

**Диссертационный совет Д 14.22.649
при КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова и КГМА им. И.К. Ахунбаева**

**Протокол № 3 от 15.06.2023 года заседания
экзаменационной комиссии**

Состав комиссии:

д.м.н., профессор Дюшеев Б.Д. – экзаменационный эксперт;
член диссертационного совета; (14.01.18 - нейрохирургия);
д.м.н. Кадыров Р.М. - экзаменационный эксперт;
(14.01.18 - нейрохирургия);
к.м.н. Акматалиев А.А. - экзаменационный эксперт;
(14.01.18 - нейрохирургия);
к.м.н. Калчаев Б.Н. - ученый секретарь диссертационного совета; (14.01.15-
травматология и ортопедия);

Повестка заседания:

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.18-нейрохирургия от
Келиевой Лалиты Хамзатовны

Слушали: Келиеву Лалиту Хамзатовну

Билет № 14

Вопрос 1: Ликвородинамические пробы. Диагностическое значение.

Ответ: Ликвородинамические пробы применяются для выявления нарушения проходимости подпаутинного пространства.

Различают следующие пробы:

а) Проба Квекенштедта проводится следующим образом: 1 и 2 пальцами сдавливают шейные вены в течении 5-10 сек. в норме сдавление яремных вен повышает ВЧД; при блокаде ликворных путей давление в подпаутинном пространстве СМ ниже очага поражения не изменяется (полная блокада) или изменяется незначительно (частичная блокада), поэтому частота капель истекающей жидкости не увеличивается или почти не увеличивается.

б) Проба Стуккея: надавливание кулаком на брюшную стенку исследуемого в области пупка создает застой в системе нижней полой вены, куда оттекает кровь из грудного и пояснично-крестцового отделов спинного мозга, что ведет к повышению давления ликвора в подпаутинном пространстве; в норме прирост давления равномерно распределяется на все подпаутинное пространство, поэтому показания манометра и скорость истечения ликвора изменяются мало; при блокаде подпаутинного пространства измеряемое давление заметно повысится и ток истекаемой жидкости ускорится.

в) Проба Пуссепя: голову больного необходимо наклонить вперед, подбородок прижать к груди, при этом происходит частичное сдавление вен и в норме ликворное давление должно повыситься, при наличии блока в субарахноидальном пространстве ликворное давление не повышается.

Вопрос 2: Опухоли теменной доли мозга. Клиника, диагностика, лечение.

Ответ: Основные симптомы при опухоли мозга теменной доли можно разделить на симптомы выпадения и симптомы раздражения. К симптомом выпадения относятся: Астереогноз – невозможность узнавания предметов на ощупь. Анестезия болевой, термической, тактильной чувствительности нарушение мышечно-суставного чувства. Аутопогнозия невозможность восприятия схемы собственного тела (человек не знает, где расположены разные части его тела) Нарушения высших функций коры головного мозга возникает при поражении теменной доли на границе с затылочной и височной долями (страдают письмо, чтение, счет). Апраксия – невозможность осуществления целенаправленных движений при сохранности подвижности в целом, возникает при поражении доминантного полушария. Нарушение схемы тела при поражении недоминантного полушария - аутопогнозия невозможность восприятия схемы собственного тела (человек не знает, где расположены разные части его тела), псевдополиимелия – ощущение лишней конечности; анозогнозия неузнавание проявлений своего заболевания. Амнестическая афазия – человек не помнит названия предметов, хотя узнает их и понимает, для чего они предназначены (при локализации новообразования на границе с височной долей). При разрушении глубоких отделов теменной доли возникает нижнеквадрантная гемианопсия.

К симптомом раздражения относятся: сенсорные джексоновские приступы, соматосенсорная аура.

К стандартным методом диагностики опухолей головного мозга относятся МРТ и КТ головного мозга с применением контрастного вещества.

Лечение: хирургическое удаление опухоли в сочетании с химио-лучевой терапией в зависимости от чувствительности опухоли, стереотаксическая радиохирурия при размерах объемного образования до 3.5 см при злокачественной неоперабельной опухоли радиотерапия, химиотерапия.

Вопрос 3: Повреждение позвоночника и спинного мозга на шейном уровне. Клиника, диагностика, лечение.

Ответ: Различают травмы позвоночника с повреждением спинного мозга и без его повреждения.

Для травм позвоночника характерны:

-Повреждение связочного аппарата

-Перелом тел позвонков

-Перелом заднего полукольца позвонков (дужки, суставные, поперечные или остистые отростки)

-Множественные сочетанные повреждения

Все травматические поражения спинного мозга подразделяют на сотрясение спинного мозга, ушиб и сдавление спинного мозга.

Для сотрясения спинного мозга характерны функциональные обратимые нарушения.

Никаких органических повреждений после сотрясения спинного мозга не возникает, что подтверждается на (КТ, МРТ)

Ушиб спинного мозга - это более тяжёлое повреждение, характеризуется выраженными органическими изменениями в веществе спинного мозга:

- кровоизлияния,
- отёк,
- очаги размозжения.

Повреждения при ушибе спинного мозга могут быть первичными, возникающими в момент травмы, и вторичными, вследствие нарушения кровообращения в посттравматическом периоде.

Первичное повреждение мозга может также осложниться его сдавлением:

- ✓ гематомой
- ✓ отломками позвонков
- ✓ инородными телами и т. д.
- ✓ и присоединением инфекции, особенно когда травма позвоночника и спинного мозга носит открытый характер.

Клинические проявления при травмах шейного отдела позвоночника и спинного мозга зависят от уровня и характера повреждения. Характерны двигательные, чувствительные нарушения, расстройство функций тазовых органов.

Для травм шейного отдела позвоночника характерно разделение на травмы верхнешейного отдела позвоночника С1-С2:

1.Окципитоцервикальные повреждения.

а) переломы мыщелков затылочной кости (вколоченные оскольчатые переломы, линейные переломы, переломы с отрывом клиновидных связок).

б) атлантоокципитальные подвывихи.

2. Переломы С1.

3 Атлантоаксиальные подвывихи.

4. Перелом С2.

а) переломы зубовидного отростка

б) переломы кольца

И травмы С3-С7, которые по механизму повреждения делятся на:

1. компрессионные повреждения:

компрессионно – флексионные;

компрессионно – оскольчатые

2. Флексионно – дислокационные

3. Разгибательные повреждения.

Стандартными методами диагностики при травмах позвоночника и спинного мозга являются КТ и МРТ исследования, рентгенограмма.

Лечение. Лечебные мероприятия зависят от стабильности позвоночного столба.

Консервативное лечение включает: иммобилизация шейным жестким воротником, HALO аппарат, тракцию шейного отдела позвоночника,

медикаментозная терапия (метилпреднизолон, маннит, фуросемид и другие препараты).

Хирургическое лечение зависит от характера не стабильности позвоночного столба. Наиболее часто применяемые объемы хирургического вмешательства в современной нейрохирургии это транспедикулярная фиксация, спондилодез, передний корпородез,

Дополнительные вопросы:

Вопрос: На какие типы делятся переломы кольца С2?

Ответ: Переломы кольца С2 делятся на 3 типа:

Тип 1- все переломы без смещения или с передним смещением менее 3мм и без угловой деформации. Повреждение стабильно.

Тип 2- переломы с передним смещением более 3 мм и угловой деформацией, данные повреждения потенциально нестабильны.

Тип 3- переломы с выраженной угловой деформацией, передним смещением и двусторонним вывихом С2-С3, данное повреждение также нестабильно.

Постановили: считать, что Келиева Лалита Хамзатовна сдала кандидатский экзамен по специальности 14.01.18-нейрохирургия с оценкой «отлично».

д.м.н., профессор Дюшеев Б.Д. (14.01.18 – нейрохирургия),
экзаменационный эксперт; член диссертационного совета;

д.м.н. Кадыров Р.М. - 14.01.18 – нейрохирургия,
экзаменационный эксперт;

к.м.н. Акматалиев А. А. - 14.01.18 – нейрохирургия,
экзаменационный эксперт;

к.м.н. Калчаев Б.Н. - 14.01.15 - травматология и ортопедия
ученый секретарь диссертационного совета

15.06.2023 г.

