в. разрез полукруглой формы, начинающийся над ушной раковиной, проходящий над лямбдовидным швом, достигающий средней линии или переходящий за нее и заканчивающийся над верхней затылочной линией
- г. подковообразный разрез в затылочной области, основанием обращенный книзу
- д. правильно в) и г)
47. Доступами к хиазмально-селлярной области являются
- а. лобно-височный
- б. височный
- в. односторонний или двусторонний субфронтальный
- г. трансфеноидальный
48. К рентгенологическим методам, применяемым при стереотаксических операциях относят все перечисленные, кроме
- а. пневмоэнцефалографии

- б. вентрикулографии с водорастворимыми контрастными веществами
  - в. ангиографии
  - г. компьютерной рентгеномографии
49. 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
50. При стереотаксических операциях по поводу паркинсонизма подлежат разрушению
- а. вентро-латеральное ядро таламуса
  - б. зубчатые ядра мозжечка
  - в. субталамическая область
  - г. латеральное гипоталамическое ядро
  - д. правильно а) и в)
51. Основными этапами операции ламинэктомии являются все перечисленные, кроме
- а. скелетирования остистых отростков позвонков с обеих сторон
  - б. скелетирования остистых отростков позвонков с одной стороны
  - в. резекции остистых отростков позвонков
  - г. резекции обеих дужек
52. Начальным этапом гемиламинэктомии является
- а. скелетирование остистых отростков с обеих сторон
  - б. скелетирование остистых отростков с одной стороны
  - в. резекция остистых отростков
  - г. резекция обеих дужек
53. Основными этапами интерламинэктомии являются
- а. скелетирование остистых отростков
  - б. отслаивание мышцы от остистых отростков и дужек
  - в. резекция дужки
  - г. иссечение желтой связки
  - д. правильно б) и г)
54. Твердая мозговая оболочка спинного мозга вскрывается преимущественно
- а. линейным разрезом
  - б. дугообразным разрезом
  - в. Х-образным разрезом
  - г. все верно
  - д. все неверно
55. 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
56. При аневризмах передней соединительной артерии предпочтительным является
- а. односторонний лобный доступ
  - б. двусторонний субфронтальный доступ
  - в. лобно-височно-базальный доступ
  - г. лобно-височный доступ
  - д. верно все, кроме г)
57. 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)
58. 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)

59. При аневризмах задней мозговой артерии используют
- лобно-височно-базальный доступ
  - лобно-височный доступ
  - парамедианный доступ
  - базально-височный доступ
  - затылочный доступ
60. При аневризмах супраклиноидной части внутренней сонной артерии предпочтительнее
- височно-лобный доступ
  - лобно-височный доступ
  - фронтальный доступ
  - лобно-теменной доступ
  - все ответы правильны
61. К аневризмам основной формы оптимальным является
- парамедианный доступ
  - затылочный доступ
  - по Нафунтер-Тауну
  - теменно-затылочный доступ
  - все перечисленные верны
62. При операциях на плечевом сплетении применяются
- доступ Созон-Ярошевича
  - задне-боковой доступ
  - подкрыльцовый доступ
  - трансаксиллярный доступ
  - все перечисленные
63. При операциях на верхнем первичном стволе плечевого сплетения предпочтительны
- доступ Созон-Ярошевича
  - задне-боковой доступ
  - трансаксиллярный доступ
  - подкрыльцовый доступ
  - правильно а) и г)
64. При операциях на нижнем первичном стволе плечевого сплетения целесообразен
- доступ Созон-Ярошевича
  - задне-боковой доступ
  - трансаксиллярный доступ
  - подкрыльцовый доступ
  - правильно а) и б)
65. При операциях по поводу преганглионарного поражения плечевого сплетения применяются
- задне-боковой доступ
  - трансаксиллярный доступ
  - гемиламинэктомия
  - доступ к длинным стволам плечевого сплетения и межреберным нервам
  - верно в) и г)
66. При болевых синдромах, вызванных преганглионарным поражением плечевого сплетения, операция выполняется
- на первичных стволах плечевого сплетения
  - на вторичных стволах плечевого сплетения
  - на заднебоковых входных зонах спинного мозга
  - на симпатической нервной системе
  - все перечисленное, кроме в)
67. На плечевом сплетении из трансаксиллярного доступа производится
- резекция первого ребра
  - рассечение надплевральной связки
  - резекция передней лестничной мышцы
  - пересечение передней лестничной мышцы
  - все перечисленное, кроме в)
68. При травмах плечевого сплетения могут быть выполнены
- невролиз
  - невротизация
  - эндоневролиз
  - все перечисленное
  - ничего из перечисленного
69. При операциях на лучевом нерве используются следующие доступы
- 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
70. 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)
71. 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)
72. 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 снаружи 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)
73. 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)
74. При операциях на малоберцовом нерве в качестве доступа наиболее целесообразны
- 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
75. 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
76. 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
77. 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
78. 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
79. 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)
80. Нарушения сознания при внутричерепной гипертензии характеризуются
- а. делириозным синдромом
  - б. оглушением
  - в. обморочным состоянием
  - г. корсаковским синдромом
  - д. правильно а) и г)
81. При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются
- а. тахикардией
  - б. аритмией
  - в. брадикардией
  - г. всем перечисленным
  - д. ни одним из перечисленного
82. 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)
83. 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
84. 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)
85. Первично генерализованные припадки развиваются при поражении
- а. моторной коры
  - б. премоторной области
  - в. лобно-полусных отделов
  - г. оперкулярной зоны
  - д. всех перечисленных отделов
86. Припадки торможения речи развиваются при поражении
- а. моторной коры
  - б. премоторной коры
  - в. лобно-парасагиттальной области
  - г. оперкулярной зоны
  - д. правильно а) и б)
87. Центральный парез развивается при поражении
- а. лобно-парасагиттальной области
  - б. области передней центральной извилины
  - в. лобно-полусных структур
  - г. мозолистого тела
  - д. все верно
88. Изолированный центральный парез лицевого нерва характерен для поражения
- а. лобно-парасагиттальной области
  - б. области Брока
  - в. префронтальной коры
  - г. лобно-полусных отделов
89. Премоторный двигательный синдром характеризуется

- а. наличием параличей конечностей
  - б. нарушением тазовых функций
  - в. аспонтанностью
  - г. акинетическим мутизмом
  - д. правильно в) и г)
90. 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)
91. Синдром аспонтанности включает в себя
- а. слабоумие
  - б. депрессию
  - в. отсутствие побуждений и безразличие к окружающему
  - г. все перечисленное
  - д. верно а)
92. Синдром эйфорического слабоумия включает в себя
- а. нескритичность
  - б. неустойчивость внимания
  - в. эйфорию
  - г. анозогнозию
  - д. все перечисленное, кроме г)
93. Моторная афазия характеризуется
- а. отсутствием понимания речи
  - б. невозможностью произношения слов
  - в. скандированной речью
  - г. персеверациями
  - д. всем перечисленным
94. 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
95. Эпилептические припадки при поражении височной доли характеризуются всем перечисленным, кроме
- а. пароксизмальности
  - б. наличия ауры
  - в. фокальных судорог в конечностях
  - г. снопоподобных состояний
  - д. верно г)
96. 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)
97. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
- а. благодушия
  - б. эйфории
  - в. расторможенности
  - г. акинетического мутизма
  - д. галлюцинаций
98. 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. 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)

100. 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)

1. Блоковый и отводящий нервы. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения. Система заднего продольного пучка.
2. Блуждающий нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения.
3. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы. Этиология, клиника и диагностика.
4. Вегетативная иннервация глаза. Дуга зрачкового рефлекса. Синдромы Горнера, Пти.
5. Виды расстройств чувствительности.
6. Внутричерепные травматические кровоизлияния. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
7. Вызовите ахиллов рефлекс.
8. Вызовите брюшные рефлексы.
9. Вызовите коленный рефлекс.
10. Вызовите нормальный подошвенный рефлекс
11. Вызовите рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы.
12. Вызовите пястно-лучевой рефлекс.
13. Вызовите рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы.
14. Вызовите симптом Бехтерева.
15. Вызовите у больного симптом Оппенгейма.
16. Вызовите у пациента симптом Бабинского.
17. Выполните у больного пальце-носовую пробу.
18. Выявите у больного наличие гемипареза.
19. Выявите у больного наличие парапареза.
20. Выявите у больного симптом "орального автоматизма".
21. Глазодвигательный нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения.
22. Добавочный нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения.
23. Зрительный нерв. Анатомия, физиология. Методы исследования и изменения остроты зрения, глазного дна, цветоощущения при поражении зрительного анализатора. Исследование полей зрения; варианты гемианопсий.
24. Исследуйте больного в позе Ромберга.
25. Исследуйте у больного корнеальный рефлекс.
26. Исследуйте у больного латеропульсию.
27. Исследуйте у больного поверхностную и глубокую чувствительность.
28. Лицевой нерв. Анатомия, физиология, методы исследования. Симптомы поражения на различных уровнях, топико-диагностическое значение.
29. Люмбальная пункция. Показания, противопоказания, осложнения, правила проведения.
30. Методика исследования глубокой и поверхностной чувствительности.
31. Мозжечковая атаксия: виды, симптомы, методы исследования.
32. Мозжечок. Анатомия, функции. Передний и задний спинномозжечковые пути.
33. Нарушения произвольных движений: парез, паралич. Характеристика центрального паралича.
34. Нейрофизиологические методы исследования (электроэнцефалография, электронейромиография, вызванные потенциалы): диагностическая значимость, показания к назначению.
35. Обонятельный нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения
36. Определите мышечный тонус у больного с паркинсонизмом.
37. Определите мышечный тонус у больного с периферическим параличом.
38. Определите мышечный тонус у больного с хоресей.
39. Определите наличие у больного атрофий.
40. Определите у больного адиодохокениз.
41. Определите у больного мышечный тонус с центральным параличом.
42. Определите у больного наличие интенционного тремора.
43. Определите у больного наличие клонуса стоп.
44. Определите у больного наличие пареза или паралича.
45. Определите у больного наличие патологического рефлекса Шеффера.
46. Определите у больного наличие хоботкового рефлекса.
47. Определите у больного объём активных движений.
48. Определите у больного объём пассивных движений.
49. Определите у больного патологический рефлекс Гордона.
50. Определите у больного патологический рефлекс Жуковского.
51. Определите у больного патологический рефлекс Россолимо.
52. Определите у больного рефлекс Бехтерева-Менделя.
53. Особенности черепно-мозговой травмы у детей, лиц пожилого возраста и травмы на фоне алкогольной интоксикации

54. Периферический и центральный вариант поражения лицевого нерва. Этиология, дифференциальная диагностика, лечение.
55. Подъязычный нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения.
56. Понятие о альтернирующих синдромах. Синдромы Вебера, Мийяра–Гублера, Фовилля, Валленберга–Захарченко, Джексона.
57. Проведите у больного пробу Барре.
58. Проведите у больного пробу на выявление туловищной атаксии.
59. Проведите у больного усложнённую позу Ромберга.
60. Проверьте у больного наличие спастической походки.
61. Симптомы натяжения (Ласега, Мацкевича, Вассермана).
62. Синдром Броун–Секара.
63. Строение вестибулярного анализатора. Симптомы поражения. Клиника вестибулярной атаксии.
64. Строение и функция слухового анализатора. Методы обследования. Симптомы поражения.
65. Типы чувствительных расстройств (периферический, спинальный, церебральный).
66. Топография оболочек головного и спинного мозга. Ликвородинамика. Состав ликвора в норме.
67. Тройничный нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения. Виды расстройств чувствительности на лице (периферический и сегментарный).
68. Тяжелая черепно-мозговая травма. Клиника, диагностика, лечение.
69. Ультразвуковые методы диагностики в неврологии и нейрохирургии: ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и нервных стволов, транскраниальная доплерография, эхоэнцефалоскопия.
70. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Клиника, диагностика, лечение.
71. Характеристика и значение патологических рефлексов (стопных, кистевых, аксиальных).
72. Характеристика периферического паралича.
73. Черепно-мозговая травма легкой степени: сотрясение и ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
74. Эпидемиология, классификация и патогенез черепно-мозговой и спинномозговой травмы.
75. Языкоглоточный нерв. Анатомия, физиология, методы исследования, симптомы поражения.

1. Алкогольная полинейропатия. Клиника, диагностика, лечение.
2. Альтернирующие синдромы при поражении варолиева моста.
3. Альтернирующие синдромы при поражении продолговатого мозга. Определение, клиника.
4. Альтернирующие синдромы при поражении среднего мозга.
5. Базисная и дифференцированная терапия острых нарушений мозгового кровообращения.
6. Боковой амиотрофический склероз (болезнь двигательного нейрона). Клиника дифференциальная диагностика, лечение.
7. Болезнь Паркинсона и паркинсонизм. Клиника, диагностика и лечение.
8. Бульбарный и псевдобульбарный паралич. Клиническая картина. Критерии различия
9. Вегето-сосудистая дистония. Вегетососудистые пароксизмы. Клиника, лечение.
10. Вертеброгенные болевые синдромы на поясничном уровне.
11. Вертеброгенные болевые синдромы на шейном уровне. Клиника, диагностика, лечение.
12. Виды и клиника пирамидных парезов.
13. Вирусный менингит. Клиника, диагностика, лечение.
14. Гиперкинезы. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение.
15. Глазодвигательные нервы. Методы исследования, симптомы поражения.
16. Гнозис и праксис, их классификация, различные виды расстройств.
17. Диабетическая полинейропатия. Клиника, диагностика и лечение.
18. Зрительный нерв. Анатомия. Методы исследования, симптомы поражения.
19. Каудальная группа черепных нервов. Анатомия. Методы исследования. Симптомы поражения.
20. Классификация опухолей головного мозга.
21. Классификация опухолей спинного мозга и позвоночника.
22. Классификация травматических повреждений спинного мозга.
23. Клешевой энцефалит. Стадии клинического течения, диагностика и лечение.
24. Клиника, диагностика и лечение геморрагического инсульта.
25. Клиника, диагностика и лечение ишемического инсульта.
26. Клиника, диагностика и лечение преходящих нарушений мозгового кровообращения.
27. Клиника, диагностика и лечение субарахноидального кровотечения.
28. Клиника, диагностика и лечение экстрамедуллярных опухолей.
29. Кора головного мозга. Локализация функций в теменной доле коры головного мозга.
30. Лицевой нерв. Анатомия, методы исследования, симптомы поражения
31. Локализация первого нейрона мышечно-суставной чувствительности. Синдром поражения заднего корешка.
32. Менингококковый менингит. Клиника, диагностика, особенности лечения.
33. Миастения. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
34. Мигрень. Классификация. Клиника, диагностика, купирование мигренозного приступа.
35. Миелит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
36. Мозжечок, симптомокомплексы поражения различных отделов мозжечка.
37. Мышечно-суставная чувствительность. Локализация нейронов. Синдромы поражения.
38. Невралгия, невропатия тройничного нерва. Клиника, диагностика и лечение.
39. Нейропатия лицевого нерва. Клиника, диагностика и лечение.
40. Нейросифилис, клинические формы. Клиника, диагностика и лечение.
41. Оболочки головного и спинного мозга. Менингеальный симптомокомплекс.
42. Обонятельный нерв. Методы исследования, симптомы поражения.
43. Опухоли четвертого желудочка. Клиника, диагностика и лечение.
44. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатии (Гийена-Барре). Клиника, диагностика, лечение.
45. Острый рассеянный энцефаломиелит. Клиника, диагностика и лечение.
46. Отогенный менингит. Клиника, диагностика, особенности лечения.
47. Периферический паралич. Синдромы поражения периферического двигательного нейрона.
48. Полиомиелит. Этиология. Патогенез. Классификация, диагностика, лечение, профилактика.
49. Поражение общего малоберцового и большеберцового нервов. Клиника.
50. Поражение периферических нервов: лучевого, локтевого, срединного. Клиническая картина.
51. Проводники болевой и температурной чувствительности. Синдромы расстройств на различных уровнях.
52. Рассеянный склероз. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение.
53. Речевая функция. Характеристика речевых нарушений. Афазии.
54. Симптомокомплекс, развивающийся при поражении заднего рога спинного мозга.
55. Симптомокомплексы полного и половинного поражения спинного мозга на уровне грудного отдела.

56. Симптомокомплексы полного и половинного поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения C5 – D1.
57. Симптомокомплексы поражения височной доли головного мозга.
58. Симптомокомплексы поражения внутренней капсулы и зрительного бугра.
59. Симптомокомплексы поражения затылочной доли головного мозга.
60. Симптомокомплексы поражения левой лобной доли головного мозга.
61. Симптомокомплексы поражения спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
62. Синдром половинного поражения спинного мозга (Броун-Секара).
63. Синдромы полного и половинного поражения спинного мозга на верхнешейном уровне C1-C4.
64. Синдромы поражения паллидарной части стриопаллидарной системы.
65. Синдромы поражения эпиконуса спинного мозга.
66. Сирингомиелия. Клиника, диагностика.
67. Слуховой нерв. Анатомия. Методы исследования. Симптомы поражения.
68. Современные методы диагностики в неврологии и нейрохирургии.
69. Тройничный нерв. Анатомия. Методы исследования, симптомы поражения.
70. Туберкулезный менингит. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
71. Хронические нарушения мозгового кровообращения. Клиника, диагностика, лечение.
72. Центральный паралич. Синдромы поражения центрального двигательного нейрона.
73. Эпидемический энцефалит. Клинические формы острой стадии, формы хронической стадии заболевания.
74. Эпилепсия. Классификация эпилептических приступов. Диагностика, лечение.
75. Эпилептический статус. Клиническая картина. Неотложная помощь.

## ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструктивным ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

## ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

## **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).  
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.  
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”, патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?