



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечников  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » 01 2019 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры  
по специальности 31.08.56 Нейрохирургия**

**Трудоемкость: 3 зе**

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.56 Нейрохирургия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## 2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

### *Универсальные компетенции (УК):*

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность 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 профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

### *Профессиональные компетенции (ПК):*

- 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 (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- 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 (ПК-5);
- лечебная деятельность;
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность;
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### 3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Государственный экзамен это завершающий этап подготовки клинического ординатора, механизм выявления и оценки результатов учебного процесса и установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям ФГОС ВПО по специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к государственному экзамену, ординатор ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На государственном экзамене ординатор демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторы вновь обращаются к учебно-методическому материалу и закрепляют знания. Подготовка ординатора к государственному экзамену включает в себя следующие этапы: самостоятельная работа в течение всего периода обучения; непосредственная подготовка в дни, предшествующие

государственному экзамену по темам разделам и темам учебных дисциплин, выносимым на государственную аттестацию.

При подготовке к государственному экзамену ординаторам целесообразно использовать материалы лекций, учебно-методические комплексы, рекомендованные правовые акты, основную и дополнительную литературу.

Формулировка вопросов экзаменационного билета совпадает с формулировкой перечня рекомендованных для подготовки вопросов государственного экзамена, доведенного до сведения ординаторов накануне аттестации.

Как соотносить конспект лекций и учебники при подготовке к экзамену? Было бы ошибкой главный упор делать на конспект лекций, не обращаясь к учебникам и, наоборот недооценивать записи лекций. Рекомендации здесь таковы. При проработке той или иной темы курса сначала следует уделить внимание конспектам лекций, а уж затем учебникам, законам и другой печатной продукции. Дело в том, что "живые" лекции обладают рядом преимуществ: они более оперативно иллюстрируют состояние научной проработки того или иного теоретического вопроса, дают ответ с учетом новых теоретических разработок либо принятых новых законов, либо изменившего законодательства, т.е. отражают самую "свежую" научную и нормативную информацию. Для написания же и опубликования печатной продукции нужно время. Отсюда изложение некоторого учебного материала (особенно в эпоху перемен) быстро устаревают. К тому же объем печатной продукции практически всегда ограничен.

Традиционно ординаторы всегда задают вопрос, каким пользоваться учебником при подготовке к экзамену? Однозначно ответить на данный вопрос нельзя. Дело в том, что не бывает идеальных учебников, они пишутся представителями различных школ, научных направлений, по-разному интерпретируются теоретические и философские проблемы государства и права и т. п., и поэтому в каждом из них есть свои достоинства и недостатки, чему-то отдается предпочтение, что-то недооценивается либо вообще не раскрывается. Отсюда, для сравнения учебной информации и полноты картины необходим конспект лекций, а также в обязательном порядке использовать как минимум два учебных источника.

Надо ли делать письменные пометки, прорабатывая тот или иной вопрос? Однозначного ответа нет. Однако, для того, чтобы быть уверенным на экзамене, необходимо при подготовке тезисно записать ответы на наиболее трудные, с точки зрения ординатора, вопросы. Запись включает дополнительные (моторные) ресурсы памяти.

Представляется крайне важным посещение ординаторами проводимой перед междисциплинарным государственным экзаменом консультации. Здесь есть возможность задать вопросы преподавателю по тем разделам и темам, которые недостаточно или противоречиво освещены в учебной, научной литературе или вызывают затруднение в восприятии. Практика показывает, что подобного рода консультации весьма эффективны, в том числе и с психологической точки зрения.

Важно, чтобы ординатор грамотно распределил время, отведенное для подготовки к Итоговой аттестации. В этой связи целесообразно составить календарный план подготовки к экзамену, в котором в определенной последовательности отражается изучение или повторение всех экзаменационных вопросов. Подготовку к экзамену ординатор должен вести ритмично и систематично.

Зачастую ординаторы выбирают "штурмовой метод", когда подготовка ведется хаотично, материал прорабатывается бессистемно. Такая подготовка не может выработать прочную систему знаний. Поэтому знания, приобретенные с помощью подобного метода, в лучшем случае закрепляются на уровне представления.

Экзамен проводится в форме устного ответа на вопросы экзаменационного билета. Настоятельно рекомендуется, чтобы поведение ординатора на аттестации было дисциплинированным.

За отведенное для подготовки время ординатор должен сформулировать четкий ответ по каждому вопросу билета. Во время подготовки рекомендуется не записывать на лист ответа все содержание ответа, а составить развернутый план, которому необходимо следовать во время сдачи экзамена.

Отвечая на экзаменационные вопросы, необходимо придерживаться определенного плана ответа, который не позволит ординатору уйти в сторону от содержания поставленных вопросов. При ответе на экзамене допускается многообразие мнений. Это означает, что ординатор вправе выбирать любую точку зрения по дискуссионной проблеме, но с условием достаточной аргументации своей позиции. Приветствуется, если ординатор не читает с листа, а свободно излагает материал, ориентируясь на заранее составленный план.

## 5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

### Вопросы:

Тема 1. «Организация нейрохирургической помощи в Российской Федерации».

1. Организация нейрохирургической службы Российской Федерации. Организация нейрохирургической помощи в условиях стационара.
2. Организация нейрохирургической службы Российской Федерации. Организация госпитализации нейрохирургических больных.
3. Организация нейрохирургической службы Российской Федерации. Объем и характер медицинской помощи в условиях стационара.
4. Организация нейрохирургической службы Российской Федерации. Повышение квалификации нейрохирургов в последипломном периоде.
5. Организация МСЭ и реабилитация нейрохирургических больных. Основные документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Правила выдачи и заполнения.
6. Организация МСЭ и реабилитация нейрохирургических больных. Реабилитация нейрохирургических больных в условиях стационара и реабилитационных центрах во внебольничных учреждениях: поликлинике, санатории-профилактории.
7. Медицинская деонтология как единство правовых и нравственных норм медицинской деятельности врача-нейрохирурга.
8. Применение требований деонтологии в практике нейрохирурга. Врачебная тайна.
9. Трудовой договор с работниками здравоохранения. Порядок приема на работу и увольнения. Переводы на другую работу. Прием по контракту.
10. Классификация профессионально-правовых нарушений медицинских работников. Ответственность за нарушения профессионального и служебного долга.

Тема 2. «Оперативная нейрохирургия».

1. Оперативные вмешательства на головном мозге. Скелетотопические ориентиры для хирургических доступов к различным отделам головного мозга.
2. Костнопластическая трепанация. Формы и размеры кожных разрезов. Методика образования костного лоскута. Наложение швов на мягкие ткани головы.
3. Костнопластическая трепанация. Разрезы и методы расслоения твердой мозговой оболочки. Шов твердой мозговой оболочки.
4. Костнопластическая трепанация. Методика наложения трепанационных отверстий. Особенности вмешательства на мозговой ткани.
5. Пункция желудочков мозга: переднего рога бокового желудочка, заднего рога бокового желудочка, нижнего рога бокового желудочка, мозжечково-спинномозговой цистерны.

6. Ликворошунтирующие операции.
7. Резекционная трепанация: супратенториальных отделов, области задней черепной ямки.
8. Супратенториальные доступы к различным отделам головного мозга.
9. Оперативные доступы и разрезы мозговой оболочки в области задней черепной ямки.
10. Микронеурохирургические доступы к черепно-мозговым нервам.
11. Техника открытых доступов к позвоночному каналу, спинному мозгу и его корешкам.
12. Ориентация на спинном мозге и его корешках. Техника оперативных вмешательств на спинном мозге и его корешках.
13. Микрохирургические доступы к передней мозговой и передней соединительной артериям.
14. Микрохирургические доступы к средней мозговой артерии.
15. Микрохирургические доступы к задней мозговой и задней соединительной артериям.
16. Техника создания экстра-итракраниального микрохирургического анастомоза (ЭИКМА).
17. Доступы к плечевому сплетению, первичным стволам, вторичным стволам.
18. Доступы к лучевому нерву.
19. Доступы к срединному нерву.
20. Доступы к локтевому нерву.
21. Доступы к седалищному нерву.
22. Доступы к бедренному нерву.
23. Доступы к большеберцовому нерву.
24. Доступы к малоберцовому нерву.
25. Техника микронеурохирургических операций. Наружный невролиз. Эндоневролиз. Виды шва нервного ствола. Аутопластика нервного ствола.

Тема 3. «Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы».

1. Симптомы поражения обонятельного нерва и проводящих путей на различных уровнях.
2. Симптомы поражения зрительного нерва, его перекреста и зрительного пути.
3. Симптомы поражения тройничного нерва на различных уровнях.
4. Симптомокомплекс поражения лицевого нерва.
5. Симптомы поражения вестибулокохлеарного нерва.
6. Альтернирующие синдромы в зависимости от поражения ствола на уровне среднего мозга.
7. Альтернирующие синдромы в зависимости от поражения ствола на уровне Варолиева моста.
8. Альтернирующие синдромы в зависимости от поражения ствола на уровне продолговатого мозга.
9. Бульбарный паралич. Псевдобульбарный паралич.
10. Синдром поражения среднего мозга.
11. Симптомокомплекс поражения мозжечка.
12. Симптомокомплекс поражений лобной доли в зависимости от локализации очага: Парциальные двигательные и джексоновские припадки. Адверсивные припадки. Фонаторные припадки.
13. Симптомокомплекс поражений лобной доли в зависимости от локализации очага: Центральный моно- и гемипарезы.
14. Симптомокомплекс поражений лобной доли в зависимости от локализации очага: Премоторный синдром. Моторная афазия.
15. Симптомокомплекс поражения теменной доли.
16. Симптомокомплекс поражения височной доли. Эпилептические припадки.
17. Симптомокомплекс поражения височной доли. Галлюцинации. Гомонимная гемианопсия.
18. Симптомокомплекс поражения затылочной доли.
19. Симптомокомплекс поражения подкорковых ганглиев: зрительного бугра.

20. Симптомокомплекс поражения подкорковых ганглиев: стриопаллидарной системы.
21. Симптомокомплекс поражения внутренней капсулы.
22. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Верхнешейный отдел (C1-C2).
23. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Нижнешейный отдел (C5-C8).
24. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Грудной отдел (Th1-Th12)
25. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Поясничное утолщение (L1-S1)
26. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Конус спинного мозга (S1-S5)
27. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Конский хвост.
28. Симптомокомплексы поражения спинного мозга. Повреждение на уровне крестцового канала.
29. Характеристика трофических нарушений при повреждении спинного мозга на различных уровнях.
30. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Шейное сплетение (C1-C4)
31. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Плечевое сплетение (C5-D2)
32. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Высокое поражение лучевого нерва.
33. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Поражение лучевого нерва на предплечье.
34. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Поражение локтевого нерва.
35. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Поражение срединного нерва.
36. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Поясничное сплетение (D12-L4).
37. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Крестцовое сплетение (L5-S3).
38. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Поражение малоберцового нерва.
39. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Поражение большеберцового нерва.
40. Симптомокомплексы поражений периферических нервов. Вазомоторно-секреторно-трофические нарушения при поражении различных нервных стволов.

Тема 4. «Методы клинического, нейрофизиологического и рентгенологического обследования больных с нейрохирургической патологией».

1. Методы обследования. Анамнез заболевания.
2. Методы обследования. Осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация головы.
3. Методы обследования. Осмотр, пальпация позвоночника.
4. Методы обследования. Местные травматические изменения тканей: кожи, надкостницы, костей, оболочек головного и спинного мозга.
5. Методы обследования. Менингеальный симптомокомплекс.
6. Методы обследования. Состояние сознания. Психика.
7. Методы обследования. Черепно-мозговые нервы.
8. Методы обследования. Чувствительные расстройства.
9. Методы обследования. Двигательные расстройства.
10. Методы обследования. Рефлексы.
11. Методы обследования. Высшие корковые функции.
12. Офтальмоневрологическое обследование.
13. Отоневрологическое обследование.
14. Методы обследования. Краниография.
15. Методы обследования. Переломы черепа.
16. Методы обследования. Спондилография.
17. Интраоперационное электрофизиологическое обследование ЭКоГ, ЭСКоГ, электростимуляция, электродеструкция.

18. Ангиография. Показания и противопоказания. Техника выполнения. Осложнения и борьба с ними.
19. Миелография. Нисходящая. Восходящая. Показания и противопоказания. Техника выполнения. Осложнения и борьба с ними.
20. Компьютерная томография черепа и головного мозга.
21. Компьютерная томография позвоночника и спинного мозга.
22. Магнитно-резонансная томография черепа и головного мозга.
23. Магнитно-резонансная томография позвоночника и спинного мозга.
24. Электроэнцефалография. Аппаратура. Методика проведения.
25. Допплерография. Аппаратура. Методика проведения.
26. Эхоэнцефалография. Аппаратура. Методика проведения.
27. Электромиография. Аппаратура. Методика проведения.
28. Исследование стволовых вызванных потенциалов. Аппаратура. Методика и техника регистрации.
29. Спинномозговая пункция. Показания и противопоказания. Техника выполнения. Осложнения и борьба с ними.
30. Ликвородинамические пробы. Показания и противопоказания. Схемы выполнения. Осложнения и борьба с ними.

Тема 5. «Опухоли, воспалительные и паразитарные заболевания центральной нервной системы».

1. Характеристика гипертензионного синдрома.
2. Клиника опухолей лобной доли.
3. Клиника опухолей височных долей.
4. Клиника опухолей теменных долей.
5. Клиника опухолей затылочных долей.
6. Клиника опухолей боковых желудочков, прозрачной перегородки и подкорковых узлов.
7. Менингиомы ольфакторной ямки. Клинические проявления.
8. Краниоорбитальные менингиомы. Клинические проявления.
9. Менингиомы крыльев основной кости. Клинические проявления.
10. Клиника менингиом передней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка.
11. Клиника менингиом средней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка.
12. Клиника менингиом задней трети верхнего продольного синуса и серповидного отростка.
13. Опухоли боковых желудочков. Клинические проявления.
14. Характеристика гипертензионно-окклюзионного синдрома.
15. Клиника опухолей червя и гемисфер мозжечка.
16. Клиника опухолей IV желудочка.
17. Клиника опухолей ствола мозга.
18. Клиника опухолей мосто-мозжечкового угла.
19. Клиника менингиом мозжечкового намета.
20. Метастатические опухоли головного мозга. Клинические проявления.
21. Опухоли гипофиза: гормонозависимые, гормононеактивные.
22. Краниофарингиомы. Клинические проявления.
23. Опухоли III желудочка. Клинические проявления.
24. Опухоли бугорка турецкого седла. Клинические проявления.
25. Глиомы хиазмы и зрительных нервов. Клинические проявления.
26. Опухоли шишковидной железы. Клинические проявления.
27. Хирургическое лечение внутримозговых опухолей. Способы снижения внутричерепного давления. Методы удаления опухоли. Гемостаз.

28. Оперативные вмешательства при продолженном росте глиом.
29. Хирургическое лечение менингиом головного мозга. Методика удаления.
30. Хирургическое лечение краниоорбитальных менингиом.
31. Хирургическое лечение опухолей мозжечка и IV желудочка.
32. Хирургическое лечение невринома VIII нерва.
33. Хирургия опухолей мозжечкового намента.
34. Принципы хирургического вмешательства при опухолях хиазмально-селлярной области и менингиомах ольфакторной ямки.
35. Методы удаления менингиом ольфакторной ямки.
36. Методы удаления менингиом бугорка турецкого седла.
37. Методы удаления опухолей гипофиза.
38. Методы удаления краниофарингиом.
39. Методы оперативных вмешательств при опухолях III желудочка и шишковидной железы.
40. Методы оперативных вмешательств при глиомах зрительных нервов и хиазмы.
41. Микронеурхирургия опухолей хиазмально-селлярной локализации.
42. Классификация опухолей спинного мозга.
43. Клиника опухолей спинного мозга высокой шейной локализации.
44. Клиника опухолей шейного утолщения спинного мозга.
45. Клиника опухолей грудного отдела спинного мозга.
46. Клиника опухолей поясничного утолщения спинного мозга.
47. Клиника опухолей конуса спинного мозга.
48. Показания и противопоказания к хирургическому лечению при экстрадуральных опухолях спинного мозга.
49. Показания и противопоказания к хирургическому лечению при интрамедуллярных опухолях спинного мозга.
50. Техника оперативного удаления опухолей спинного мозга.
51. Хирургическое лечение опухолей плечевого сплетения и периферических нервов.
52. Оптохиазмальный арахноидит. Клиника, диагностика, лечение.
53. Арахноидит задней черепной ямки. Клиника, диагностика, лечение.
54. Абсцессы головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
55. Цистециркоз головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
56. Эхинококкоз головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
57. Классификация опухолей головного мозга. Принципы построения.

Тема 6. «Сосудистые заболевания центральной нервной системы».

1. Синдром субарахноидального кровоизлияния.
2. Аневризмы интракавернозной части сонной артерии. Клиника, диагностика, лечение.
3. Аневризмы супраклиноидной части сонной артерии. Клиника, диагностика, лечение.
4. Аневризмы передней мозговой, передней соединительной артерии; каротидно-офтальмологические аневризмы. Клиника, диагностика, лечение.
5. Аневризмы средней мозговой артерии. Клиника, диагностика, лечение.
6. Аневризмы артерий вертебробазиллярной системы. Клиника, диагностика, лечение.
7. Артериовенозные мальформации. Классификация, клиника, диагностика.
8. Артериовенозные мальформации. Методы лечения.
9. Артериосинусные соустья. Клиника, диагностика, лечение.
10. Кровоизлияние в мозг. Клиника, диагностика, лечение.
11. Инфаркт мозга. Клиника, диагностика, лечение.
12. Патология магистральных сосудов шеи и мозга. Клиника, диагностика, лечение.
13. Хирургия артериальных аневризм. Показания и противопоказания, методы.
14. Хирургия внутримозговых кровоизлияний. Показания и противопоказания, методы.
15. Хирургия ишемических инсультов. Показания и противопоказания, методы.

Тема 7. «Травма центральной и периферической нервной системы, остеохондроз позвоночника».

1. Классификация черепно-мозговой травмы.
2. Повреждение мягких тканей головы.
3. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
4. Ушиб головного мозга легкой степени. Клиника, диагностика, лечение.
5. Ушиб головного мозга средней степени. Клиника, диагностика, лечение.
6. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Клиника, диагностика, лечение.
7. Переломы свода черепа. Хирургическое лечение.
8. Переломы основания черепа. Хирургическое лечение.
9. Травматические субарахноидальные кровоизлияния. Клиника, диагностика, лечение.
10. Эпидуральные гематомы. Клиника, диагностика, лечение.
11. Субдуральные гематомы. Клиника, диагностика, лечение.
12. Внутримозговые гематомы. Клиника, диагностика, лечение.
13. Внутривентрикулярные кровоизлияния. Клиника, диагностика, лечение.
14. Нарушение ликвородинамики. Гидроцефалия. Классификация, клиника, диагностика.
15. Нарушение ликвородинамики. Гидроцефалия. Лечение.
16. Открытая огнестрельная травма мирного и военного времени. Классификация, клиника.
17. Открытая огнестрельная травма мирного и военного времени. Лечение.
18. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации. Клиника, диагностика, лечение.
19. КТ диагностика черепно-мозговой травмы
20. Травматическая ликворея. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
21. Травматический арахноидит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
22. Травматические кисты. Клиника, диагностика, лечение.
23. Травматические менингиты и менингоэнцефалиты. Клиника, диагностика, лечение.
24. Травматические абсцессы головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
25. Анестезиология при нейротравме. Реанимация и интенсивная терапия.
26. Посттравматическая гидроцефалия. Клиника, диагностика, лечение.
27. Посттравматические костные дефекты. Клиника, диагностика, лечение.
28. Классификация травмы позвоночника и спинного мозга.
29. Повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
30. Повреждения грудного отдела позвоночника и спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
31. Повреждения пояснично-крестцового отдела позвоночника, спинного мозга и конского хвоста. Клиника, диагностика, лечение.
32. Классификация огнестрельных и колото-резаных ранений позвоночника и спинного мозга.
33. Сотрясение спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
34. Ушиб, сдавление спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
35. Гнойный эпидурит. Клиника, диагностика, лечение.
36. Абсцесс спинного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
37. Спинальный арахноидит. Клиника, диагностика, лечение.
38. Классификация повреждений периферической нервной системы.
39. Диагностика повреждений сплетений и нервных стволов.
40. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушении витальных функций.
41. Оценка сознания. Оглушение. Сопор. Кома.

42. Оценка стволовых симптомов.
43. Оказание неотложной помощи. Асептическая повязка. Остановка кровотечения из черепно-мозговой раны.
44. Оказание неотложной помощи. Борьба с ликвореей, пролабированием мозга, истечением мозгового детрита.
45. Оказание неотложной помощи. Эпилептический статус и борьба с ним.
46. Особенности оказания неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника.
47. Хирургическая обработка ран покровов черепа.
48. Хирургическая тактика при линейных и вдавленных переломах костей черепа.
49. Хирургическое лечение оскольчатых переломов свода черепа.
50. Оперативные вмешательства при переломах основания черепа.
51. Хирургическая обработка огнестрельных проникающих ранений черепа.
52. Хирургическое лечение эпидуральных гематом.
53. Хирургическое лечение субдуральных гематом.
54. Хирургическое лечение внутримозговой, внутримозжечковой гематомы.
55. Хирургическое лечение контузионных очагов.
56. Хирургическое лечение травматических арахноидитов.
57. Хирургическое лечение колотых и резаных ран спинного мозга.
58. Показания и противопоказания к ранней ламинэтомии отдела позвоночника.
59. Открытая репозиция и реклинация сломанных или вывихнутых позвонков.
60. Методы фиксации позвонков.
61. Хирургическое лечение грыж межпозвонковых дисков.
62. Оперативные доступы к плечевому сплетению. В надключичной области. В подключичной области. Трансаксиллярный доступ.
63. Оперативные доступы к срединному нерву.
64. Оперативные доступы к локтевому нерву.
65. Оперативные доступы к лучевому нерву.
66. Оперативные доступы к бедренному нерву.
67. Оперативные доступы к большеберцовому нерву.
68. Оперативные доступы к малоберцовому нерву.
69. Оперативные доступы к седалищному нерву.
70. Микронейрохирургические приемы при полном перерыве нерва.
71. Оперативные вмешательства при сочетанных повреждениях нервов и сухожилий.
72. Оперативные вмешательства при сочетанных повреждениях нервов и сосудов.
73. Оперативные вмешательства при сочетанных повреждениях нервов и костей конечностей.
74. ДДЗП. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Патогенез, клиника, диагностика.
75. ДДЗП. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Патогенез, клиника, диагностика.
76. ДДЗП. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Патогенез, клиника, диагностика.
77. ДДЗП. Остеохондроз позвоночника. Операции по стабилизации позвоночного сегмента.
78. ДДЗП. Остеохондроз позвоночника. Операции удаления грыжи межпозвонкового диска.
79. Пункционные методы лечения остеохондроза.
80. Операция передней декомпрессии при шейной миелопатии.

Тема 8. «Диагностика и нейрохирургическое лечение эпилепсии».

1. Эпилепсия. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
2. Эпилептический синдром при опухолях лобной доли головного мозга.
3. Эпилептический синдром при опухолях височной доли головного мозга.
4. Эпилептический синдром при опухолях теменной доли головного мозга.

5. Эпилептический синдром при опухолях затылочной доли головного мозга.
6. Эпилептический синдром при менигиомах.
7. Особенности эпилептического синдрома при глиомах.
8. Особенности эпилептического синдрома при воспалительных заболеваниях головного мозга.
9. Эпилептический синдром при сосудистых заболеваниях головного мозга.
10. Эпилептический синдром при паразитарных заболеваниях головного мозга.
11. Травматическая эпилепсия. Патогенез формирования эпилептического очага. Эпилептические припадки при острой черепно-мозговой травме.
12. Диагностика эпилепсии.
13. Основные принципы лечения эпилепсии. Характеристика противосудорожных препаратов.
14. Основные принципы лечения эпилепсии. Раннее начало лечения. Принцип непрерывности лечения. Принцип длительности лечения. Принцип постепенного снижения доз препаратов при окончании лечения. Принцип преемственности лечения.
15. Основные принципы лечения эпилепсии. Комплексность лечения эпилепсии.
16. Лечение эпилептического статуса. Хирургическое лечение эпилептического статуса.
17. Открытые хирургические вмешательства. Субпиальное удаление коры в зоне эпилептического очага или очагов.
18. Открытые хирургические вмешательства. Менингоэнцефалолиз, иссечение глияльного рубца, вскрытие, опорожнение арахноидальных, внутримозговых кист при травматической эпилепсии.
19. Открытые хирургические вмешательства. Резекция патологически измененных височной, лобной долей, медиобазальных височных структур: показания, техника, интраоперационный мониторинг.
20. Стереотаксическое лечение эпилепсии. Показания. Аппаратура. Техника и методики стереотаксических вмешательств. Метод интрацеребральных множественных погружных электродов.

### Задачи:

#### Тема: Опухоли задней черепной ямки

##### Задача 1.

По клинической картине укажите наиболее вероятный диагноз:

Клиническая картина представлена шумом в одном ухе, выпадением вестибулярной и кохлеарной функции, периферический парезом лицевой мускулатуры, выпадением вкуса на передней 2/3 языка. Определяется расширение внутреннего слухового прохода на рентгенограмме пирамидки височной кости (укладка по Стнверсу).

- А. Опухоль бокового выворота IV желудочка
- Б. Невринома VIII нерва
- В. Астроцитомы червя мозжечка

##### Задача 2.

По клинической картине укажите наиболее вероятный диагноз:

Клиническая картина представлена гипертензионным синдромом (головные боли, чаще в утренние часы, сопровождающиеся тошнотой, рвотой с последующим облегчением в утренние часы), шум в ухе, снижение слуха или глухота, головокружение, Отсутствует поражение VII, XIII нервов.

- А. Опухоль бокового выворота IV желудочка
- Б. Невринома VIII нерва
- В. Астроцитомы червя мозжечка

Задача 3.

Укажите наиболее вероятное расположение опухоли:

Гипертензионный синдром, вынужденное положение головы, периферический паралич лицевой мускулатуры, сходящееся косоглазие за счет пареза наружной прямой мышцы глаза на стороне поражения.

- А. Опухоль верхнего треугольника IV желудочка
- Б. Опухоль бокового выворота IV желудочка
- В. Опухоль нижнего треугольника IV желудочка

Задача 4.

Укажите наиболее вероятное расположение опухоли:

Рвоты, не зависящие от головной боли и приема пищи, вынужденное положение головы, снижение глоточного рефлекса, поперхивании при приеме пищи

- А. Опухоль верхнего треугольника IV желудочка
- Б. Опухоль бокового выворота IV желудочка
- В. Опухоль нижнего треугольника IV желудочка

Задача 5.

По данным клинической картины укажите наиболее вероятную локализацию опухоли

Шум в ухе, снижение слуха, отсутствие глоточного рефлекса, афония, парез голосовых связок, атрофия грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышцы на стороне поражения

- А. Опухоль Варолиевого моста
- Б. Опухоль червя мозжечка
- В. Опухоль области яремного отверстия.

Задача 6.

По данным клинической картины укажите наиболее вероятную локализацию опухоли

Статическая и динамическая атаксия (падение вперед, назад, в стороны), снижение мышечного тонуса в конечностях, гипертензионно-гидроцефальный синдром, горизонтальный нистагм:

- А. Опухоль Варолиевого моста
- Б. Опухоль червя мозжечка
- В. Опухоль области яремного отверстия.

Тема: Опухоли IV желудочка

Задача 7.

По данным клинической картины укажите наиболее вероятную локализацию опухоли

Головные боли, утрата сознания, нарушение дыхания и сердечно - сосудистой деятельности (симптом Брунса), возникающее при изменении положения головы и/или туловища.

- А. Опухоль крыши IV желудочка
- Б. Опухоль сосудистого сплетения IV желудочка
- В. Опухоль нижнего треугольника бокового желудочка

Задача 8.

По данным клинической картины укажите наиболее вероятную локализацию опухоли

Головные боли, рвота, возникающая при изменении положения головы и туловища, вынужденное положение головы, мозжечковые симптомы. При осмотре офтальмолога выявлены застойные диски зрительных нервов.

- А. Опухоль крыши IV желудочка
- Б. Опухоль сосудистого сплетения IV желудочка
- В. Опухоль нижнего треугольника бокового желудочка

Тема: Топическая диагностика поражений ствола головного мозга

Задача 9.

Укажите отдел поражения ствола головного мозга по указанной симптоматике Хореоатетоз, интенционный тремор, атаксия на стороне поражения, расстройства чувствительности по гемитипу на противоположной стороне (Синдром Фуа)

- А. Поражение на уровне варолиева моста
- Б. Поражение на уровне продолговатого мозга
- В. Поражение на уровне ножки мозга

Задача 10.

Укажите отдел поражения ствола головного мозга по указанной симптоматике Мозжечковые нарушения на стороне поражения, гемипарез или гемиплегия на противоположной стороне (синдром Бабинского Нахсотта)

- А. Поражение на уровне варолиева моста
- Б. Поражение на уровне продолговатого мозга
- В. Поражение на уровне ножки мозга

Задача 11.

Укажите отдел поражения ствола головного мозга по указанной симптоматике Нарушение функции III нерва на стороне поражения, атаксия, интенционный тремор на противоположной стороне (синдром Бенедикта)

- А. Поражение на уровне варолиева моста
- Б. Поражение на уровне продолговатого мозга
- В. Поражение на уровне ножки мозга

Задача 12.

Укажите отдел поражения ствола головного мозга по указанной симптоматике Периферический паралич мускулатуры на стороне поражения, гемипарез, на противоположной стороне (синдром Мейяр-Гублера)

- А. Поражение на уровне варолиева моста
- Б. Поражение на уровне продолговатого мозга
- В. Поражение на уровне ножки мозга

Тема: Опухоли основания черепа

Задача 13.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

У больного, обратившегося с жалобами на генерализованные судорожные эпилептические припадки, снижение зрения, при осмотре больного выявлены отсутствие обоняния, психические нарушения, Осмотр офтальмолога выявил выраженные застойные диски зрительных нервов. На ангиограммах определяется смещение передней мозговой артерии в А1 и А2 отделах в боковой проекции кзади и вверх; на прямой проекции.

- А. Менингиома ольфакторной ямки
- Б. Менингиома бугорка турецкого седла
- В. Менингиома малого крыла основной кости

Задача 14.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

Больной обратился с жалобами на снижение зрения вначале на один, а затем на оба глаза. Выявлена простая атрофия зрительных нервов, выпадение наружных полей зрения. Двигательных и чувствительных выпадений нет. На ангиограммах определяется смещение

передней мозговой артерии А1 отдела вверх и кзади в боковой проекции, кверху на прямой проекции.

- А. Менингиома ольфакторной ямки
- Б. Менингиома бугорка турецкого седла
- В. Менингиома малого крыла основной кости

Тема: Полушарные опухоли

Задача 15.

Укажите наиболее вероятный диагноз

Больной обратился с жалобами на фокальные моторные судорожные припадки, начинающиеся в ноге, затем распространяющиеся на руку, половину лица. При осмотре выявлен гемипарез на той же стороне. При проведении обзорных рентгенограмм черепа выявлены конвекситальный гиперостоз задних отделов лобной кости, локальное увеличение каналов диплоэтических вен, гипертензионные изменения.

- А. Глиальная опухоль глубоких отделов лобной доли
- Б. Менингиома передних отделов фалькса
- В. Менингиома задних отделов лобной доли

Задача 16.

Укажите наиболее вероятный диагноз

У больного заболевание манифестировало изолированными генерализованными судорожными припадками, которые сочетались с простыми двигательными парциальными (полиморфные судорожные припадки), в последующем присоединились психические нарушения, гемипарез, гипертензионный синдром. На ангиограммах выявляется сосудистая сеть неправильной формы, без четких контуров в противоположном гемипарезу полушарии большого мозга.

- А. Глиальная опухоль глубоких отделов лобной доли
- Б. Менингиома передних отделов фалькса
- В. Менингиома задних отделов лобной доли

Задача 17.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

У больного отмечено развитие сенсорной афазии, зрительные галлюцинации изолированно или в виде аур судорожного припадка, верхнеквадрантная гомонимная гемианопсия. На ангиограммах определяется в прямой проекции смещение ПМА в сторону от средней линии, СМА кверху, На боковой проекции дугообразное смещение СМА кверху, На проведенной каротидной ангиографии определяется опухолевая сосудистая сеть без четких границ, неоднородная.

- А. Глиома лобной доли
- Б. Опухоль теменной и затылочной долей
- В. Глиома височной доли

Задача 18.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

При осмотре больного выявлены нарушения мышечно-суставного чувства, алексия, аграфия, акалькулия, астереогноз, апраксия, микро- макро- метаморфопсия, фотопсия, гомонимная гемианопсия. На ЭЭГ медленноволновая активность определяется теменно - затылочных отведениях.

- А. Глиома лобной доли
- Б. Опухоль теменной и затылочной долей
- В. Глиома височной доли

Тема: Опухоли хиазмально - селлярной области

Задача 19.

Проведите дифференциальный диагноз и укажите наиболее вероятную причину страдания хиазмально - селлярной области.

Женщина 40 лет. Выявлено снижение остроты зрения на оба глаза, простая атрофия зрительных нервов, битемпоральная гемианопсия, адипозо - генитальный синдром, дисменорея. На рентгенограмме черепа определяется увеличение размеров турецкого седла, его многоконтурность с продавливанием в основную пазуху, разрушение клиновидных отростков, остеопороз спинки турецкого седла

- А. Краниофарингиома с эндосупраселлярным ростом
- Б. Менингиома бугорка турецкого седла
- В. Аденома гипофиза с эндосупраантеретроселлярным ростом

Задача 20.

Проведите дифференциальный диагноз и укажите наиболее вероятную причину страдания хиазмально - селлярной области.

У ребенка 13 лет отмечается отставание в росте, отсутствие развития вторичных половых признаков, зрительные нарушения по типу концентрического сужения полей зрения с явлениями первичной атрофии зрительных нервов. На краниограммах турецкое седло увеличено, разрушено, дно продвинуто в основную пазуху, разрушены клиноиды и спинка, наличие петрификатов интраселлярно и супраселлярно

- А. Краниофарингиома с эндосупраселлярным ростом
- Б. Менингиома бугорка турецкого седла
- В. Аденома гипофиза с эндосупраантеретроселлярным ростом

Тема: Дифференциальная диагностика менингиом

Задача 21.

Укажите наиболее вероятную локализацию менингиом

Клиническая картина заболевания представлена фокальными эпилептическими припадками (оперкулярными, с вестибулярными, обонятельными, вкусовыми аурами), односторонний экзофтальм, психические нарушения, отсутствуют гипертензионные изменения.

- А. Менингиома медиальных отделов большого крыла основной кости
- Б. Менингиома бугорка турецкого седла
- В. Менингиома намета мозжечка

Задача 22.

Укажите наиболее вероятную локализацию менингиом

Больной жалуется на головные боли в затылочной области с иррадиацией в глаза (с-м Бурденко-Крамера). При сборе анамнеза выявлены симптомы внутричерепной гипертензии. При объективном осмотре отмечены легкие мозжечковые симптомы, симптомы раздражения затылочной и височной долей.

- А. Менингиома медиальных отделов большого крыла основной кости
- Б. Менингиома бугорка турецкого седла
- В. Менингиома намета мозжечка

Тема: Топическая диагностика поражений центральной нервной системы

Задача 23.

Укажите типичное место поражения

Птоз, расходящееся косоглазие, диплопия по вертикали, отсутствие конвергенции глазного яблока на стороне патологии, расширение зрачка с утратой реакции на свет наблюдается при

- А. Поражение на уровне верхней глазничной щели.
- Б. Поражение глазодвигательного нерва
- В. Поражение отводящего нерва

Задача 24.

Укажите типичное место поражения  
Одновременно наличие птоза, офтальмоплегии, нарушений чувствительности в зоне иннервации 1 ветви V пары

- А. Поражение на уровне верхней глазничной щели.
- Б. Поражение глазодвигательного нерва
- В. Поражение отводящего нерва

Задача 25.

Укажите место поражения VII пары черепно - мозговых нервов.  
Периферический паралич лицевой мускулатуры, выпадение вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка, глухота и выпадение вестибулярного экспериментального нистагма на стороне поражения

- А. Поражение надъядерных путей VII нерва
- Б. Поражение ядер VII нерва
- В. Поражение VII нерва в боковой цистерне моста

Задача 26.

Укажите место поражения VII пары черепно - мозговых нервов.  
Периферический паралич лицевой мускулатуры и сходящееся косоглазие на одной стороне, гемипарез на противоположной стороне

- А. Поражение надъядерных путей VII нерва
- Б. Поражение ядер VII нерва
- В. Поражение VII нерва в боковой цистерне моста

Задача 27.

Укажите место поражения V пары черепно - мозговых нервов.  
Выпадение всех видов чувствительности в области лица: нижнего века, щеки, верхней губы, слизистой твёрдого и мягкого неба.

- А. Поражение 2 ветви тройничного нерва
- Б. Поражение 1 ветви тройничного нерва
- В. Поражение верхних отделов нисходящего ядра V нерва

Задача 28.

Укажите место поражения V пары черепно - мозговых нервов.  
Нарушение болевой и температурной чувствительности в 1-2 зонах Зельдера на стороне очага и контрлатеральная гемианестезия на противоположной половине туловища и конечностей (синдром Грене)

- А. Поражение 2 ветви тройничного нерва
- Б. Поражение 1 ветви тройничного нерва
- В. Поражение верхних отделов нисходящего ядра V нерва

Тема: Топографическая диагностика поражений спинного мозга

Задача 29.

Укажите уровень поражения спинного мозга или его корешков

Наличие тазовых нарушений, симптом остистого отростка, сухая люмбальная пункция, синдром Эльсберга-Дайка

- А. Опухоль корешков конского хвоста
- Б. Опухоль конуса спинного мозга
- В. Опухоль поясничного утолщения спинного мозга

Задача 30.

Укажите уровень поражения спинного мозга или его корешков  
Имеются боли и нарушения чувствительности в аногенитальной зоне, по задней поверхности бедер, истинное недержание мочи, трофические нарушения в крестцовой области

- А. Опухоль корешков конского хвоста
- Б. Опухоль конуса спинного мозга
- В. Опухоль поясничного утолщения спинного мозга

Тема: Сосудистые заболевания головного мозга

Задача 31.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

У больной 70 лет, страдающей гипертонической болезнью II, сахарным диабетом, утром при пробуждении внезапно обнаружился правосторонний гемипарез, речевые нарушения по типу смешанной, преимущественно моторной афазии, симптом Горнера слева. Менингеальной симптоматики нет. Уровень сознания - оглушение.

- А. АВМ в бассейне ПМА
- Б. ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой ВСА 1
- В. ОНМК по геморрагическому типу в бассейне левой СМА

Задача 32.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

У больного 40 лет в течение последних 5 - 6 лет отмечается наличие генерализованных эпилептических припадков, резистентных к проводимой комплексной терапии. При опросе больного установлено, что 2 года назад один из эпизодов, расцененный как эпилептический припадок, протекал необычно, без потери сознания, но с выраженной головной болью, тошнотой, рвотой. Частота припадков после этого эпизода возросла. На момент осмотра очаговой неврологической симптоматики нет. При проведении компьютерной томографии в полусе лобной доли выявляется образование размерами 2 x 3 см., неоднородной плотности, неправильной формы, без признаков масс - эффекта, с наличием кисты ликворной плотности, четко отграниченное от ткани мозга.

- А. АВМ в бассейне ПМА
- Б. ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой ВСА 1
- В. ОНМК по геморрагическому типу в бассейне левой СМА

Тема: Внутричерепные кровоизлияния

Задача 33.

Укажите наиболее вероятную этиологию кровоизлияния.

У больного 35 лет, страдающего умеренной артериальной гипертензией внезапно появилась выраженная головная боль с последующей потерей сознания. Через 2 часа после этого эпизода сознание на уровне сопора, двигательное возбуждение, выраженные менингеальные симптомы, горметонический синдром, двухсторонние патологические стопные знаки, зрачки расширены с двух сторон. Артериальное давление на уровне 150/100 мм Hg, тахикардия. Состояние сознания за время наблюдения в течение 3 - 4 часов прогрессивно ухудшается. Появляется тенденция к артериальной гипотензии, тахипноэ, не обеспечивающее адекватную вентиляцию, нарастает выраженность мидриаза.

- А. Кровоизлияние в результате разрыва АВМ
- Б. Кровоизлияние в результате разрыва артериальной аневризмы.
- В. Кровоизлияние гипертонической этиологии

Задача 34.

Укажите наиболее вероятную этиологию кровоизлияния.

У больного 65 лет, страдающего высокой артериальной гипертензией в течение длительного времени, на высоте гипертонического приступа отмечалась внезапная потеря сознания на срок около 40 минут. По истечении этого срока сознание на уровне оглушения - сопора, умеренно выраженная менингеальная симптоматика, гемиплегия, гемианестезия, симптом Бабинского на стороне плевгии. Артериальное давление стабильное, с тенденцией к гипертензии. Спонтанное дыхание адекватное, тахипноэ. Кожные покровы багрового цвета. На протяжении 2 суток состояние больного без ухудшения. На КТ головного мозга выявляется внутримозговая гематома в области внутренней капсулы и медиальнее ее, объемом до 50 мл. Проведенная МРТ с сосудистой программой дополнительных данных не дает.

- А. Кровоизлияние в результате разрыва АВМ
- Б. Кровоизлияние в результате разрыва артериальной аневризмы.
- В. Кровоизлияние гипертонической этиологии

Тема: Сосудистые заболевания головного мозга

Задача 35.

Укажите наиболее вероятный диагноз

У больного 6 месяцев назад, перенесшего черепно - мозговую травму с признаками перелома основания черепа, отмечаются профузные кровотечения с частотой 1 - 2 раза в месяц со значительной кровопотерей, которые удается прекратить только с помощью задней тампонады. При осмотре у больного отмечается поражение глазодвигательного нерва, первой ветви тройничного нерва со стороны кровотечения. При ЛОР осмотре полости носа плотные сгустки, прилегающие к проекции пазухи основной кости.

- А. Посттравматическая ложная интракавернозная аневризма
- Б. Посттравматическое каротидно - кавернозное соустье
- В. Артериовенозная мальформация покровов головы

Задача 36.

Укажите наиболее вероятный диагноз

У больного жалобы после тяжелой черепно - мозговой травмы отмечено появление нарастающего экзофтальма, хемоза, птоза расходящегося косоглазия за счет одного из глаз. После стабилизации состояния больного он стал жаловаться на постоянный пульсирующий шум, резкое снижение остроты зрения на стороне пораженного глазного яблока. Офтальмологи затрудняются с выставлением диагноза. Предполагают ретробульбарную гематому, однако писанная клиника постепенно прогрессирует, усиливается шум.

- А. Посттравматическая ложная интракавернозная аневризма
- Б. Посттравматическое каротидно - кавернозное соустье
- В. Артериовенозная мальформация покровов головы

Тема: Повреждения периферических нервов.

Задача 37.

Укажите чем окружены следующие структуры, окружающие  
Нервные волокна в периферических нервах

- А. Эндоневрий
- Б. Периневрий

- В. Эпиневрй
- Г. Миелиновая оболочка

Задача 38.

Укажите чем окружены следующие структуры, окружающие

Аксоны в нервных волокнах

А. Эндоневрий

Б. Периневрий

В. Эпиневрй

Г. Миелиновая оболочка

Задача 39.

Укажите уровень повреждения срединного нерва

У больного после ранения стеклом отмечается отсутствие движений и гипотрофия мышц возвышения большого пальца, отсутствие всех видов чувствительности и потоотделения на ладонной поверхности I-III пальцах и половине IV пальца.

А. На уровне средней трети плеча

Б. На уровне нижней трети плеча

В. На уровне лучезапястного сустава

Задача 40.

Укажите уровень повреждения срединного нерва

У больного после ранения ранения ножом отсутствует противопоставление I пальца и сгибание I-III пальцев. На ладонной поверхности дистальной фаланги указательного пальца след от ожога горячим чайником.

А. На уровне средней трети плеча

Б. На уровне нижней трети плеча

В. На уровне лучезапястного сустава

Тема: Черепно - мозговая травма

Задача 41.

Укажите наиболее вероятный диагноз.

После травмы головы у больного отмечалась утрата сознания на 10 минут, ретроградная амнезия, головные боли, рвота, оболочечные симптомы, одностороннее повышение рефлексов, которое сохранялось до выписки из стационара. При люмбальной пункции ликвор бесцветный, прозрачный.

А. Сотрясение головного мозга

Б. Ушиб мозга легкой степени

В. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.

Задача 42.

Укажите наиболее вероятный диагноз.

Больной получил травму при падении на асфальт. Отмечалась утрата сознания 5 мин, головные боли, однократная рвота, головокружение. При осмотре выявлен установочный нистагм при взгляде в стороны. Отсутствуют очаговые, менингеальные симптомы. На краниограммах отсутствуют повреждения костей черепа. При люмбальной пункции ликвор бесцветный, прозрачный.

А. Сотрясение головного мозга

Б. Ушиб мозга легкой степени

В. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.

Задача 43.

Укажите, к какому типу относится черепно - мозговая травма  
Больной получил удар тупым тяжелым предметом по голове. В правой теменной области определяется рвано - ушибленная рана. На рентгенограмме в проекции раны и при ревизии раны во время первичной хирургической обработке определяется линейный перелом (трещина).

- А. Закрытая черепно - мозговая травма.
- Б. Открытая черепно - мозговая травма

Задача 44.

Укажите, к какому типу относится черепно - мозговая травма  
Больной при падении ударился головой о металлический предмет. В лобно - височной области имеется скальпированная . На рентгенограммах черепа повреждений костей нет.

- А. Закрытая черепно - мозговая травма.
- Б. Открытая черепно - мозговая травма

Задача 45.

Укажите наиболее вероятный диагноз  
Больной пострадал в автомобильной катастрофе (пассажир легкового автомобиля на переднем сидении). Отмечалась утрата сознания до 10 минут, однократная рвота, ретроградная амнезия. При осмотре больной эйфоричен, возбужден. Выявлена легкая рефлекторная пирамидная недостаточность. К концу первых суток четко определяется симптом "Очков", стекание ликвора по задней стенке глотки.

- А. Закрытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга легкой степени тяжести.  
Перелом (трещина) свода черепа
- Б. Открытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.  
Перелом основания черепа на уровне средней черепной ямки.
- В. Открытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.  
Перелом основания черепа на уровне передней черепной ямки.

Задача 46.

Укажите наиболее вероятный диагноз  
Больной пострадал в автомобильной катастрофе (пассажир легкового автомобиля на заднем сидении). Отмечалась утрата сознания до 10 минут, многократная рвота, ретроградная амнезия. При осмотре выявлена гематома заушной области справа, левосторонний гемипарез до 4 баллов, снижение слуха на правое ухо. На обзорных рентгенограммах у больного выявлен перелом (трещина) правой височной кости, доходящий до основания черепа.

- А. Закрытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга легкой степени тяжести.  
Перелом (трещина) свода черепа
- Б. Открытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.  
Перелом основания черепа на уровне средней черепной ямки.
- В. Открытая черепно - мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести.  
Перелом основания черепа на уровне передней черепной ямки.

Задача 47.

Укажите наиболее информативные методы обследования  
Больной доставлен в приемное отделение бригадой "скорой помощи". Из анамнеза известно, что больной сбит легковым автомобилем. При поступлении состояние больного тяжелое. Сознание угнетено до уровня комы 1. Неврологически тонус мышц нижних конечностей снижен, сухожильные рефлексы с ног оживлены. Патологические стопные знаки слабо

выражены. Витальные функции при поступлении стабильны, тахикардия. Через 30 минут после поступления постепенно развивается брадикардия.

- А. Рентгенография черепа с задним полуаксиальным снимком. Компьютерная томография.
- Б. Обзорная рентгенография. Магнитно - резонансная томография.
- В. Обзорная рентгенография. Компьютерная томография.

Задача 48.

Укажите наиболее информативные методы обследования

Больной доставлен в приемное отделение бригадой "скорой помощи". Анамнез не известен. При поступлении состояние больного тяжелое. Сознание угнетено до уровня комы I. Отмечаются кровоподтеки на волосистой части головы. Неврологически выявляется анизокория, гемипарез на контрлатеральной стороне.

- А. Рентгенография черепа с задним полуаксиальным снимком. Компьютерная томография.
- Б. Обзорная рентгенография. Магнитно - резонансная томография.
- В. Обзорная рентгенография. Компьютерная томография.

Задача 49.

Определите тактику ведения больного.

Больной доставлен в приемное отделение через 1 час после травмы. При поступлении состояние больного тяжелое. Сознание угнетено до уровня оглушения. Неврологически анизокория не выявляется. Отмечается повышение рефлексов в левых конечностях. При проведении ЭХО - ЭС смещение срединных структур справа налево 2 мм. На компьютерной томографии определяется пластинчатая субдуральная гематома в правой лобной области, объемом до 10 мл. Субарахноидальные пространства сужены.

- А. Мониторинг методами нейровизуализации, интенсивная терапия.
- Б. Экстренная операция.
- В. Только интенсивная терапия. В хирургическом лечении не нуждается.

Задача 50.

Определите тактику ведения больного.

Больной доставлен в приемное отделение через 18 часов после травмы. Состояние больного тяжелое. Сознание угнетено до уровня комы I. Неврологический статус: Анизокория за счет расширения правого зрачка, левосторонний гемипарез. Симптом Бабинского с 2 сторон. Менингеальная симптоматика умеренно выражена. На Компьютерной томографии выявлена субдуральная гематома в левой лобно - височной области, объемом до 40 мл, контузионный очаг полюса левой височной доли.

- А. Мониторинг методами нейровизуализации, интенсивная терапия.
- Б. Экстренная операция.
- В. Только интенсивная терапия. В хирургическом лечении не нуждается.

Задача 51.

Установите топический диагноз

Клиническая картина представлена угнетением сознания до уровня глубокого оглушения, общемозговой симптоматикой, подкожное кровоизлияние в височной области, оторрея, нарушение функции VII-VIII, XIII нервов, контрлатеральной пирамидной недостаточностью.

- А. Перелом основания черепа на уровне передней черепной ямки
- Б. Перелом основания черепа на уровне средней черепной ямки
- В. Перелом основания черепа на уровне задней черепной ямки

Задача 52.

Установите топический диагноз

Клиническая картина представлена угнетением сознания до уровня комы, общемозговой симптоматикой, бульбарными симптомами, Имеется подапоневротическая гематома в затылочной области. На рентгенограммах выявлена трещина затылочной кости.

- А. Перелом основания черепа на уровне передней черепной ямки
- Б. Перелом основания черепа на уровне средней черепной ямки
- В. Перелом основания черепа на уровне задней черепной ямки

Задача 53.

Укажите, форму раны

Неправильной звездчатой формы рана с разможженными, малокровоточащими сосудами передко загрязненная, с отслойкой от надкостницы или кости.

- А. Резаная рана
- Б. Рубленая рана
- В. Рвано-ушибленная рана

Задача 54.

Укажите, форму раны

Линейная рана кожи и апоневроза, небольших размеров, сильно кровоточащая, "малозагрязненная".

- А. Резаная рана
- Б. Рубленая рана
- В. Рвано-ушибленная рана

Задача 55.

Укажите, форму раны

Линейная рана больших размеров с повреждением кости, мозга, часто сопровождающаяся сильным кровотечением из поврежденных синусов.

- А. Рубленая рана
- Б. Резаная рана
- В. Колотая рана

Задача 56.

Укажите, форму раны

Рана мягких тканей, кости, округлой формы, размерами 0.5x0.5 см, умеренно кровоточащая

- А. Резаная рана
- Б. Рубленая рана
- В. Рвано-ушибленная рана

Тема: Рентгенодиагностика при черепно - мозговой травме

Задача 57.

Укажите вид повреждения кости

На краниограммах определяются множественные, различной величины костные фрагменты, окруженные линией просветления без смещения.

- А. Вдавленный импрессионный перелом
- Б. Вдавленный депрессионный перелом
- В. Многооскольчатый перелом

Задача 58.

Укажите вид повреждения кости

На прицельных краниограммах определяется дефект кости, костный отломок смещен в полость черепа на 3 см.

- А. Вдавленный импрессионный перелом

- Б. Вдавленный депрессионный перелом
- В. Многооскольчатый перелом

Задача 59.

Укажите вид повреждения кости

На краеобразующей рентгенограмме определяется перелом костей черепа, при котором 2 костных фрагмента прогнуты в полость черепа в виде ступеньки, касаясь краями неповрежденной кости

- А. Вдавленный импрессионный перелом
- Б. Вдавленный депрессионный перелом
- В. Однооскольчатый перелом

Задача 60.

Укажите вид повреждения кости

На рентгенограммах черепа определяется неправильной формы костный фрагмент, окруженный линией просветления, без смещения.

- А. Вдавленный импрессионный перелом
- Б. Вдавленный депрессионный перелом
- В. Однооскольчатый перелом

Тема: Черепно - мозговая травма

Задача 61.

Укажите наиболее вероятный субстрат, приведший к развитию следующих дислокационных синдромов

Больной поступил в приемное отделение в связи с ухудшением состояния через 48 часов после травмы. Сознание угнетено до уровня комы, многократная рвота. Очаговая симптоматика представлена анизокорией и контрлатеральным гемипарезом. Отмечается легкая брадикардия.

- А. Острая эпидуральная гематома
- Б. Острая субдуральная гематома
- В. Подострая субдуральная гематома

Задача 62.

Укажите наиболее вероятный субстрат, приведший к развитию следующих дислокационных синдромов

Больной получил черепно - мозговую травму. Через 10 суток постепенное ухудшение состояния. Отмечено нарастание головных болей со рвотами. Наросли психические нарушения, Появилась анизорефлексия. Сознание угнетено до уровня сопора. Начальные застойные диски зрительных нервов. Легкая брадикардия.

- А. Острая эпидуральная гематома
- Б. Острая субдуральная гематома
- В. Подострая субдуральная гематома

Задача 63.

Укажите наиболее вероятный субстрат, приведший к развитию следующих дислокационных синдромов

Больной поступает в приемное отделение через 2 часа после черепно-мозговой травмы. У больного повторные рвоты, неврологически выявляется расширение зрачка и контрлатеральная гемиплегия, гемианестезия. Смещение М - ЭХО на 12 мм. Брадикардия.

- А. Острая эпидуральная гематома
- Б. Острая субдуральная гематома
- В. Внутримозговая гематома

Задача 64.

Укажите наиболее вероятный субстрат, приведший к развитию следующих дислокационных синдромов

У больного с черепно - мозговой травмой через 5 часов после травмы на фоне головных болей, возникают фокальные двигательные припадки, альтернирующий с. Вебера, брадикардия. На рентгенограммах определена трещина височной кости.

- А. Острая эпидуральная гематома
- Б. Острая субдуральная гематома
- В. Внутримозговая гематома

Задача 65.

Укажите причину развития анизокории в каждом случае.

Больной получил черепно-мозговую травму в результате удара в область лица. Отмечалась утрата сознания до 10 минут. При поступлении сознание угнетено до уровня сопора. Диагностирована назальная ликворрея. Один зрачок расширен. Отсутствует прямая реакция на свет, но с наличием содружественной.

- А. Анизокория при переломе ПЧЯ с повреждением II нерва
- Б. Анизокория при дислокационном синдроме
- В. Анизокория при повреждении глазного яблока

Задача 66.

Укажите причину развития анизокории в каждом случае.

Больной получил черепно - мозговую травму. При поступлении клиническая картина соответствовала ушибу головного мозга легкой степени. Через сутки ухудшение состояния. Сознание угнетено до уровня комы, многократная рвота. Очаговая симптоматика представлена анизокорией и контрлатеральным гемипарезом.

- А. Анизокория при переломе ПЧЯ с повреждением II нерва
- Б. Анизокория при дислокационном синдроме
- В. Анизокория при повреждении глазного яблока

Тема: Черепно - мозговая травма. Осложнения.

Задача 67.

Укажите причину ухудшения состояния

Больной получил открытую черепно-мозговую травму. Через 10 дней после травмы отмечено появление головных болей, рвот, светобоязни, выраженных оболочечных симптомов. При проведении люмбальной пункции ликвор слабо зеленоватого цвета, вытекает под повышенным давлением, слабо мутный с явлениями нейтрофильного плеоцитоза

- А. Ушиба мозга, субарахноидального кровоизлияния
- Б. Развитие менингита
- В. Развитие менингоэнцефалита

Задача 68.

Укажите причину ухудшения состояния

Больной получил тяжелую черепно - мозговую травму. По экстренным показаниям произведена операция декомпрессивная трепанация черепа. Удаление субдуральной гематомы. На 7 сутки у больного отмечается гектическая температура, возобновились головные боли, рвоты, отсутствие аппетита. Отмечается нарастание двигательных, чувствительных выпадений, протрузия мозга в костный дефект черепа. При люмбальной пункции ликвор вытекает под высоким давлением, зеленоватого цвета, мутный. При анализе - белково - клеточная диссоциация.

- А. Ушиба мозга, субарахноидального кровоизлияния
- Б. Развитие менингита
- В. Развитие менингоэнцефалита

Тема: Позвоночно - спинномозговая травма

Задача 69.

Укажите поврежденный анатомический субстрат

У больного с переломом - вывихом грудного отдела позвоночника выявлен периферический паралич мышц, атрофия, фибриллярные подергивания и угнетение рефлексов.

- А. Передний рог.
- Б. Задний рог.
- В. Передняя спайка мозга.

Задача 70.

Укажите поврежденный анатомический субстрат

У больного с позвоночно - спинномозговой травмой определено снижение или утрата болевой чувствительности при сохранности суставно-мышечного чувства, вибрационной и тактильной чувствительности, угнетение глубоких рефлексов.

- А. Передний рог.
- Б. Задний рог.
- В. Передняя спайка мозга.

Тема: Повреждения периферических нервов

Задача 71.

Укажите уровень повреждения лучевого нерва

У больного парез разгибателей предплечья, кисти, основных фаланг пальцев, супинаторов предплечья, мышцы, отводящей большой палец, плечелучевой мышцы, снижен рефлекс с трехглавой мышцы и карпорадиальный. Кисть в положении пронации свисает, отмечается сгибательная установка пальцев, затруднено рукопожатие, растопыривание пальцев, отведение большого пальца, невозможно развести сложенные вместе ладони, т.к. пальцы паретической кисти не отводятся, а сгибаются и скользят по неповрежденной кисти.

- А. Лучевой нерв в верхней трети плеча.
- Б. Лучевой нерв в средней части предплечья
- В. Лучевой нерв в нижней части плеча

Задача 72.

Укажите уровень повреждения лучевого нерва

У пациента после сна в неудобной позе развился паралич разгибателей кисти, кисть свисает, затруднено рукопожатие, растопыривание пальцев, отведение большого пальца.

- А. Лучевой нерв в верхней трети плеча.
- Б. Лучевой нерв в средней части предплечья
- В. Лучевой нерв в нижней части плеча

Тема: Поражения позвоночника и спинного мозга

Задача 73.

Укажите уровень поражения

У больного выявлен проксимальный периферический парез ноги с ограничением сгибания, разгибания, приведения и отведения в тазобедренном суставе, сгибания и разгибания в коленном суставе. Назовите уровень поражения:

- А. Периферический двигательный нейрон на уровне L1-L4.
- Б. Периферический двигательный нейрон на уровне крестцового сплетения

В. Периферический двигательный нейрон на уровне L5-S2.

Задача 74.

Укажите уровень поражения

Назовите уровень поражения, если у больного ограничено сгибание и разгибание в колене, движения в голеностопном суставе и суставах стопы, гипотрофия мышц голени и стопы, снижен ахиллов рефлекс:

А. Периферический двигательный нейрон на уровне L1-L4.

Б. Периферический двигательный нейрон на уровне крестцового сплетения

В. Периферический двигательный нейрон на уровне L5-S2.

Тема: Повреждения периферических нервов

Задача 75.

Укажите уровень поражения

Больной в течение некоторого времени нес тяжести на правом плече, после чего у него развился паралич правой руки. При объективном обследовании выявлено: правую руку поднять не может, невозможны и другие движения ею, сухожилия и периостальные рефлексы с правой руки не вызываются, гипотония справа. Гипестезия на всей правой руке с расстройством всех видов чувствительности.

А. Корешки шейного утолщения справа.

Б. Плечевое сплетение справа.

В. Корешок С6 справа.

Задача 76.

Укажите уровень поражения

У больного сильные стреляющие боли в правой руке полосой от шеи до большого пальца. Объективно определяется полоска гипалгезии по радиальному краю кисти, предплечья. В большом пальце расстроена глубокая чувствительность. Снижен рефлекс с двухглавой мышцы.

А. Корешки шейного утолщения справа.

Б. Плечевое сплетение справа.

В. Корешок С6 справа.

Задача 77.

Укажите уровень поражения

У больного резкие боли в пояснице с иррадиацией в ноги, больше слева, отсутствуют движения в левой стопе, в правой - снижена сила. Ахиллов рефлекс слева отсутствует, справа снижен. Снижен коленный рефлекс слева. Снижение всех видов чувствительности по наружной и передней поверхности голени, стопы, больше слева. Затруднение мочеиспускания.

А. В области конского хвоста, на уровне L3-4.

Б Корешок S1.

В. Корешок L5.

Задача 78.

Укажите уровень поражения

Больной жалуется на стреляющую боль полосой от поясницы по задней поверхности ягодицы, бедра, задне-наружной поверхности голени до мизинца. Объективно: гипотония, снижение тургора ягодичных мышц, мышц задней группы бедра, икроножной мышцы, снижен ахиллов рефлекс, гипестезия полосой в зоне, соответствующей зоне иррадиации боли.

А. В области конского хвоста, на уровне L3-4.

Б Корешок S1.

В. Корешок L5.

Задача 79.

Укажите уровень поражения

У больного выявлен вялый парез сгибателей стопы и пальцев, мышц, приводящих стопу. Экстензионное положение стопы с опущенной пяткой, углубленным сводом, "когтистым" положением пальцев. Походка с опорой на пятку, затруднена ходьба на носках. Снижен ахиллов и подошвенный рефлекс.

- А. Седалищный нерв.
- Б. Малоберцовый нерв.
- В. Большеберцовый нерв.

Задача 80.

Укажите уровень поражения

У больного выявлен вялый парез разгибателей стопы и пальцев, мышц, отводящих стопу, стопа свисает с несколько согнутыми пальцами, слегка повернута внутрь. При ходьбе избыточно поднимает ногу из-за чрезмерного сгибания в тазобедренном и коленном суставах, опускает пятку. Стопа хлопает при ходьбе (т.е. имеется истинный степпаж), затруднено стояние и ходьба на пятках.

- А. Седалищный нерв.
- Б. Малоберцовый нерв.
- В. Большеберцовый нерв.

Задача 81.

Укажите уровень поражения

У больного выявлен парез пронаторов предплечья, сгибателей кисти и 1-3-го пальцев, разгибателей средних фаланг 2-3-го пальцев, ограничено противопоставление большого пальца, затруднено захватывание предметов, письмо и др. манипуляторные действия. Форма пальца, затруднено приведение предметов, письмо и др. манипуляторные действия. Форма кисти в виде "обезьяньей лапы" из-за атрофии мышц тенара, уплощение ладони и приведения большого пальца в одну плоскость с указательным. При сжатии в кулак 1,2 и отчасти 3-й пальцы не сгибаются, невозможно царапание указательным пальцем по поверхности стола, если кисть лежит на ней ладонью, а удерживание листа бумаги между 1 и 2-м пальцами возможно лишь, если они выпрямлены и большой палец приведен к указательному. Кроме того, больной испытывает выраженные каузальгические боли в плече и предплечье с иррадиацией по его внутренней поверхности в ладонь и средние пальцы, особенно в 3-й.

- А. Срединный нерв в проксимальном отделе.
- Б. Лучевой нерв в средней части плеча.
- В. Локтевой нерв в проксимальном отделе.

Задача 82.

Укажите уровень поражения

У больного выявлен парез сгибателей кисти и 3-5-го пальцев, мышц, приводящих пальцы, разгибателей средних и концевых фаланг, с ограничением разведения пальцев и таких манипуляторных действий, как поднятие тяжести, резание хлеба, подборание мелких предметов, счет монет из-за гипотрофии ладонной поверхности в области тенара и гипотенара, гиперэкстензии основных и флексии средних и концевых фаланг. При сжатии в кулак 3-5 пальцы сгибаются недостаточно, невозможно царапание концевой фалангой мизинца по столу при плотно прилегающих к нему и приведенных 4-5 пальцами. Неприятные, со жгучим оттенком, ломящие боли по ульнарной поверхности плеча и предплечья с иррадиацией в 4-5 пальцы. Что поражено?

- А. Срединный нерв в проксимальном отделе.
- Б. Лучевой нерв в средней части плеча.

В. Локтевой нерв в проксимальном отделе.

### 5.3. Рекомендуемая литература

а) основная литература:

1. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь пострадавшим с политравмой: современные проблемы и пути их решения / И.М. Самохвалов, А.В. Щеголев и др. – СПб.: ИнформМед, 2013. – 144 с.
2. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2010. – 1288с.
3. Видеоэндоскопическая хирургия повреждений и заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника / Под ред. В.В. Крылова. – М., 2012. – 152 с.
4. Вопросы оказания нейрохирургической помощи в красноярском крае / Под ред. М.Г. Дралюк и др. – Красноярск, 2014. – 224 с.
5. Говенько Ф.С. Хирургия повреждений периферических нервов.- СПб.: Феникс, 2010. – 384 с.
6. Горяйнов С.А., Потапов А.А., Лощенов В.Б., Савельева Т.А. Флуоресцентная навигация и лазерная спектроскопия в хирургии глиом головного мозга. – М.: Медиа Сфера, 2014. – 152 с. ил.
7. Гринберг М.С. Нейрохирургия / Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 1008 с.
8. Гуца А.О., Арестов С.О. Эндоскопическая спинальная хирургия. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 88 с.
9. Дамбинова С.А., Скоромец А.А., Скоромец А.П. Биомаркеры церебральной ишемии (разработка, исследование и практика). – СПб., 2013. – 336 с.
10. Диагностика смерти мозга / Под ред. И.Д. Стулина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с.
11. Долгушин Б.И., Матякин Е.Г., Мудунов А.М. и др. Опухоли основания черепа: Атлас КТ, МРТ-изображений / Б.И. Долгушин, Е.Г. Матякин, А.М. Мудунов и др. – М.: Практич. медицина, 2011. – 120 с.
12. Забродская Ю.М. Операционная рана в нейроонкологии (к стандарту патологоанатомического исследования). - СПб, 2011. – 63 с.
13. Забродская Ю.М., Медведев Ю.А. Введение в патологию оперированного мозга / Под ред. И.В. Яковенко. – СПб.: ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2013. – 192 с.
14. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы. – М.: «МЕДпресс-Информ», 2011. – 336 с.
15. Зайцев О.С., Царенко С.В. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний). – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2014. – 160 с.
16. Захарова Н.Е., Корниенко В.Н., Потапов А.А., Пронин И.Н. Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при травме мозга. – М., 2013. – 160 с. ил.
17. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии): Рук-во для врачей. – М., 2010.- 408 с.
21. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: Рук-во для врачей: Изд. 4-е. – М.: «Медпресс-информ», 2011. – 488 с.
18. Зеелигер А., Берснев В.П. Нейромодуляция при хронических болевых синдромах различного генеза. – СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2010. – 248 с.
19. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Б.Р. Гельфанда и А.И. Салтанова. – М., 2012. – 800 с.
20. Калинин А.Г., Мамонтов В.В., Щедренков В.В. Тяжелая кранио-торакальная травма. Клинико-организационные аспекты догоспитального и раннего госпитального этапов. – Омск, 2011. – 188 с.
21. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Рук-во для врачей. – М., Медицина, 2010. – 720 с.
22. Кивелев Ю.В. Каверномы мозга. – СПб: Человек и его здоровье, 2013. – 216 с.:ил.

23. Комаров В.А. Хирург и общество: популярное издание о этике в медицине. – Пенза, 2011. – 283 с.
24. Кондратьева Е.А., Яковенко И.В. Вегетативное состояние. Этиология, патогенез, диагностика и лечение. – М., 2014. – 361 с.
25. Коновалов А.Н., Потапов В.А., Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н. и др. Реконструктивная и минимально инвазивная хирургия последствий черепно-мозговой травмы. – М., 2012. – 320 с.
26. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Контрастирование в нейрорадиологии. – М., 2010. – 255 с.
27. Крылов В.В., Петриков С.С. Нейрореанимация. Практическое руководство. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 176 с.
28. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология. – Т. IV. – Опухоли основания черепа. – М., 2012. – 504 с.
29. Кровообращение и анестезия. Оценка и коррекции системной гемодинамики во время операции и анестезии / Под ред. К.М. Лебединского. – СПб.: Человек, 2012. – 1076 с.
30. Кремер Ю. Заболевания межпозвоночных дисков. Перевод с англ. / Под общей ред. проф. В.А. Широкова. – М.: «Медпресс-информ», 2013. – 472 с.
31. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А., Петриков С.С. Хирургия геморрагического инсульта. – М.: «Медицина», 2012. – 336 с.
32. Крылов В.В., Тальпов А.Э., Пурас Ю.В. Декомпрессивная трепанация черепа при тяжелой черепно-мозговой травме. – М., 2014. – 272 с.
33. Левчук И.П., Н.В. Третьяков Н.В. Медицина катастроф: курс лекций [учеб. пособие для мед. вузов] / И. П. Левчук, Н.В. Третьяков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 240 с.
34. Лекции по черепно-мозговой травме / Под ред. В.В. Крылова. Учебное пособие для слушателей послевузовского образования. – М.: Медицина, 2010. – 320 с.
35. Лихтерман Л. Образы нейрохирургии и неврологии. – М., 2010. – 450 с.
36. Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи / Главный ред. серии С.К. Трофимова. – М.: «Геотар-Медиа», 2013. – 888 с. (серия национальные руководства по лучевой диагностике и терапии).
37. Медведев Ю.А., Панунцев В.С., Забродская Ю.М., Размологова О.Ю., Сивцова Е.В. Дизэмбриопластический и инволюционно-гипертонический варианты аневризматической болезни головного мозга. - СПб., 2012. – 63 с.
38. Микронейрохирургия Хельсинки. Приемы и советы от профессора Хернесниemi / М.Лехечка, А.Лааксо, Ю.Кивелев, Ю. Хернесниemi. Перевод с англ. – СПб., 2012. – 341 с.
47. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Холин А.А. Эпилептические эцефалопатии и схожие синдромы у детей. – М., 2011. – 680 с.
39. Нейрохирургия / Под ред. О.Н. Древалю. – Т. 1. – М., 2012. – 592 с. (Рук-во для врачей). – Т. 2. – 2013. – 864 с.
40. Нейрохирургия. Европейское руководство / В.Арнольд, У. Генцер. - Т.1. Т2. / Пер. с англ. - М.: Изд-во «БИНОМ», 2013.
50. Нейровизуализация. Иллюстрированное пособие / Под ред. К. Форбс, М.Х. Лев, С. Шетти, Дж. Хейзерман; пер. с англ. – М.: МЕД-пресс-информ, 2010. – 223 с.
41. Нейросонология и нейровизуализация при инсульте. Перевод с англ. – М.: «МЕДпресс-информ», 2012. – 608 с.
42. Немкова Н.Н. Детский церебральный паралич: современные технологии в комплексной диагностике и реабилитации когнитивных расстройств. – М.: Медпрактика-М., 2013. – 440 с.
43. Немкова С.А. Когнитивные нарушения при детском церебральном параличе. – М.: Триада X, 2013. – 440 с.
44. Никитин П.И. Эмболизация церебральных аневризм в геморрагическом периоде / Под ред. В.С. Панунцева. – СПб., 2010. – 168 с.
45. Оказание медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на модели региона. Факторы риска, диагностика, лечение, первичная и

- вторичная профилактика. – Иваново, 2011. – 104 с.
46. Олюшин В.Е., Филатов М.В., Улитин А.Ю., Бажанов С.П. Специфическая противоопухолевая иммунотерапия на основе дендритных клеток в комплексном лечении больных злокачественными церебральными глиомами. – СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2012. – 212 с.
47. Панунцев В.С., Воронов В.Г., Никитин П.И. Современные представления о церебральных артериовенозных мальформациях. – СПб.: Синтез бук изд-во, 2013. – 427 с.
48. Паркинсон Дж. Эссе о дрожательном параличе. – СПб., 2010. – 82 с.
49. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. – М.: «Геотар-Медиа», 2013. – 368 с. (серия «Библиотека врача-специалиста»).
50. Политравма: хирургия, травматология, анестезиология, интенсивная терапия: Учебное издание / Под ред. Ф.С. Глумчера, П.Д. Фомина, Е.Г. Педаченко и др. – Киев, 2012. – 736 с. +14 с. цв.вкл.
51. Понятишин А.Е. Возрастзависимые эпилептические синдромы у детей первого года. Принципы диагностики и лечения. – СПб., 2012. – 293 с.
52. Понятишин А.Е., Пальчик А.Б. Электроэнцефалография в неон-тальной неврологии. Изд. 2-е перераб. и доп. – СПб., 2010. – 172 с.
52. Поздеев В.К., Поздеев Н.В. Методы нейрохимических исследований в клинике. – СПб., 2013. – 312 с.
53. Рамешвили Т.Е., Труфанов Г.Е., Гайдар Б.В., Парфенов В.Е. Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника (лучевая диагностика, осложненная после дисэктомии): Рук-во для врачей. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2011. – 218 с.
54. Ранения нелетальным кинетическим оружием: Рук-во для врачей / Под ред. Парфенова В.Е. и Самохвалова И.М. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2013. – 224 с.
55. Регионарная анестезиология. - Т. 1. - Верхняя конечность / Под ред. О.А. Тарабрина. – Киев, 2010. – 253 с.
56. Реконструктивная и минимально инвазивная хирургия последствий черепно-мозговой травмы. – М., 2012. – 320 с.
57. Рентгенометрия шейного отдела позвоночника / А.В.Белецкий, В.Т. Пустовойтенко и др. – Минск: Беларусь, 2010. – 131 с.
58. Ромоданов С.А., Могила В.В. Опухоли основания черепа, растущие в кавернозный синус. – Симферополь, 2010. – 157 с.
59. Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство. 2-е изд., доп. и перераб / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 360 с.
60. Ситко Л.А., Ларькин В.Н., Вегнер С.Ю. Диагностика и хирургическое лечение травматических внутрочерепных гематом у детей раннего возраста. – Омск, 2013. – 112 с.
61. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Неврологический статус и его интерпретация. Учебное руководство для врачей / Под ред. М.М. Дьяконова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 255с.
62. Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии / Под ред. А.Н. Коновалова. – Т. II. – М., 2012. – 356 с.
63. Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии / Под ред. А.Н. Коновалова. – Т. 3. – М., 2012. – 320 с.
64. Старченко А.А. Руководство по клинической нейрореаниматологии / Под общей ред. В.А. Хилько. – Кн. I, Кн. II. – М.: Изд-во «Бином», 2013. – Кн. I – 744 с., Кн. – II – 824 с.
65. Ступак В.В., Струц С.Г., Садовой М.А., Майоров А.П. Неодимовый лазер в хирургии церебральных менингиом. – Новосибирск: «Наука», 2013. – 267 с.
66. Травмы и заболевания нервной системы: Сб. науч. трудов / Под ред. А.П. Фраермана, А.Е. Новикова. – Иваново, 2012. – 152 с.
67. Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу. Анатомия. Физиология. Клиника. Изд. 3-е. Перевод с англ. – М.: Практическая медицина, 2014. – 584 с.
68. Улитин А.Ю., Олюшин В.Е., Сафаров Б.И., Мацко Д.Е. Метастатические опухоли

- головного мозга. – СПб: ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2010. – 384 с.
69. Улитин А.Ю., Мацко Д.Е., Олюшин В.Е. Нейроэпителиальные опухоли головного мозга. – СПб.: СинтезБук, 2014. – 446 с.
70. Ушаков Е.В. Введение в философию и методологию науки: учебник / Е.В. Ушаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.:КНОРУС, 2008. – 592 с.
71. Фраерман А.П. Черепно-мозговая травма. – Н.Новгород: Издв-во Нижегород. Гос.мед.академ., 2011. – 108 с.
72. Хачатрян В.А., Орлов Ю.А., Ким А.В. Осложнения клапанных ликворосунтирующих операций. – СПб., 2013. – 440 с.
73. Хирургия аневризм головного мозга / Под ред. В.В. Крылова. В 3-х томах. – М., 2011. Т. 1 – 432 с., Т. 2 – 516 с., Т. 3 – 432 с.
74. Хостен Н., Либиг Т. Компьютерная томография головы и позвоночника. Перевод с нем. / Под общей ред. Ш.Ш. Шотемора. 2-е изд. – М.: «МЕДпресс-информ», 2013. – 575 с.
75. Хронические нейроинфекции / Под ред. И.А. Завалишина и др. – М., 2011. – 560 с.
76. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – 4-е изд. – М.; СПб.; Н.Новгород, 2010. – 496 с.
77. Черепные нервы / Под ред. А.А. Вишневого и Н.В. Шулешовой – СПб.: «Гиппократ», 2012. – 480 с.
78. Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С. Черепно-мозговая травма. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 288 с. (Библиотека врача-специалиста).
79. Ширшов И., Древаль О., Лихтерман Л., Горожанин А. Травма лицевого нерва. – М., 2011. – 188 с.
80. Щедренок В.В., Яковенко И.В., Могучая О.В. Клинико-организационные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы. – СПб.: Изд-во ФГУ РНХИ, 2010. – 435 с.
81. Щедренок В.В., Яковенко И.В., Аникеев Н.В., Себелев К.И., Могучая О.В. Малоинвазивная хирургия дегенеративных заболеваний позвоночника. – СПб, 2011. – 435 с.
82. Щедренок В.В., Доровских Г.Н., Могучая О.В., Аникеев Н.В., Себелев К.И., Яковенко И.В. Клинико-лучевая диагностика изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмы. – СПб.: Изд-во ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова». – 2012. – 448 с.
83. Щедренок В.В., Топольскова Н.В., Захматова Т.В., Могучая О.В., Себелев К.И. Лицевая и головная боль. Клинико-лучевая диагностика и хирургическое лечение / Под ред. В.В. Щедренка. – СПб.: Изд-во Лен.обл.ин-та развития образования, 2013. – 416 с.
84. Щедренок В.В., Топольскова Н.В., Чудина В.И., Могучая О.В., Себелев К.И. Невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика и лечение. – СПб., 2014. – 328 с.
85. Щедренок В.В., Чижова М.В., Могучая О.В., Захматова Т.В., Зуев И.В., Себелев К.И. Компьютерно-томографическая морфометрия и денситометрия при дегенеративных заболеваниях и остеопорозе позвоночника. – СПб.: ЛОИРО, 2014. – 291 с.
86. Щедренок В.В., Могучая О.В., Себелев К.И., Зуев И.В. Заболевания позвоночника и спинного мозга: Клинико-лучевая диагностика – СПб.: ЛОИРО, 2015. – 494 с.
87. Экстремальная токсикология: Учебник. / Под ред. Г.А. Софронова и М.В. Александрова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2012. – 256 с.
88. Эпидуральная анестезиология и анелгезия / В.В. Суслов, А.А. Хижняк, О.А. Тарабрин и др. – Харьков, Сим, 2011. – 256 с.: ил.
89. Эпилепсия в нейрорпедии (Коллективная монография) / Под ред. В.М. Студёнкина. – М., 2011. – 440 с.

б) дополнительная литература:

1. Аденома гипофиза: клиника, диагностика, лечение / Под ред. Б.А. Кадашева. – М., 2007. – 368 с.
2. Белов А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных работников. – М., 2004. – 432 с.
3. Беллекур И.В. Научное обоснование организации специализированной мед.помощи больным эпилепсией. – СПб: Лита, 2008. – 224 с.
4. Берснев В.П., Кокин Г.С., Извекова Т.О. Практическое руководство по хирургии нервов: в

- 2 т. – СПб., 2009.
5. Бубнова И.Д. Нейрореаниматология. Вопросы и ответы. Челябинск, 2009. – 274 с.
6. Болезни нервной системы. Рук. для врачей. В 2 т. / Под ред. Н.Н. Яхно. – 4 – е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2007. – т. 1 – 744 с., т. 2. – 512 с.
7. Боль. Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 302 с.
8. Ведущие ученые психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Антология. – СПб., 2007. – 425 с.
9. Виленский Б. С. Острые нейроинфекции. Справочник. – СПб.: Фолиант, 2008. – 66 с.
10. Виленский Б.С. Геморрагические формы инсульта. Кровоизлияние в головной мозг, субарахноидальное кровоизлияние: справочник. – СПб., 2008. – 69 с.
11. Виленский Б.С. Экстренная неврология. Справочник. – СПб.: Фолиант, 2009. – 432 с.
12. Воробьева Н.А. ДВС – синдром – что нового в старой проблеме? – Архангельск: Северный гос. мед. ун-т, 2006. – 180 с.
13. Геморрагический инсульт / Под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. – М., 2005. – 160 с.
14. Глиомы головного мозга (современное состояние проблемы и пути дальнейших поисков) / Под ред. Ю.А. Зозули. – Киев, 2007. – 636 с.
15. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 563 с.
16. Гурленя А. М., Багель Г.Е., Смычек В.Б. Физиотерапия в неврологии. – М.: Мед. лит., 2008. – 296 с.
17. Заболевания центральной нервной системы. Стандарты оказания медицинской помощи. Типовые клинико-фармакологические статьи. – М., 2009. – 288 с.
18. Залтор К., Хэннэл С., Кресс Б. Лучевая диагностика. Головной мозг; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 319 с.
19. Заринш К.К., Гевертс Б.Л. Атлас сосудистой хирургии / Под ред. А.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 290 с.
20. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. Руководство для врачей / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 281 с.
21. Кассар-Пулличино В. Н., Имхоф Х. Спинальная травма в свете диагно-стических изображений: пер. с англ. / Под ред. Ш.Ш. М.:Медпресс-информ, 2009. – 364 с.
22. Киссин М. Я., Клиническая эпилептология. Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с.
23. Комаров В.А. Эксклюзивный том практической нейрохирургии. Практич. пособие для молодых врачей. – Пенза. Изд-во Пенз. ун-та, 2005. – 548 с.
24. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология. – Т. 1. – Второе изд., перераб. доп. – М., 2008. – 454 с.
25. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология. – Т. 2. – Второе изд., перераб. доп. – М., 2009. – 462 с.
26. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология. – Т. 3. – Второе изд., перераб. доп. – М., 2009. – 462 с.
27. Крылов В.В., Буров С.А., Галанкина И.Е. и др. Пункционная аспирация и локальный фибринолиз в хирургии внутречерепных кровоизлияний. – М.: Авторская акад., 2009. – 160 с.
28. Крылов В.В., Петриков С.С., Белкин А.А. Лекции по нейрореанимации. – М.: Медицина, 2009. – 192 с.
29. Левин О. С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии М.: МЕДпресс, 2009. – 352 с.
30. Лечебная электрическая стимуляция мозга и нервов человека / Под ред. Н.П. Бехтеревой. – М.: АСТ, СПб.: Сова, Владимир: ВКТ, 2008. – 461 с.
31. Лихтерман Л. Образы нейрохирургии и неврологии. – М., 2010. – 450 с.
32. Медведев С.В., Скворцова Т.Ю., Красикова Р.Н. ПЭТ в России: Позитронно-эмиссионная томография в клинике и физиологии. – СПб., 2008. – 318 с.

33. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия. Учебник для вузов. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 479 с.
34. Нейровизуализация. Иллюстрированное пособие / Под ред. К. Форбс, М.Х. Лев, С. Шетти, Дж. Хейзерман; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 223 с.
35. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 624 с.
36. Одинак М. М., Клиническая диагностика в неврологии. руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 528 с.
37. Одинак М.М., Живолупов С.А. Заболевания и травмы периферической нервной системы (обобщение клинического и экспериментального опыта): Рук-во для врачей. – СПб.: Спецлит. – 2009. – 367 с.
38. Оружейно-взрывные ранения нервной системы / Под ред. В.И. Цимбалюка, В.В. Могилы. – Симферополь, 2008. – 274 с.
39. Педаченко Е.Г., Белошицкий В.В. Киевская нейрохирургия в довоенные годы. – Киев, 2009. – 79 с.
40. Педаченко Е.Г. и др. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи: Учебно-методич. Пособие. – Киев, 2009. – 216 с.
41. Педаченко Е.Г., Шлапак И.П., Гук А.П., Пилипенко М.Н. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи: Учебно-методич. пособие. – Киев, 2009. – 216 с.
42. Петрухина А.С. Детская неврология: учебник: в 2 т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –Т. 2. – 555 с.
43. Пропедевтика нервных болезней. Ситуационные задачи и тесты / Под ред. Н.Н. Яхно, В.А. Парфенова. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 172 с.
44. Профессор М.П. Никитин и наше время (130 лет со дня рождения) / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб.: Политехника, 2009. – 713 с.
45. Рассел С.М. Диагностика повреждений периферических нервов. Пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2009. – 251 с.
46. Рекомендательные протоколы интенсивной терапии у больных в критических состояниях. (Приняты на I и III съездах анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада России) / Под ред. А.Н. Кондратьева. – СПб., СПб МАПО, 2007. – 144 с.
47. Рекомендации по ведению. Пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой // J. of Neurotrauma. – 2007. – Т. 24. – Прилож. 1. – 106 с.
48. Руководство по детской неврологии / Под ред. В.И. Гузевой. – 3 изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 640 с.
49. Савченко Ю.Н., Савченко А.Ю. Эпилепсия. Нейрохирургическая коррекция в комплексном лечении заболеваний. – Омск, 2007. – 427 с.
50. Сакович В.П., Колотвинов В.С., Лебедева Е.Р. Новые аспекты этиологии и открытой хирургии интракраниальных аневризм. – Екатеринбург, 2007. – 220 с.
51. Суслина З.А., Кистенев Б.А., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нейро-саркоидоз. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 207 с.
52. Суслина З.А., Танащян М.М., Домашенко М.А. Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины – 2 – е изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 224 с.
53. Трошин В.Д. Неотложная неврология: Руководство для врачей и студентов медицинских вузов. – 2 – е изд., испр. и перераб. – М.: ООО Мед. информ. агентство, 2006. – 592 с.
54. Труфанов Г.Е. МРТ- и КТ- анатомия головного мозга и позвоночника. Атлас изображений. – 2-е изд. – СПб.: Элби-СПб, 2009. – 188 с.
55. Хачатрян В.А., Орлов К.Ю., Осипов И.Б., Еликбаев Г.М. Спинальные дизрафии. Нейрохирургические и нейроурологические аспекты. – СПб.: Десятка, 2009. – 304 с.
56. Цементис С.А. Дифференцированная диагностика в неврологии и нейрохирургии; пер. с англ. / Под ред. Е.И. Гусевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 378 с.
57. Чудиновских А.Г., Одинак М.М., Шамрей В.К. Очерки истории кафедр психиатрии и

- нервных болезней военно-медицинской (медико-хирургической академии). – СПб.: ВМА, 2009. – 290 с.
58. Шевцов В.И. Профессор Сергей Петрович Федоров. – СПб. Изд-во ВМА, 2009. – 109 с.
59. Шишков И.З. История и философия науки: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 768 с.
60. Шустин В.А., Парфенов В.Е., Топтыгин С.В., Труфанов Г.Е., Щербук Ю.А. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. – СПб.: Фолиант, 2006 – 168 с.
61. Ючино К., Пари Дж., Гретта Дж Острый инсульт. Руководство. Пер. с англ. К.В. Шеховцовой; под ред. В.И. Скворцовой. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240 с.

в том числе на английском языке:

1. Atlas of Anatomy. Head and Neuroanatomy / L.M. Ross, E.D. Lamperti, Ethan Taub. Authors: M. Schulte, U. Sehumacher. – Stuttgart. – New-York: Thieme, 2010. – 412 p.
2. Atlas of Neurosurgical Technigues. Brain / L.N.Sekhar, R.G. Fessler. – New-York, Stuttgart, Thieme, 2006. – 1074 p.
3. Bernstein M., Berger M.S. Neuro-oncology. The Essentials. - New York: Thieme Medical Publishers, 2008. – 477 p.
4. Baltuch G.H., Villemure Y.G. Operative Technigues in Epilepsy Surgery. - New-York, Stuttgart: Thieme, 2009. - 206 p.
5. Bendok B.R., Naidech A.M. et al Hemorrhagic and Ischemic Stroke. Medical, Imaging, and Interventional Approaches. – New-York, Stuttgart: Thieme. – 2012. – 557 p.
6. Berenstein A., Lasjaunias P., K.G. ter Brugge Surgical Neuroangiography Vol. 2.1 Clinical and Endovascular Treatment Aspects in Adults. Cerebral Iscnemia. Vascular Tumors of the Head and Neck. Traumatic Arteriovenous Fistulac. Aneurysms. – Springer. – 2004. – 564 p.
7. Berenstein A., Lasjaunias P., K.G. ter Brugge Surgical Neuroangiography Vol. 2.2 Clinical and Endovascular Treatment Aspects in Adults. Cerebral Arteriovenous Shunts. Spinal Arteriovenous Shunts. Spinal Vascular Tumors. Technical Aspects of Endovascular Neurosurgery. – Springer. – 2004. – 1269 p.
8. Bradac G.B. Cerebral Angiography. Normal Anatomy and Vascular Pathology. – Springer. – 2011. – 314 p.
9. Brain and Spinal Cavernomas – Helsinki Experience. Helsinki, 2010.
10. Dickman C.A., Fehlings M.G., Gokaslan Z.L. Spinal Cord and Spinal Column Tumors. Principles and Practice. - New York: Thieme Medical Publishers, 2006. – 694 p.
11. Fessler R, Sekhar L.N. Atlas of Neurosurgical Techniques: Spine and Peri-pheral Nerves. - New York: Thieme Medical Publishers, 2006. – 1027 p.
12. Forsting M., Wanke I. Intracranial Vascular Malformations and Aneurysms. From Diagnostic Work-Up to Endovascular Therapy. – Springer-Verlag, 2008. – 297 p.
13. Fosset D.T., Caputy A.Y. Operative Neurosurgical Anatomy. - New-York, Stuttgart: Thieme, 2009. - 209 p.
14. Handbook of Neuroendovascular Surgery / E.M. Deshaies, C.S. Eddelman, A.S. Boulos. – New-York, Stuttgart: Thieme, 2012. – 484 p.
15. Kim D.H., Kim Y.C., Kim K.H. Minimally Invasive Percutaneous Spinal Technigues. – Elsevier, 2011. – 486 p.
81. Lasjaunias P., Berenstein A., K.G. ter Brugge Surgical Neuroangiography. Vol. 1 Clinical Vascular Anatomy and Variations. – Springer. – 2001. - 773 p.
16. Laws E.R., Lanzino G. Transsphenoidal Surgery. Elsevier, 2010. – 308 p.
17. Laws E.R., Sheehan Y.P. Sellar and Parasellar Tumors. Diagnosis, Treatments and Outcomes. – New-York, Stuttgart: Thieme. – 2012. – 253 p.
18. Lawton M.T. Seven Aneurysms, Tenets and Techniques for clipping. – New-York, Stuttgart: Thieme. – 2011. – 224 p.
19. Lawton M.T. Seven AVMs. Tenets and Techniques for Resection. New-York-Stuttgart: Tieme, 2014. – 334 p.

20. Lee J.H. Meningiomas: diagnosis, treatment and outcome. Springer, 2009. – 639 p.
21. Microsurgical Aneurism Model in Rats and Mice: Development and Endovascular Treatment and Optimization of Magnetic Resonance Imaging / Y. Marjamaa – Helsinki, 2009. – 465 p.
22. Microsurgery of Skull Base Paraganangliomac / M.Sanna, S-Ho Shin et al. – Stuttgart, New-York, Thieme, 2013. – 702 p.
23. M.S. Greenberg Hardbook of Neurosurgery. Thieme Medical Publishers. - New-York. – 2010. – 1338 p. – 348 p.
24. Moore A. J., Newell D. W. Tumor Neurosurgery. Principles and Practice – Springer – Verlag, London., 2006. – 350 p.
25. Neurosurgical Intensive Care. – 2008. – 524 p.
26. Neurosurgical Operative Atlas. Pediatric Neurosurgery. American Association of Neurological Surgery: Thieme, 2008. – 330 p.
27. Nervensystem. Neuroanatomie und Psysiologie. Konzept und Illustrationen F.N. Netter. 1987. - 210 p.
28. Neurosurgical Operative Atlas. Functional Neurosurgery / P.A. Starr, N.M. Barbaro, P.S. Larson. – New-York, Stuttgart: Thieme. Am. Association of Neurosurgeons. – 2009. – 284 p.
29. Neurosurgical Operative Atlas. Vascular Neurosurgery / R.L. Macdonald. – New-York, Stuttgart: Thieme. Am. Association of Neurosurgeons. – 2009. – 280 p.
30. Pediatric Epilepsy Surgery. Preoperative Asstsment. - New-York, 2010.
31. Photo Atlas of Skull Base Dissection. Technigues and Operative Approaches / M. Wanibuchi, Alan H. Friedman, Takanori Furushima. - New-York, Stuttgart: Thieme, 2009. - 434 p.
32. Principles and Practice of Pediatric Neurosurgery. Second Edition / A.L. Albright, I.F. Pollack, P. David Adelson. - New-York, Stuttgart: Thieme, 2008. - 1286 p.
33. Principles of Posterior Fossa Surgery/ A Nanda. – New-York, Stuttgart, Thieme. – 2012. – 252 p.
34. Pocket Atlas of Spine Surgery / K. Singh, A.R. Vascaro. – New-York, Stuttgart: Thieme, 2012. – 139 p.
35. Quresh A.I., Georgiadis A.L. Texbook of Intervenntional Neurology. – Cambridge University Press, 2011. – 496 p.
36. Saccular Middle Cerebral Artery Aneurysms: State of the Art Classification and Microsurgery / Ahmed Elsharkawy. – Helsinki, 2014.
37. Saleem I. Abdulrauf Cerebral Revascularization. Techniques in Extracranial-to-Intracranial Bypass Surgery – Philadelphia: Elsevier. – 2011. – 378 p.
38. Schmidec Sweet Operative Neurosurgical Technigues. Indications, Methods and Results / A.Quinones – Hinojosa. – Vol. 1 Vol. 2 – 2012. Elsilvier. Vol. 1 - 1247 p, Vol. 2 – 1115 p.
39. Schwartz T.H., Anand V.K. Endoscopic Pituitary Surgery. Endocrine, Neuroophalmologic and Surgical Management. – New York. Stuttg. Thieme, 2012. – 358 p.
40. Sobotta. Атлас анатомии человека. В 2-х томах / Под ред. Р. Путца и Р. Пабста. Т. 1 Голова, Шея, Верхняя конечность. – М., 2010. – 718 с.
41. Surgery of Cranial Base Tumors / Ed. L.N. Sekar, I.P. Yaneska. - New-York. – Raven Press. – 1993. – 870 p.
42. The textbook of Spinal Surgery. – Vol 1, Vol 2 / K.H. Bridwell, R.L. DeWald. – Philadelphia, Baltimore. – Wolters Kluwer. – 2011. – Vol. 1. -126 p., Vol. 2 – 126 p.
43. Transnasal Endoscopic Skull Base and Brain Surgery. Tips and Pearls / A.C. Stamm Foreword by A.L. Rhoton. – New-York, Stuttgart: Thieme, 2011. – 428 p.
44. Technigues in Epilepsy Surgery / A. Olivier, W.W. Boling, T. Tanrivetdi. – Cambridge. – Univer. Press, 2012. – 287 p.