

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ УНИВЕРСИТЕТ
(МГОУ)
Медицинский факультет

Одобрено учебно-методическим
советом

Протокол «15 июля 2021 г. № 4»

Председатель  /О.А. Шестакова /

Рекомендовано медицинским факультетом
«07» июля 2021 г.

И.о. декана медицинского факультета
 / Д.А. Куликов /

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

Нейрохирургия

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Мытищи
2021

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-5. Способен к оказанию медицинской помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
УК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает методы поиска, критического анализа и обобщения информации в области нейрохирургии; основные принципы системного подхода при решении поставленных задач. Умеет правильно осуществлять поиск информации в справочных материалах при решении диагностических задач в области нейрохирургии.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает методы поиска, критического анализа и обобщения информации в области нейрохирургии; основные принципы системного подхода при решении поставленных задач. Умеет правильно осуществлять поиск информации в справочных материалах при решении диагностических задач в области нейрохирургии.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата

			Владеет методологией обследования и лечения нейрохирургических больных.		
УК-2	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные критерии диагностики, способы определения и решения задач нейрохирургии в рамках поставленной цели на основе правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений. Умеет определять тактику лечения нейрохирургических пациентов.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные критерии диагностики, способы определения и решения задач нейрохирургии в рамках поставленной цели на основе правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений. Умеет определять тактику лечения нейрохирургических пациентов. Владеет основными диагностическими и лечебными приёмами и алгоритмами.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный нейрохирургический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный нейрохирургический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата

			Владет навыками использования нейрохирургического инструментария.		
ДПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний; основы топической диагностики, основные приёмы, мануальные навыки, нейрохирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной нейрохирургической помощи. Умеет , на основании знаний топографической анатомии, определять показания для оказания нейрохирургической помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний; основы топической диагностики, основные приёмы, мануальные навыки, нейрохирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной нейрохирургической помощи. Умеет , на основании знаний топографической анатомии, определять показания для оказания нейрохирургической помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата

			вмешательства. Владеет техникой выполнения неотложных нейрохирургических вмешательств, методикой оказания неотложной и экстренной медицинской помощи взрослым пациентам.		
--	--	--	---	--	--

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствуют поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания тестирования

Критерий	Количество баллов
80-100% правильных ответов	15-20 баллов
70-79 % правильных ответов	10-14 баллов
50-69 % правильных ответов	4-9 баллов
менее 50 % правильных ответов	0-3 баллов

3. Типовые контрольные задания или иные необходимые для оценки материалы знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Варианты тестирования

1. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

- а) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
- б) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
- в) сотрясение головного мозга тяжелой степени
- г) сдавление головного мозга на фоне его ушиба

2. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется

- а) длительным коматозным состоянием с момента травмы
- б) развитием комы после "светлого" периода
- в) отсутствием потери сознания
- г) кратковременной потерей сознания

3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма

- а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
- б) с повреждением апоневроза
- в) с переломом костей свода черепа
- г) с переломом костей основания черепа без ликвореи

4. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме

- а) легкой открытой
- б) легкой закрытой
- в) открытой средней тяжести
- г) закрытой средней тяжести

5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

- а) распирающего характера
- б) распирающего характера в затылочной части
- в) пульсирующего характера по всей голове
- г) сдавливающего характера в лобно-теменной области

6. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует

- а) о внутричерепной гематоме
- б) об ушибе мозга
- в) о переломе костей черепа
- г) всем перечисленному
- д) верно о внутричерепной гематоме и об ушибе мозга

7. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности

- а) амнезии
- б) расстройства жизненно важных функций
- в) гемипареза
- г) всего перечисленного

8. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются

- а) расширение зрачка на стороне гематомы
- б) расширение зрачка на противоположной стороне
- в) гемипарез на стороне гематомы
- г) гемипарез на противоположной стороне
- д) верно расширение зрачка на стороне гематомы и гемипарез на противоположной

стороне

9. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- а) при компьютерной томографии
- б) при ангиографии
- в) при эхоэнцефалографии
- г) при всем перечисленном

10. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз

- а) сотрясение мозга
- б) субарахноидальное кровоизлияние
- в) ушиб мозга
- г) внутричерепная гематома

11. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине

- а) плавающего зрения
- б) горметонического синдрома
- в) гиперкатаболического типа вегетативных функций
- г) нарушения сознания
- д) двусторонних пирамидных стопных знаков

12. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

- а) при люмбальной пункции
- б) при ангиографии
- в) при компьютерной томографии
- г) при всех перечисленных методах
- д) верно при люмбальной пункции и при компьютерной томографии

13. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

- а) гомогенного повышения плотности
- б) гомогенного понижения плотности
- в) неоднородного повышения плотности
- г) отека мозга

14. Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация

- а) d-волн в отведении с ограниченного участка
- б) d-волн во всех полушарных отведениях
- в) d-волн в симметричных участках обоих полушарий
- г) верно d-волн в отведении с ограниченного участка и d-волн во всех полушарных отведениях
- д) достоверных признаков не существует

15. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено

- а) асимметричной гидроцефалией
- б) сдавлением коры моторной области
- в) ущемлением ствола в затылочном отверстии
- г) сдавлением ножки мозга

16.Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

- а)"пальцевыми вдавлениями"
- б)усиленным сосудистым рисунком
- в)увеличением глубины турецкого седла
- г)остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца
- д)ни одним из перечисленных признаков

17.Для опухоли премоторной области лобной доли характерны

- а)гемипарез с преобладанием в ноге
- б)моторная афазия
- в)адверсивные эпилептические припадки

18.Проникающей называют черепно-мозговую травму

- а)при ушибленной ране мягких тканей
- б)при повреждении апоневроза
- в)при переломе костей свода черепа
- г)при повреждении твердой мозговой оболочки

19.Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является

- а)введение в вену кардиотонических средств
- б)введение в вену антигипертензивных средств
- в)освобождение дыхательных путей от инородных тел

20.Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются

- а)отек мозга
- б)компрессия мозга
- в)дислокация мозга
- г)нарушение гематоэнцефалического барьера
- д)все перечисленные

21.Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия

- а)5% раствора глюкозы
- б)4% раствора бикарбоната натрия
- в)раствора поляризующей смеси

22.При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

- а)кардиотонических средств
- б)симпатомиметиков
- в)низкомолекулярных декстранов
- г)b-адренергических блокаторов
- д)осмотических диуретиков

23.Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются

- а)церебральная гипоксия
- б)реакция на боль
- в)поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
- г)все перечисленное

24. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют
- а) осмотические диуретики
 - б) глюкокортикоидные препараты
 - в) барбитураты
 - г) осмотические диуретики и глюкокортикоидные препараты
 - д) все перечисленное
25. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует выбрать
- а) гидрокортизон
 - б) преднизолон
 - в) дексаметазон
26. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразнее назначить
- а) адреналин
 - б) норадреналин
 - в) метазон
 - г) дофамин
 - д) эфедрин
27. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются
- а) ингибиторы МАО
 - б) трициклические антидепрессанты
 - в) бензодиазепиновые препараты
 - г) барбитураты
28. Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга
- а) между собой
 - б) с подпаутинным пространством
 - в) с оболочечными кистами
 - г) с внутримозговыми кистами
 - д) все перечисленное
 - е) верно с подпаутинным пространством, с оболочечными кистами и с внутримозговыми кистами
29. Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют
- а) нейролептиками
 - б) антидепрессантами
 - в) барбитуратами
 - г) всем перечисленным
 - д) верно нейролептиками и барбитуратами
30. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует назначать
- а) маннитол
 - б) реополиглюкин

- в)полиглюкин
- г)альбумин
- д)5%-ный раствор глюкозы

31.Для коррекции дефицита антидиуретического гормона в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы назначают

- а)инсуффляции адиурекрина
- б)водный раствор питрессина
- в)масляную суспензию вазопрессина
- г)любой из перечисленных препаратов

32.Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апатический или akineto-ригидный синдром) назначают

- а)L-допа
- б)наком (синемет, мадопар)
- в)циклодол
- г)любой из перечисленных препаратов
- д)верно L-допа и

33.Для угнетения гиперактивации вестибуло-вегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают

- а)анаприлин
- б)беллатаминал

34.Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации

- а)в поясничном отделе
- б)в шейном отделе
- в)в области конского хвоста
- г)в грудном отделе

35.Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания

- а)5% раствора глюкозы
- б)0.75% раствора хлористого натрия
- в)дистиллированной воды
- г)любого из перечисленных средств

36.Причиной внутричерепной гипотензии после черепно-мозговой травмы может быть

- а)снижение продукции спинномозговой жидкости
- б)усиление всасывания спинномозговой жидкости
- в)скрытая ликворея
- г)все перечисленное

37.Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают

- а)центральные антигипертензивные средства
- б)осмотические диуретики
- г)верно осмотические диуретики и

38.Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо

исследовать

- а)белок
- б)цитоз
- в)сахар
- г)натрий
- д)хлориды

39.Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести рентгенографию или компьютерную томографию головы после введения нерастворимого контраста

- а)в вену
- б)эндолюмбально

40.Посттравматическая вестибулопатия может быть результатом

- а)сосудистой дистонии
- б)повышения внутричерепного давления
- в)нарушения нейродинамики в стволовых структурах
- г)повышения внутричерепного давления
- д)всего перечисленного

41.При посттравматической вестибулопатии

- а)снижаются вестибуло-вегетативные реакции
- б)усиливаются вестибуло-вегетативные реакции
- в)снижается окуловестибулярная реакция
- г)усиливается окуловестибулярная реакция
- д)снижаются вестибуло-вегетативные реакции и снижается окуловестибулярная реакция
- е)верно усиливаются вестибуло-вегетативные реакции и усиливается окуловестибулярная реакция

42.Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью

- а)магнитно-резонансной томографии
- б)компьютерной томографии
- в)латеральной функциональной рентгенографии
- г)нисходящей контрастной миелографии

43.Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

- а)при ангиоретикулемах
- б)при глиомах
- в)при менингиомах
- г)при невриномах
- д)при эпендимомах

44.Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов

- а)головная боль, снижение памяти, дезориентированность
- б)головная боль, снижение зрения, атаксия
- в)нарушение походки, недержание мочи, деменция

45.Для лечения посттравматической энцефалопатии с нарушением высших корковых функций применяют

- а)психостимуляторы

- б)антидепрессанты
- в)дофаминергические средства
- г)психостимуляторы и антидепрессанты
- д)все перечисленное

46.Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять

- а)спустя 3 дня после травмы
- б)спустя неделю после травмы
- в)в резидуальном периоде
- г)в любые сроки
- д)верно спустя неделю после травмы и в резидуальном периоде

47.Если острая проникающая черепно-мозговая травма протекает с повышением температуры, необходимо исключить

- а)внутричерепное кровоизлияние
- б)гнойный менингит
- в)абсцесс мозга
- г)гнойный менингит и абсцесс мозга
- д)все перечисленное

48.Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических симптомокомплексов

- а)более стабильным течением
- б)преобладанием депрессивного симптомокомплекса
- в)преобладанием ипохондрического симптомокомплекса
- г)большей резистентностью к лечению психотропными средствами
- д)принципиальных отличий не существует

49.Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжелой черепно-мозговой травмы являются

- а)рубцово-спаечные изменения в оболочках
- б)паренхиматозные кисты
- в)разрастание глии в пораженных травмой участках
- г)все перечисленное
- д)верно рубцово-спаечные изменения в оболочках и паренхиматозные кисты

50.Наиболее часто патогенетическим фактором эпилептиформного синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы является нестабильное состояние

- а)паренхиматозной кисты
- б)оболочечной кисты
- в)коллагенового оболочечно-мозгового рубца

51.При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы

- а)верхней прямой
- б)наружной прямой
- в)нижней прямой
- г)нижней косой

52.Мидриаз возникает при поражении

- а)верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- б)нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- в)мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва

- г) среднего непарного ядра
- д) ядра медиального продольного пучка

53. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматомы, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

- а) T6 или T7
- б) T8 или T9
- в) T9 или T10
- г) T10 или T11

54. При центральном пирамидном параличе не наблюдается

- а) гипотрофии мышц
- б) повышения сухожильных рефлексов
- в) нарушения функции тазовых органов
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц

55. Хореический гиперкинез возникает при поражении

- а) палеостриатума
- б) неостриатума
- в) медиального бледного шара
- г) латерального бледного шара

56. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально

57. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально

58. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

- а) в продолговатом мозге
- б) в мосту мозга
- в) в ножках мозга
- г) в зрительном бугре

59. Медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин

60. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

- а) в латеральном ядре бледного шара
- б) в полосатом теле
- в) в медиальном ядре бледного шара
- г) в субталамическом ядре

61. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) корковая

62. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело

63. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов

64. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) наружного коленчатого тела
- г) зрительной лучистости

65. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- а) биназальная
- б) гомонимная
- в) битемпоральная
- г) нижнеквадрантная

66. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы

67. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

- а) задний спинно-мозжечковый
- б) передний спинно-мозжечковый
- в) лобно-мосто-мозжечковый
- г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый

68. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- а) обонятельного бугорка

- б)обонятельной луковицы
- в)височной доли
- г)теменной доли

69.Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

- а)центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б)наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в)зрительных трактов перекреста зрительных нервов
- г)зрительной лучистости с двух сторон

70.Истинное недержание мочи возникает при поражении

- а)парацентральных долек передней центральной извилины
- б)шейного отдела спинного мозга
- в)поясничного утолщения спинного мозга
- г)конского хвоста спинного мозга

71.При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется

- а)в верхних отделах моста мозга
- б)в нижних отделах моста мозга
- в)в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
- г)в ножках мозга

72.Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

- а)с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- б)с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- в)с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- г)с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

73.При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

- а)динамическая
- б)вестибулярная
- в)статическая
- г)сенситивная

74.При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексх справа очаг локализуется

- а)в левом мосто-мозжечковом углу
- б)в правом полушарии мозжечка
- в)в мосту мозга слева
- г)в области верхушки пирамиды левой височной кости

75.Миелин в центральной нервной системе вырабатывают

- а)астроциты
- б)олигодендроглиocyты
- в)микроглиocyты
- г)эпендимоциты

76. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла

- а) вестибулярного
- б) крылонебного
- в) коленчатого
- г) гассерова

77. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается

- а) на третьем месяце внутриутробного развития
- б) в конце первого года жизни
- в) в начале второго года жизни
- г) на последнем месяце внутриутробного развития

78. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов

- а) C1-C4
- б) C2-C5
- в) C3-C6
- г) C4-C7
- д) C5-C8

79. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов

- а) C5-C8
- б) C5-C8, T1-T2
- в) C6-C8
- г) C8-T2

80. Нервные импульсы генерируются

- а) клеточным ядром
- б) наружной мембраной
- в) аксоном
- г) нейрофиламентами

81. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят

- а) черное вещество
- б) гиппокамп
- в) миндалина
- г) мамиллярные тела
- д) ретикулярная формация

82. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра

- а) нежное и клиновидное
- б) спинно-мозгового пути тройничного нерва
- в) подъязычных нервов
- г) лицевого, отводящего нервов

83. В состав среднего мозга не входят

- а) красные ядра
- б) ядра блокового нерва
- в) ядра глазодвигательного нерва
- г) ядра отводящего нерва

84. Гемиянестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения

- а) бледного шара
- б) хвостатого ядра
- в) красного ядра
- г) таламуса

85. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
- б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
- в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
- г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов

86. Истинный астереогноз обусловлен поражением

- а) лобной доли
- б) височной доли
- в) теменной доли
- г) затылочной доли

87. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

- а) наружных отделов зрительного перекреста
- б) язычной извилины
- в) глубинных отделов теменной доли
- г) первичных зрительных центров в таламусе

88. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде

- а) чувствительных окончаний Руффини
- б) инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
- в) телец Меркеля
- г) телец Фатера - Пачини

89. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

- а) L3-L4
- б) C5-C6
- в) C7-C8
- г) C8-T1
- д) T1-T2

90. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка

- а) на свет
- б) на болевое раздражение
- в) на конвергенцию
- г) на аккомодацию

91. Больной со зрительной агнозией

- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- в) не видит предметы по периферии полей зрения
- г) видит предметы, но не узнает их

92.Больной с моторной афазией

- а)понимает обращенную речь, но не может говорить
- б)не понимает обращенную речь и не может говорить
- в)может говорить, но не понимает обращенную речь
- г)может говорить, но речь скандированная

93.Больной с сенсорной афазией

- а)не может говорить и не понимает обращенную речь
- б)понимает обращенную речь, но не может говорить
- в)может говорить, но забывает названия предметов
- г)не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- д)не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

94.Амнестическая афазия наблюдается при поражении

- а)лобной доли
- б)теменной доли
- в)стыка лобной и теменной доли
- г)стыка височной и теменной доли

95.Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении

- а)ножек мозга
- б)моста мозга
- в)продолговатого мозга
- г)покрышки среднего мозга

96.Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении

- а)продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
- б)продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
- в)колена внутренней капсулы слева
- г)заднего бедра внутренней капсулы слева

97.При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится

- а)в основании ножки мозга
- б)в заднем отделе продолговатого мозга
- в)в области красного ядра
- г)в основании нижней части моста мозга

98.При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного

- а)спинальной формы рассеянного склероза
- б)цервикальной сирингомиелии
- в)экстрamedулярной опухоли на шейно-грудном уровне
- г)интрамедулярной опухоли на шейно-грудном уровне
- д)верно спинальной формы рассеянного склероза
- е)верно цервикальной сирингомиелии и интрамедулярной опухоли на шейно-грудном уровне

99. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

- а) нижнего вялого парапареза
- б) диссоциированной параанестезии
- в) нарушения функции тазовых органов
- г) сенситивной атаксии нижних конечностей

100. Ветвью шейного сплетения является

- а) малый затылочный нерв
- б) подкрыльцовый нерв
- в) лучевой нерв
- г) срединный нерв

Темы рефератов

1. История развития нейрохирургии. Выделение нейрохирургии в самостоятельную дисциплину и этапы ее развития.
2. Структура нейрохирургической службы в Российской Федерации. Роль головных научно-исследовательских нейрохирургических институтов (Санкт-Петербург, Москва) и межобластных нейрохирургических центров.
3. Нейрохирургический диагностический комплекс обследования.
4. Закрытая черепно-мозговая травма. Современная классификация. Теории патогенеза.
5. Закрытая черепно-мозговая травма. Общемозговые и очаговые симптомы. Объективные методы обследования.
6. Закрытая черепно-мозговая травма. Основные принципы консервативного лечения. Сроки лечения.
7. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
8. Ушиб головного мозга. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
9. Ушиб головного мозга, осложненный субарахноидальным кровоизлиянием. Клиника, диагностика, современные принципы лечения.
10. Сдавление головного мозга внутримозговой гематомой. Классификация внутримозговых гематом. Клиника, современная диагностика. Оперативное лечение.
11. Открытая черепно-мозговая травма. Классификация, диагностика, основные принципы лечения.
12. Открытая черепно-мозговая травма. Пути введения и дозы антибиотиков для профилактики и лечения инфекционных осложнений.
13. Дефекты костей черепа после первичной хирургической обработки открытых черепно-мозговых повреждений. Оболочечно-мозговой рубец. Синдром трепанированных. Краниопластика.
14. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Классификация. Механизм переломов позвоночника. Первая помощь и транспортировка.
15. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Диагностические методы обследования.
16. Цереброваскулярная патология и виды оперативных вмешательств.
17. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Клиника. Зависимость неврологических расстройств от уровня повреждения спинного мозга.
18. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Основные осложнения (нарушения функции тазовых органов, пролежни, деформация опорно-двигательного аппарата), их профилактика и лечение.
19. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Показания и основные принципы хирургического лечения.

20. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Показания и основные принципы консервативного лечения.
21. Повреждения периферических нервов. Основные принципы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению. Невролиз и нейрорафия.
22. Опухоли головного мозга. Классификация. Общемозговые симптомы.
23. Опухоли головного мозга. Очаговые симптомы поражения лобной, теменной, затылочной, височной долей головного мозга.
24. Опухоли головного мозга. Очаговые симптомы опухолей гипофиза и гипофизарной области, мозжечка.
25. Опухоли спинного мозга. Классификация. Клинические проявления.
26. Опухоли спинного мозга. Стадии заболевания. Объективные методы диагностики.
27. Геморрагический инсульт. Показания к хирургическому лечению.
28. Ишемический инсульт. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств.
29. Артериальные аневризмы и артерио-венозные мальформации головного мозга. Клинические проявления.
30. Инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы: клиника
31. Инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы: диагностика
32. Инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы и тактика лечения
33. Остеохондроз шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, определение и этиология
34. Клиническая картина в различные периоды развития остеохондроза
35. Методика клинического осмотра больных с остеохондрозом, методы диагностики остеохондроза
36. Консервативное и хирургическое лечение при остеохондрозе
37. Ликворопроводящие пути – анатомия, физиология, патологические состояния.
38. Гидроцефалия - эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
39. Гидроцефалия – общие принципы и виды лечения (консервативное, оперативное), показания, осложнения.
40. Гидроцефалия нормального давления. Клиника, диагностика, лечение.
41. Оклюзионная гидроцефалия. Причины, тактика ведения. Типы шунтов. Недостатки/осложнения различных шунтов.
42. Основные принципы функциональной нейрохирургии.
43. Патогенез и лечение дискордикулярного синдрома.
44. Аневризмы сосудов головного мозга.
45. Принципы и методы оперативных вмешательств на черепе.
46. Аномалия Арнольда-Киари (клиника, патогенез, диагностика, лечение).
47. Частота повреждений нервов.
48. Невролиз.
49. Анатомо-топографические взаимоотношения позвоночника и спинного мозга.
50. Первичный и отсроченный шов нерва.

Вопросы к зачету с оценкой

1. Организация нейрохирургической помощи населению.
2. История развития и основоположники нейрохирургии
3. Анатомия головного и спинного мозга.
4. Остеохондроз позвоночника с дискордикулярным синдромом.
5. Нейрорентгенологические методы исследования. ПЭГ, ПЦГ, КАГ, миелография, КТ и МРТ.

6. Геморрагические инсульты. Определение, клинические формы, диагностика, принципы лечения.
7. Гематомы: эпидуральные, субдуральные, внутримозговые. Внутримозговые и субарахноидальные кровоизлияния.
8. Черепно-мозговая травма, определение, классификация, дифференциальная диагностика.
9. ЧМТ, принципы диагностики и лечения.
10. Этапы диагностики и лечения черепно-мозговой травмы.
11. Ликворное давление и ликворограмма в норме и при травме головного и спинного мозга.
12. Позвоночно-спинно-мозговая травма, клиника, диагностика, лечение.
13. Опухоли головного мозга, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Опухоли спинного мозга, эпидемиология, клиника, диагностика.
15. Сдавление головного мозга, клиника, диагностика, экстренная помощь.
16. Дислокационные синдромы, определение, клинические формы, диагностика, принципы лечения.
17. Клинические проявления сотрясения головного мозга.
18. Клинические проявления ушиба головного мозга по степеням.
19. Степени нарушения сознания, клинические проявления
20. Шкала комы Глазго, интерпретация балльной оценки
21. Опухоли лобной доли, клинические проявления.
22. Опухоли теменной, височной, затылочной доли, клинические проявления.
23. Опухоли мосто-мозжечкового угла, клинические проявления.
24. Опухоли мозжечка, клинические проявления.
25. Опухоли ствола мозга, клинические проявления
26. Опухоли желудочковой системы, клинические проявления.
27. Заболевания периферической нервной системы. Невралгия тройничного нерва. Анатомия, клиника, диагностика и лечение.
28. Заболевания периферической нервной системы. Невропатия лицевого нерва. Анатомия, клиника, диагностика и лечение.
29. Основные принципы хирургического вмешательства в полости черепа: обезболивание, управление артериальным давлением и дыханием, предупреждение и снятие отека мозга
30. Диагностическая ценность обзорной рентгенографии черепа, контрастной ангиографии, КТ и МР ангиографии, КТ и МРТ головного и спинного мозга, их сравнительная характеристика.
31. Костно-пластическая трепанация черепа
32. Основные принципы эндоваскулярной нейрохирургии.
33. Аневризмы головного мозга, артериовенозные мальформации, каротидно кавернозные соустья: клиника, диагностика и лечение.
34. Воспалительные и паразитарные заболевания центральной нервной системы
35. Опухоли головного мозга: менингеомы, глиомы, невриномы, опухоли гипофиза и шишковидной железы, метастазы в головной мозг. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
36. Открытые проникающие ранения черепа. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
37. Эпидуральные и субдуральные гематомы: понятие о «светлом промежутке», патогенез, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
38. Травматические назальные и ушные ликворреи: механизмы развития, клиника, диагностика, основные принципы лечения.
39. Внутричерепная гипертензия: патогенез, клиника и диагностика.
40. Гидроцефалия, ее формы и методы лечения.

41. Основные принципы оказания лечебной помощи больным с повреждением позвоночника и спинного мозга.
42. Отек мозга: причины, механизмы развития, осложнения, методы коррекции.
43. Синдром вклинения-ущемления головного мозга, вторичный стволовый синдром, клиника, диагностика, лечение.
44. Основные принципы хирургического вмешательства в полости черепа: обезболивание, управление артериальным давлением и дыханием, предупреждение и снятие отека мозга.
45. Костно-пластическая трепанация черепа.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

В рамках освоения дисциплины предусмотрены: выполнение тестирований, подготовка рефератов.

Реферат – продукт самостоятельной работы, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемого вопроса, приводит различные точки зрения, а также собственное понимание проблемы.

Реферат состоит из:

- ✓ введения;
- ✓ основной части – обобщенное и систематизированное изложение темы на основе литературных источников;
- ✓ заключения или выводов;
- ✓ перечня использованных литературных источников (отечественных и иностранных).

Объем реферата – 10-15 страниц машинописного текста или 18-20 страниц рукописи. Текст должен быть напечатан или написан только на одной стороне листа с полями: слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – 2,5 см. Каждый лист, таблица и рисунок должны иметь сквозную нумерацию арабскими цифрами. Работа должна быть сброшюрована.

Указатель литературы должен содержать не менее 10 источников: пособия, справочники, монографии, периодические издания, страницы в Интернете и т.д. И использованные источники располагаются в алфавитном порядке. В тексте обязательны ссылки на использованные источники, представляющие собой номер источника в списке литературы в квадратных скобках.

Максимальное количество баллов, которое может набрать обучающийся в течение семестра за различные виды работ – 70 баллов.

Формой промежуточной аттестации является зачет с оценкой. Зачет с оценкой проходит в форме устного собеседования по вопросам.

Критерии оценивания знаний на зачёте с оценкой

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	20
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения	10

понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	5
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала выставления оценки по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа студента в течение всего срока освоения дисциплины, а также баллы, полученные на промежуточной аттестации.

Баллы, полученные обучающимся в течение освоения дисциплины	Оценка по дисциплине
81-100	Отлично
61-80	Хорошо
41-60	Удовлетворительно
0-40	Неудовлетворительно