

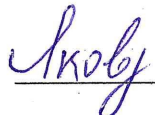
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель

 образовательной программы
к.м.н., доц. Яковленко Ю.Г./
«17» июня 2025 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

Специальность

31.08.56 Нейрохирургия

Направленность (профиль) программы Нейрохирургия

Блок 3

Базовая часть (Б3.Б.01)

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

Ростов-на-Дону

2025 г.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

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

2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;

- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-): УК-1, УК-2, УК-3.

Профессиональные компетенции (ПК-):ПК-1, ПК2, ПК-3, ПК-4, ПК5, ПК6, ПК-7, ПК8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-нейрохирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.56 Нейрохирургия проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий

получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.56 Нейрохирургия.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата^{*}).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.56 Нейрохирургия путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется
---------------	---------------------------------	---

^{*} Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

		вопросом
	<p>1. Больной 55, поступил по СМП. При поступлении жалоб не предъявляет в связи с афатическими расстройствами. Соматический. АД 180/100 мм рт ст. В неврологическом статусе: сознание оглушение I-II, по шкале ком Глазго 11-13 баллов. Голова пациента повернута вправо. Парез взора влево. Общемозговой синдром (головная боль, рвота, тошнота). Правая нога ротированна кнаружи, голова Правосторонний гемипарез. Положительный симптом Бабинского положительный с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.</p>	ПК5, ПК6

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Клиническая картина поражения теменной доли.
2. Нейропатия тройничного нерва. Клиническая картина. Этиология.
3. Центральный парез. Клинические особенности. Дифференциальная диагностика.
4. Опухоли мосто-мозжечкового угла. Дифференциальная диагностика.
5. Типы течения опухоли головного мозга.
6. Спинальный тип расстройства чувствительности. Клинические характеристики.
7. Топографическая анатомия височной доли. Клиническая картина поражения височной доли.
8. Особенности строения обонятельного анализатора.
9. Ретросигмовидный доступ. Этапы и техника выполнения.
10. Аденома гипофиза. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. диагностика и лечение.
11. Клиническая картина поражения ствола головного мозга на разных уровнях.
12. Дислокационный синдром. Определение. Типы дислокационного синдрома, причины возникновения, тактика лечения.
13. Современная классификация глиальных опухолей головного мозга согласно классификации WHO.
14. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.
15. Стеноз позвоночного канала поясничного отдела позвоночника. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Тактика лечения.
16. Внутречерпная гипотензия. Определение. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, тактика лечения.
17. Отек головного мозга. Виды отека головного мозга. Причины возникновения, тактика лечения.

- 18.Классификация опухолей спинного мозга.
- 19.Субфронтальный доступ. Этапы и техника выполнения. Применение данного доступа.
- 20.Лицевой гемиспазм. Клиническая картина, дифференциальная диагностика и тактика лечения.
- 21.Топографическая анатомия передней черепной ямки.
- 22.Внутримозговые гематомы. Клиническая картина, диагностика и лечение.
- 23.Невралгия тройничного нерва. Современный взгляд лечения.
- 24.Нейрофиброматоз II типа. Определение. Дифференциальная диагностика.
- 25.Синдром конского хвоста. Клиническая картина и тактика лечения.
- 26.Инфекционные осложнение вентрикуло-перитонеального шунтирования. Причины возникновения. Клиническая картина и тактика введения.
- 27.Клиническая картина опухоли задней черепной ямки.
- 28.Ушиб головного мозга. Клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
- 29.Сирингомиелия. Клиническая картина, дифференциальная диагностика и тактика лечения.
- 30.Возможные хирургические доступы применяемые при лечении опухолей задней черепной ямки.
- 31.Перелом шейного отдела позвоночника. Клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
- 32.Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. Показание и противопоказание.
- 33.Транспедикулярная фиксация грудного отдела позвоночника. Показания и техника выполнения.
- 34.Осложнение микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.
- 35.Грыжа шейного отдела позвоночника. Клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
- 36.Микрохирургическая анатомия кавернозного синуса.
- 37.Клиническая картина парасагиттальных менингиом, диагностика и тактика лечения.
- 38.Аневризмы сосудов головного мозга, клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
- 39.Гиподренажное состояние. Определение, клиническая картина и тактика лечения.
- 40.Сотрясение головного мозга. Клиническая картина, дифференциальная диагностика и тактика лечения.
- 41.Нормотензивная гидроцефалия. Клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
- 42.Ликворея. Определение, клиническая картина, диагностика и тактика лечения.

43. Метастатические опухоли головного мозга. Клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
44. Субтемпоральный доступ. Этапы и техника выполнения. Область применения.
45. Абсцесс головного мозга. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, диагностика и тактика лечения.
46. Современный взгляд на хирургическое лечение грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника.
47. Субарахноидальное кровоизлияние. Клиническая картина, дифференциальная диагностика и тактика лечения.
48. Гистологическая структура опухоли стволовой и парастволовой локализация.
49. Перелом основания черепа, клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
50. Субарахноидальное кровоизлияние, определение, дифференциальная диагностика. Шкалы оценки САК.
51. Ушиб головного мозга. Определение степени тяжести ушиба головного мозга.
52. Злокачественный ишемический инсульт, определение. Техника выполнения декмпрессионной гемикраниэктомии.
53. Хирургическая анатомия средней мозговой артерии.
54. Хроническая субдуральная гематома. Клиническая картина. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
55. Парацентральная доля. Определение, топографическая анатомия. Семиотика поражения.
56. Синдром Бурденко-Крамера. Определение. Клиническая картина.
57. Опухоль IV желудочка, клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
58. Топическая диагностика поражения зрительного анализатора.
59. Менингиома крыла основной кости. Клиническая картина, диагностика и тактика лечения.
60. Дифференциальная диагностика опухоли полушария головного мозга.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Пациентка У., 62 лет предъявляет жалобы на постоянную головную боль преимущественно в теменной области слева в течение 2х лет, периодически возникающие ощущения «ползания мурашек» в правой руке, частотой 2 раза в месяц, длительностью до 2 минут. Объективно: в неврологическом статусе- ЧМН - без патологии, мышечная сила в верхних нижних конечностях - 5 баллов. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей D>S, с нижних конечностей D=S. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения

2. Пациентка Н., 50 лет, предъявляет жалобы на приступообразную боль стреляющего характера, в левой половине лица в течение пяти лет. Из анамнеза известно, что пациентка принимает карбамазепин 200мг 3 раза в день, с временным положительным эффектом. Объективно: гипестезия в зоне иннервации II, III ветви тройничного нерва, прозопарез слева по шкале Хауса-Бракмана 1 балл. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей $D \geq S$, патологических стопных и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз, тактику обследования.
3. Больная З., 46 лет, на фоне полного здоровья, постепенно в течение двух лет, стала замечать слабость в дистальных отделах левой ноги. Из анамнеза заболевания известно, что периодически беспокоит боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Неоднократно принимала курсы лечения по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника без значимого эффекта. В течение последнего месяца пациентка обращает внимание на нарастание степени слабости левой ноги. По месту жительства выполнена МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника без значимых изменений. При поступлении в неврологическом статусе: ЧМН – без патологии, проба Барре положительная слева, мышечная сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях – справа 5 баллов, слева – 4 балла; сухожильные рефлексы с нижних и верхних конечностей $S > D$; положительный симптом Бабинского слева. Сформулируйте предварительный диагноз, тактику обследования.
4. Пациент К., 50 лет, предъявляет жалобы на ощущение шума в правом ухе в течение одного года. Неоднократно получал лечение по поводу остеохондроза шейного отдела позвоночника без значимого эффекта. При поступлении: язык по средней линии, расстройства чувствительности на лице не выявлено, мимическая реакция симметричная, утрата вкусовой чувствительности на передние 2/3 языка справа. Сухожильные рефлексы $D = S$. Мышечная сила 5 баллов. Патологических и менингеальных знаков не обнаружено. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
5. Пациентка Ж., 55 лет предъявляет жалобы на остро возникшую головную боль, диффузного характера, сопровождающуюся тошнотой и однократной рвотой. Пациентка доставлена по скорой медицинской помощи в стационар через 3 дня после возникшего приступа головной боли. Объективно: Парез мимической мускулатуры справа по центральному типу, девиация языка вправо, астереогноз правой руки. Правосторонний гемипарез. Мышечная сила – 4 балла. Положительный симптом Бабинского справа. Сформулируйте предварительный диагноз. Топический диагноз. План обследования.
6. Пациентка Н., 25 лет, предъявляет жалобы на ощущение слабости в нижних конечностях и нарушения мочеиспускания. Из анамнеза

известно, что в течение года присутствовало ощущение слабости правой ноги, на которое не обратила внимание. Пациентка отмечает присоединение слабости в левой ноге, стала замечать появление шаткости при ходьбе, затруднение передвижения в темноте. Объективно: ЧН – без патологии, мышечная сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях – 4 балла, сухожильные рефлексы с верхних конечностей D=S, с нижних конечностей - D>S. Расстройство чувствительности по проводниковому типу с уровня Th7. Положительный симптом Бабинского с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз, план обследования.

7. Пациентка, 42 года, предъявляет жалобы на периодическое ощущение неприятного запаха с частотой до двух раз в неделю. Из анамнеза известно, что пациентка два года назад попала в ДТП. Объективно: ЧН – без патологии, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей D=S, мышечная сила не изменена, патологических стопных рефлексов и менингеальных знаков не выявлено. Сформулируйте предварительный диагноз, топический диагноз, план обследования.
8. Пациент Р, 60 лет, со слов жены в течение полугода отмечается нарушение походки. Из анамнеза известно, что присутствовали эпизоды неадекватного поведения («плоские шутки», дурашливость). Объективно: двухсторонняя аносмия, снижение остроты зрения на оба глаза; тетрапарез, мышечная сила в верхних и нижних конечностях – 4 балла, патологический симптом Бабинского положительный с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз, топический диагноз. Тактика ведения, план обследования
9. Пациентка В., 48 лет, прооперирована по поводу менингиомы задней поверхности височной кости справа, на 7 сутки после операции предъявляла жалобы на периодические выделения прозрачной жидкости из правой половины носа при наклоне головы. Ваше мнение о возникшем осложнении. Причина возникновения. Тактика ведения.
10. Пациентка Д., 25 лет, предъявляет жалобы на головную боль преимущественно в лобной области, нарушение менструального цикла в течение двух лет. Периодически лечилась у гинеколога по месту жительства. В течение полугода отмечает снижение остроты зрения. Около недели возник острый приступ головной боли с тошнотой и рвотой, после которого имело место повышение температуры тела. Пациентка госпитализирована в инфекционное отделение. Объективно: ригидность задних шейных мышц, симптом Кернига и Брудзинского отрицательные. Пациентке выполнена люмбальная пункция, анализ ликвора: цвет прозрачный, ксантохромный, белок – 0.7 г/л, лимфоциты – 5×10^6 . Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.
11. Пациентка, А., 32 лет, предъявляет жалобы на прогрессирующую слабость в правых конечностях. При поступлении объективно: ЧН –

сходящееся косоглазие слева, прозопарез слева. по Шкале Хауса-Бракмана 3 балла. Сухожильные рефлексы D>S, , мышечная сила в правых конечностях 4 балла, положительный симптом Бабинского справа, в позе Ромберга неустойчива. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования, тактика ведения.

12. У пациентки Н., 42 года, прооперирована по поводу глиальной опухоли левой височной доли. В послеоперационном периоде пациентка была переведена в реанимационное отделение, экстубирована, жалоб не предъявляла. При повторном осмотре через 30 минут отмечено резкое ухудшение уровня сознания, анизокория. Зрачки D>S. Пациентка команды не выполняет. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациентки.
13. Пациентка Н., 35 лет, прооперирована по поводу удаления глиальной опухоли лобной доли премоторной зоны справа. Во время операции, после удаления опухоли, ложе заполнилось расправившейся отечной мозговой тканью. ТМО ушита наглухо, костный лоскут уложен на место и зафиксирован. Пациентка после операции переведена в реанимационное отделение. При осмотре дежурным врачом: уровень сознания – оглушение II, зрачки D>S, нарастание степени гемипареза до плегии, положительный симптом Бабинского справа. Ваше мнение о происходящем процессе, тактика ведения пациента.
14. Пациентка К., 45 лет, предъявляет жалобы на слабость левой ноги. Из анамнеза известно, что беспокоит боль постоянного характера по передней поверхности левого бедра. Неоднократно лечилась по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника без значимого положительного эффекта. В течение последних трех месяцев присоединилась слабость левой ноги. Объективно: гипестезия в зоне иннервации L4 дерматоме слева. Отрицательные симптомы натяжения. Сухожильные рефлексы с верхних D=S, с нижних конечностей коленные рефлексы D>S, ахиллов рефлекс D=S. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.
15. Пациент предъявляет жалобы на нарушение походки, не может ходить на расстояние более 100 метров. Из анамнеза известно, что боль в поясничном отделе позвоночника беспокоит в течение 10 лет. Пациент работает водителем. В неврологическом статусе: сознание ясное. Симптом Ласега отрицательный с двух сторон. Нижний парапарез. По данным МРТ признаков грыжи диска не выявлено. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, план обследования, тактику ведения.
16. Пациент прооперирован по поводу невралгии правого тройничного нерва. Несмотря на полный регресс болевого синдрома в правой половине лица, у пациента в течение недели были жалобы на головные боли ортостатического характера, тошноту, рвоту, головокружение,

- отсутствие аппетита и настроения. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.
17. Пациенту выполнена операция по поводу глиальной опухоли правой теменной доли. В послеоперационном периоде, через 3 дня, у пациента, была зарегистрирована постепенная отрицательная динамика в виде нарастания интенсивности головной боли диффузного характера, тошноты и рвоты и присоединения левостороннего гемипареза. По данным МСКТ головного мозга выполненной в первые сутки после операции признаков кровоизлияния в ложе удаленной опухоли не выявлено. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.
18. Пациентка прооперирована по поводу экстрамедуллярной опухоли (менингиома) на уровне Th4. В послеоперационном периоде пациентка предъявила жалобы на головные боли диффузного, сжимающего характера, имеющие ортостатический характер, тошноту и рвоту. Из выраженности головной боли не смогла ходить, предпочитала лежать в постели. В неврологическом статусе. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Ваше мнение о происходящем процессе, ваша тактика ведения пациента.
19. Пациенту выполнено удаление менингиомы бугорка турецкого седла из субфронтального доступа справа. В послеоперационном периоде появилась ортостатическая головная боль и прозрачное отделяемое из правой половины носа. Ваше мнение о происходящем процессе, причина. Ваша тактика ведения пациента.
20. Пациентка прооперирована по поводу лицевого гемиспазма. В послеоперационном периоде в течение недели отмечались жалобы на головные боли ортостатического характера, тошноту, рвоту, головокружение, отсутствие аппетита и настроения. Ваше мнение о происходящем процессе, Ваша тактика ведения.
21. У пациента 45 лет, в течение года сохраняются жалобы на головную боль. В неврологическом статусе: общемозговой синдром, anosmia справа, мышечная сила в верхних и нижних конечностях 5 баллов. По данным глазного дна – признаки атрофии диска зрительного нерва справа. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
22. Пациентка К. 25 лет. Попала в ДТП. Была доставлена бригадой СМП в стационар. При осмотре выявлен перелом правой плечевой кости. В неврологическом статусе сознание ясное, ЧМН без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и с ног D>S. Симптом Бабинского отрицательный с двух сторон. Пациент осмотрен неврологом и нейрохирургом. Диагноз сформулирован как сотрясение головного мозга. Пациентка была направлена в травматологическое отделение для выполнения операции по поводу перелома правого плеча. На 7 сутки после операции внезапно упала в связи с нарушением сознания. При

- осмотре уровень сознания сопор. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
23. Пациенту страдающему невралгией тройничного нерва, около полугода назад выполнена алкоголизация нижнечелюстного и верхнечелюстного нервов справа. При поступлении предъявляет жалобы на острые стреляющие боли в правой половине лица на фоне постоянного ощущения боли жгучего, пекущего характера, "ощущение кипятка" в правой половине лица. Сформулируйте предварительный диагноз. Причина возникновения такого состояния. План обследования. Тактика лечения.
24. Пациентка Л. 25 лет предъявляет жалобы на шум и снижение слуха на оба уха. В неврологическом статусе: сознание ясное. зрачки D=S, глазодвижение в полном объеме. Прозопарез с двух сторон, по шкале Хауса-Бракамна 2 балла с двух сторон. Гипоакузия с двух сторон. Сухожильные рефлексы с рук и с ног D>S. Положительный симптом Бабинского с двух сторон. На коже имеются кофейные пятна. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
25. Пациентке 25 лет. Во время выполнения физической нагрузки упала на пол из-за внезапно возникшей слабости в ногах. При поступлении в неврологическом статусе: нижний паразетез. Мышечная сила в нижних конечностях 3 балла. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие еще возможные симптомы у пациентки. План обследования. Тактика лечения.
26. Пациенту М. 65 лет. Установлен вентрикулоперитонийный шунт по поводу нормотензивной гидроцефалии. В послеоперационном периоде на 7 сутки после операции у пациента возник резкий подъем температуры до 38,0С°. температура в течение 5 дней сохранилась на уровне 38,0 – 38,2С°. При осмотре пациента выявлено гиперемия в области вентрикулярного конца шунта. В ОАК. Умеренный лейкоцитоз. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
27. У пациента 50 лет, после выполнения операции по поводу удаления менингиомы задней поверхности пирамиды справа, из ретросигмовидного доступа. У пациента на первые сутки после операции развилось нарушение сознания до сопора и нестабильность гемодинамики. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
28. Пациент А. 27 лет. Попал в ДТП. При поступлении уровень сознания сопор – оглушение II. По данным МСКТ головного мозга у пациента выявлен ушиб тяжелой степени лобной доли с двух сторон. Отек головного мозга. Дислокационный синдром. Тактика лечения.
29. Пациентка А. 55 лет, предъявляет жалобы на нарушение чувствительности в области груди справа. В неврологическом статусе: сознание ясное. нарушение чувствительности по сегментарному типу

- справа с уровня C7 до Th7. Мышечная сила в верхних и нижних конечностях 5 баллов. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
30. Пациентке Д. выполнена операция по поводу удаления большой опухоли правого полушария мозжечка. Операция выполнена из ретросигмовидного доступа справа. Первые и вторые сутки после операции протекали без особенностей. Пациентка в ясном сознании. На третьи сутки после операции наступило ухудшение состояния пациентки с угнетением уровня сознания до сопора, нарушение дыхания и нестабильность гемодинамики. Сформулируйте предварительный диагноз. Какая тактика смогла бы предотвратить развития такого осложнения. Тактика лечения.
31. У пациента после ныряния возникла слабость в верхних и нижних конечностях. Был доставлен бригадой СМП в стационар. В неврологическом статусе: сознание ясное. ЧМН без патологии. Мышечная сила в верхних конечностях 4 балла в нижних 3 балла. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
32. Больной 67 лет, жалоб не предъявляет. Со слов родственников, у пациента отмечаются стреляющие боли в левой половине лица в течение 10 лет. Около полугода боли приобрели постоянный характер и стали нестерпимыми. Пациент принимает финлепсин по 200 мг 2 таб. 6 раз в день без эффекта. На начальных этапах заболевания принимал карбамазепин по 200 мг 1 таб. 3 раза в день с положительным эффектом. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
33. Пациентка предъявляет жалобы на боль в грудном отделе позвоночника. В неврологическом статусе. Мышечная сила в верхних и нижних конечностях 5 баллов. У пациентки по данным МРТ грудного отдела позвоночника выявлен спондилолистез Th10. I степень по Мейрденгу. Пациентке выполнена операция транспедикулярная фиксация Th10 позвонка. В послеоперационном периоде у пациентки развился нижний спастический парализ и нарушение функции тазовых органов. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Возможные причины возникновения данного осложнения. Тактика лечения.
34. Пациентке выполнена микроваскулярная декомпрессия правого корешка тройничного нерва. В послеоперационном периоде у пациентки было зарегистрировано нарушение сознания до оглушения. По данным контрольной МСКТ головного мозга признаков кровоизлияния в ложе операционной раны не было, есть признаки окклюзионной гидроцефалии. Возможная причина возникновения данного осложнения. Тактика лечения.
35. У пациентки 40 лет, жалобы на боли и онемение в правой руке в области дельтовидной мышцы справа. Боли беспокоить в течении месяца. В

- неврологическом статусе: гипестезия в зоне иннервации С5 дерматома справа. Мышечная сила в конечностях 5 баллов положительный симптом Бабинского справа. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
36. У пациентки жалобы на головную боль в области лба справа в течение полугода. В неврологическом статусе: экзофория справа. Офтальмопарез справа. Гипестезия в зоне иннервации первой ветви правого тройничного нерва. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
37. Пациентка Н. 50 лет, предъявляет жалобы на частые судороги в левой ноге. Частота до 2 раз в неделю. В неврологическом статусе. Сознание ясное. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. ЧМН без патологии. По данным МРТ головного мозга с контрастированием выявлено парасагиттальная менигиома на уровне средней трети фалькса справа размерами 1х1 см. Ваша тактика и ее обоснование.
38. Больной 45 лет, жалоб не предъявляет. Из за низкого уровня сознания. Со слов родственников. Пациент внезапно потерял сознания и упал. АД при этом 180//100 мм рт.ст. пациент доставлен бригадой СМП. По данным МСКТ головного мозга выявлено признаки диффузного САК с внутрижелудочковым кровоизлиянием. Полная тампонада правого бокового желудочка и III желудочка с его расширением. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Оценка по шкале Fisher, Hunt –Hess, Graeb. Тактика лечения.
39. У пациента К. 35 лет, после ДТП, был диагностирован перелом основания черепа, ушиб тяжелой степени. САК. Через полгода у пациента развилась резорбтивная гидроцефалия. Пациенту был установлен вентрикулоперитонийный шунт низкого давления. Через неделю, пациент доставлен в стационар бригадой скорой помощи в тяжёлом состоянии, уровень сознания сопор. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
40. Пациентка М. 45 лет, попала в ДТП. сознание не теряла. При поступлении в стационар. . кровоподтеки в правой теменной области. В неврологическом статусе: сознание ясное по шкале Ком Глазго 15 баллов. ЧМН без патологии. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Симптом Бабинского отрицательный с двух сторон. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
41. Больной 65 лет, жалоб не предъявляет. Со слов родственников у пациента в полгода отмечается прогрессирующее снижение памяти и внимания. В течение последнего месяца стали отмечать нарушение походки и недержание мочи. В неврологическом статусе. Сознание ясное. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. В позе Ромберга шаткость без сторонности. Выраженные когнитивные расстройства по шкале MSSE 12 баллов. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

42. Пациенту выполнена операция по поводу невралгии правого тройничного нерва. Через две недели после простудного заболевания у пациента появилось жидкое выделяемое из правой ноздри. Сформулируйте предварительный диагноз. Причина возникновения такого состояния. План обследования. Тактика лечения.
43. Больной 65 лет, поступил по СМП с подозрением на ОНМК. При поступлении жалоб не предъявляет в связи с низким уровнем сознания. Соматический статус: А 130/90 мм рт ст. температура 36,8С°. Из анамнеза известно, что пациент был прооперирован по поводу рака лёгкого около 5 лет назад. В неврологическом статусе: сознание оглушение I, по шкале ком Глазго 14 баллов. Общемозговой синдром (головная боль, рвота, тошнота). Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Правосторонний гемипарез. Положительный симптом Бабинского справа. По данным МСКТ головного мозга, выявлено выраженный отек правой лобной доли, дислокационный синдром. Выявлено объемное образование без четких границ. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
44. Пациенту выполнено микрохирургическое удаление петроклиивальнойменингмиоы размерами 1х2 см. из субтемпорального, транстенториального доступа справа. В послеоперационном периоде. Пациент предъявлял жалобы на двоение в глазах при спуск по лестнице. Определяйте возможную причину данного осложнения.
45. Больной 65 лет, поступил по СМП. С подозрением на ОНМК. При поступлении жалоб не предъявляет в связи с низким уровнем сознания. Соматический. Ад 140/90 мм рт ст. температура 37,1С°. В неврологическом статусе: сознание оглушение I, по шкале ком Глазго 14 баллов. Общемозговой синдром (головная боль, рвота, тошнота). Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Правосторонний гемипарез. Положительный симптом Бабинского справа. По данным МСКТ головного мозга, выявлено выраженный отек правой лобной доли, дислокационный синдром. Выявлено образование круглой формы с чёткими контурами. ОАК: лейкоцитоз с сдвигом лейкоцитарной формулы влево. СОЭ 30 мм / ч. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
46. Пациент И. 56 лет, прооперирован по поводу грыжи межпозвонкового диска на уровне L4-L5. У пациента до операции был острый болевой корешковый синдром L5 справа. Операция ламинэктомия L5 позвонка. Через года после операции пациент предъявлял жалобы на нестерпимые боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией болевого синдром в заднебоковой поверхности правой ноги (интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ 10 баллов. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника признаков рецидива грыжи диска на этом уровне не выявлено. Сформулируйте предварительный диагноз. Возможные причины. План обследования. Тактика лечения.

47. Больной 55 лет, поступил по СМП. При поступлении жалоб не предъявляет в связи с низким уровнем сознания. Соматический. АД 200/120 мм рт ст. В неврологическом статусе: уровень сознания- сопор, по шкале ком Глазго 10 баллов.. Общемозговой синдром (головная боль, рвота, тошнота). Зрачки D>S, фотореакция сохранена. Положительный симптом Бабинского положительный с двух сторон. Ригидность заднешейных мышц II пальца. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
48. У пациента жалобы на головокружение. Из анамнеза, известно, что головокружение беспокоит в течении 3 лет. В неврологическом статусе: сознание -ясное, зрачки D=S, фотореакция сохранена. Парез мимической мускулатуры слева по периферическому типу. Глоточные и небные рефлексы слева угнетены. По данным МРТ головного мозга с контрастированием выявлена опухоль средней ножки мозжечка слева. Какова предполагаемая гистологическая структура опухоли. Ваша тактика лечения. При выборе хирургической тактики, какие хирургические доступы можно принять. Этапы хирургического удаления опухоли. Возможные осложнения.
49. Больной Ж., 40 лет доставлен в клинику нейрохирургии спустя 3 часа после травмы (автомобильная авария). При поступлении: сознание угнетено до комы I, движения в конечностях сохранены, периодически возникает психомоторное возбуждение, речевому контакту недоступен. Объективно: массивное осаднение лица, «симптом очков», назогемаликворея. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
50. Больной З., 41 год, после стресса, на работе потерял сознание и упал. При поступлении: сознание угнетено до комы I, речевому контакту недоступен, периодически возникает психомоторное возбуждение. Неврологически: грубой очаговой симптоматики не выявлено, выраженный менингеальный синдром. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
51. Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
52. У пациента был диагностирован злокачественный ишемический инсульта в бассейне ЛСМА. Пациенту была выполнена декомпрессионная гемикраниэктомия размерами 6X7см. на 3 сутки у пациента был зарегистрирован летальный исход. Причины

возникновения данного состояния. Какие возможны ошибки были допущены во время оперативного вмешательства.

53. Больной 55, поступил по СМП. При поступлении жалоб не предъявляет в связи с афатическими расстройствами. Соматический. АД 180/100 мм рт.ст. В неврологическом статусе: сознание оглушение I-II, по шкале ком Глазго 11-13 баллов. Голова пациента повернута вправо. Парез взора влево. Общемозговой синдром (головная боль, рвота, тошнота). Правая нога ротирована наружу, Правосторонний гемипарез. Положительный симптом Бабинского положительный с двух сторон. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.
54. Пациенту 80 лет, дома при вставании с постели ударился головой. Сознание при этом не терял. Через три недели у пациента появились жалобы на головные боли распирающего характера, тошнота, рвота и слабость в левых конечностях. Сформулируйте предварительный диагноз, диагностика и тактика лечения.
55. Пациентка, Н., 37 лет, предъявляет жалобы на частые головные боли, частые эпизоды недержание мочи. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение пяти лет. Объективно: ЧН – без патологии, мышечная сила в верхних конечностях – 5 баллов, в нижних конечностях – 4 балла. Нижняя проба Барре положительная с двух сторон. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.
56. Пациентка Д., 45 лет, с жалобами на головную боль диффузного характера, тошноту, рвоту, головокружение, ощущение постоянной тупой боли в надбровной области справа, ощущение жжения и инородного тела в правом глазу. В неврологическом статусе: ЧН – глазодвижение в полном объеме, острота зрения в норме. Сухожильные рефлексы D=S, мышечная сила – 5 баллов. патологических стопных и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.
57. Пациент Г., 22 года, предъявляет жалобы на частую икоту, рвоту при повороте головы вправо. ЧН: глазодвижения в полном объеме, мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде вправо, мимическая реакция симметричная, легкая девиация языка вправо. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.
58. Больная З., 47 лет предъявляет жалобы на снижение зрения на оба глаза, сужение полей зрения, затруднение передвижения в темноте, частые падения. Объективно: в неврологическом статусе: ЧН – битемпоральная гемианопсия, снижение остроты зрения, различает пальцы с расстояния 0.5 метра. Мимическая реакция симметричная, язык по средней линии, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей S=D. Мышечная сила – 5 баллов, патологических стопных и менингеальных

знаков нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

59. Пациент Д, 62 года, предъявляет жалобы на снижение зрения на правый глаз, головную боль диффузного характера, сопровождающуюся тошнотой, редкой рвотой. Объективно: экзофтальм справа, офтальмопарез справа, обоняние в норме. Мимическая реакция симметричная, язык по средней линии, сухожильные рефлексы в верхних и нижних конечностях S>D. Мышечная сила – 5 баллов, патологических стопных и менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный диагноз, топический диагноз, план обследования.
60. Пациентка В, 55 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в стационар с жалобами на остро возникшую слабость правой руки, головную боль диффузного характера, сопровождающуюся тошнотой и рвотой. Из анамнеза известно, что три года назад выполнена операция тотальная мастэктомия по поводу рака молочной железы. Объективно: в неврологическом статусе гипертензионный синдром, головная боль диффузного характера, тошнота, рвота, заторможенность сознания, слабость правой руки и ноги. ЧН – без патологии, правосторонний гемипарез, мышечная сила – 3 бала в правых конечностях, положительный симптом Бабинского справа. Менингеальных знаков нет. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, топический диагноз, план обследования.

61. КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы
---------	-------------

	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Хирургическая анатомия внутренней сонной артерии?

В сонной артерии различают следующие сегменты согласно классификации Gibo 1981г. Шейный сегмент C1, каменистый сегмент C2, кавернозный сегмент C3, клиноидный сегмент C4, супраклиноидный сегмент C5.

C1. Сегмент начинается от места бифуркации общей сонной артерии на уровне C4 позвонка до входа в сонный канал каменистой части височной кости. C2. Залегае в сонном канале в нем различают два отдела вертикальный и горизонтальный, заканчивается у рваного отверстия. C2 имеет следующие ветви: сонно-барабанные артерии, крыловидная артерия. Далее сонная артерия проходит в полость черепа через рваное отверстие. C3 сегмент. находится в кавернозном синусе, имеет три отдела, передний вертикальный отдел, задний вертикальный отдел и горизонтальный отдел, между ними имеется переднее и заднее колено. Переднее колено обращено книзу и кпереди, заднее колено обращено кверху и кзади. От C3 сегмента отходят следующие ветви: задний менингогипофизарный ствол, латеральный менингогипофизарный ствол, капсулярная артерия. C4 сегмент находится на уровне медальной поверхности переднего наклоненного отростка. C5 сегмент начинается после входа в субдуральное пространство между зрительным нервом медиально и передним наклоненным отростком латерально и делится на две конечных ветви: передняя мозговая артерия и средняя мозговая артерия.

2. Пациент А. 41 год. Доставлен в стационар бригадой СМП. Жалобы при поступлении не предъявляет в связи с тяжестью состояния и низким уровнем сознания. Из анамнеза известно, что на фоне подъема цифр АД до 180/100 мм рт ст., возникла слабость в левых конечностях. В неврологическом статусе: уровень сознания сопор, по шкале ком Глазго 9-10 баллов, парез мимической мускулатуры слева по центральному типу, левосторонний гемипарез до плегии в дистальных отделах. По данным МСКТ головного мозга выявлено признаки диффузного САК с формированием гематомы в левой лобной доли объемом до 35 мл и внутрижелудочкового кровоизлияния в левом боковом желудочке с его расширением, в остальной желудочковой системе крови не было обнаружено. Ваше мнение о диагнозе, шкалы оценки тяжести состояния пациента. Ваша тактика. Какой прогноз у данного пациента.

Диагноз. САК в результате разрыва аневризмы более вероятно ВСА слева. С целью уточнения характера процесса, причины САК и локализацию аневризмы, показано МСКТ ангиография.

Оценка тяжесть состояния пациента по по шкале Fisher 4 балла, по шкале Hunt- Hess 4 балла, по шкале Graeb 3 балла.

Пациенту показано хирургическое лечение в экстренном порядке.
Клипирование аневризмы и удаление внутримозговой гематомы.

Прогноз неблагоприятный.