

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Неврология

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

по специальности

44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения)

Красноярск

2022

Составители: к.м.н. М.В.Аброськина, к.м.н. Т.В.Дядюк, С.Б.Исмаилова, А.Д.Карпенкова, к.м.н. В.С.Ондар, д.м.н., профессор С.В.Прокопенко, к.м.н. С.А.Субочева

Неврология : фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по специальности 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения). / сост. М.В.Аброськина, Т.В.Дядюк, С.Б.Исмаилова, А.Д.Карпенкова, В.С.Ондар, С.В.Прокопенко, С.А.Субочева. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022. – 28 с.

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса дисциплины ОПОП ВО. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2018 по специальности 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование, рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 7.5.03/1-21. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

Вопросы

Критерии оценки для оценочного средства: Вопросы

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы и проблемные ситуации; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой	Повышенный	5 - "отлично"
Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	Базовый	4 - "хорошо"
Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на дополнительные вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой - Оценка «2» (неудовлетворительно)	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. ВИДЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

1) Анестезия - полная утрата всех или отдельных видов чувствительности. Гипестезия - снижение чувствительности вследствие повышения порога восприятия. Гиперестезия - повышенное восприятие раздражения, возникающее в результате суммации раздражения и снижения порога его восприятия. Гиперпатия - особый вид гипостезии на тонкие и легкие раздражители, но с выраженным и специфическими симптомами раздражения при увеличении его интенсивности. Диссоциация - утрата одних видов чувствительности при сохранности других в той же области. Дизестезия - извращение восприятия раздражения: прикосновение воспринимается как боль, холод - как тепло. Синестезия - ощущение раздражения не только в месте его нанесения, но и в другой области. Полиестезия - при нанесении одного вида раздражения в этой области возникает представление о нескольких видах.

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

2. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ВИДЫ БОЛИ

1) местные, проекционные, иррадиирующие, отраженные, реактивные, фантомные, каузалгия, болевая анестезия

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

3. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАССТРОЙСТВ ДВИЖЕНИЙ

1) снижение объема активных движений и мышечной силы; изменение мышечного тонуса; атрофия или гипотрофия паретичных мышц; повышение или снижение физиологических рефлексов, замыкающихся на паретичных мышцах; наличие патологических рефлексов; наличие защитных рефлексов и патологических синкинезий

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

4. Клинические варианты псевдобульбарного синдрома по С. Лоев и соавт.

1) кортико-субкортикальная форма стриатная форма понтинная форма

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

5. Проявления поражение задней ножки внутренней капсулы?

1) нарушение всех видов чувствительности на противоположной очагу стороне, гемианопсия, сенситивная гемиатаксия

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

6. Что такое деменция?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

7. Какова структура двигательного анализатора?

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

8. Чем клинически отличается прогрессирующий надъядерный паралич и деменция с тельцами Леви?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

9. Какова структура двигательного анализатора?

1) Возбуждение, возникшее в рецепторах двигательного анализатора по центростремительным нервам через задние (чувствительные) корешки проводится в спинной мозг. По восходящим проводящим путям оно передается в кору головного мозга. Центральная часть двигательного анализатора — это чувствительно-двигательная зона коры головного мозга, а именно передняя центральная извилина.

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

10. Какие существуют, расстройства движений?

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

11. Какие существуют, расстройства движений?

1) 1) произвольные - простые автоматизированные движения, которые осуществляются за счет сегментарного аппарата спинного мозга, мозгового ствола по типу простого рефлекторного двигательного акта; 2) произвольные (целенаправленные) - возникающие как результат реализации программ, формирующихся в двигательных функциональных сегментах ЦНС

ОПК-1.2 , ОПК-1.3 , ОПК-1.1

12. Какой вид дизартрии характерен для церебеллярных дегенераций?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

13. Характеристика центрального паралича?

1) 1. Гипертония (спастичность, повышение контрактильного тонуса): в руках превалирует тонус сгибателей, в ногах - разгибателей (поза Вернике-Мана: "рука просит, а нога косит"), симптом "складного ножа" (при пассивном сгибании пораженной конечности врач сначала испытывает сопротивление разгибателей, которое при дальнейшем сгибании уменьшается), контрактуры 2. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены, а зона их вызывания расширена 3. Снижение или исчезновение кожных рефлексов 4. Появление патологических рефлексов (Бабинского, Россолимо) 5. Появление защитных рефлексов (Мари-Фуа-Бехтерева) 6. Сдружественные патологические движения (синкинезии)

ОПК-1.2 , ОПК-1.1

14. Характеристика центрального паралича?

ПК-2.3

15. Проявления поражение зрительного бугра?

1) нарушение всех видов чувствительности на противоположно очагу стороне, причем анестезия и сенситивная гемиатаксия сочетаются с явлениями гиперпатии, трофическими расстройствами, нарушением зрения

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

16. Когда возникает центральный паралич?

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

17. Какие рецепторы относятся к экстерорецепторам, проприо-, интерорецепторам?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

18. Что такое физиологические рефлексы, их классификация?

ПК-2.3

19. Какова структура двигательного анализатора?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

20. Как исследуется: поверхностная, глубокая, сложная чувствительность, симптомы натяжения: Ласега. Вассермана, Бехтерева, Нери, Дежерина?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

21. Какие существуют, расстройства движений?

ПК-2.3 , ОПК-1.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2

22. Характеристика центрального паралича?

ПК-2.3

1. ПЕРЕЧИСЛИТЬ ПРИЗНАКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРЕЗА

1) мышечная гипертония, гиперрефлексия глубоких рефлексов, арефлексия или гипорефлексия поверхностных (кожных) рефлексов, патологические рефлексы, защитные рефлексы, патологические синкинезии

ПК-2.3

2. НАЗВАТЬ ГРУППЫ ГИПЕРКИНЕЗОВ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ 1985 ГОДА

1) хорей, атетоз, баллизм, миоклонии, дистонии, тики, тремор, акатизия

ПК-2.3

3. ОПИШИТЕ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ МЕДИОБАЗАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

1) височные эпилептические припадки, транзиторная глобальная амнезия, синдром Клувера-Бьюси

ПК-2.3

4. Классификацию видов чувствительности

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

5. С чем связано развитие нарушений ходьбы при церебеллярных дегенерациях?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

6. Что характерно для нарушения ВКФ при ПНП?

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

Практические навыки

Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. Реализовать основы деонтологии в сборе анамнеза, жалоб, беседе и осмотре больного с неврологической патологией.

ПК-2.3 , ОПК-1.1

2. Владеть правилами врачебной этики, понятием «врачебная тайна»

ПК-2.3 , ОПК-1.1

3. Оказания неотложной помощи при ишемическом и геморрагическом инсульте

ПК-2.3 , ОПК-1.3

4. Реализовать основы деонтологии в сборе анамнеза, жалоб, беседе и осмотре больного с неврологической патологией.

ОПК-1.2

5. Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

6. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики

ПК-2.3 , ОПК-1.1

7. Провести профилактические мероприятия среди населения по предотвращению ОНМК

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

№ п/п	Практические умения/Навыки	Компетенции
1	Навыком оказания неотложной помощи при ишемическом и геморрагическом инсульте	ОПК-1.3
2	Навыком изложением самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.	ОПК-1.1
3	Владеть правилами врачебной этики, понятием «врачебная тайна»	ПК-2.3, ОПК-1.3
4	Реализовать основы деонтологии в сборе анамнеза, жалоб, беседе и осмотре больного с неврологической патологией	ОПК-1.2
5	Выявить нарушения ЧМН	ОПК-1.2, ОПК-1.3
6	Основными принципами и понятиями доказательной медицины	ПК-2.3, ОПК-1.3
7	Собирать, хранить, совершать поиск и переработку информации в медицинских системах	ОПК-1.1
8	Оказать первую помощь при неотложных состояниях больным неврологического профиля	ПК-2.3
9	Алгоритмом оказания первой доврачебной помощи при неотложных состояниях в неврологии	ПК-2.3, ОПК-1.3
10	Определением статуса пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести неврологический осмотр	ОПК-1.1, ОПК-1.2, ОПК-1.3
11	Навыком оформления медицинскую карты амбулаторного и стационарного больного	ПК-2.3
12	Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного	ОПК-1.2, ОПК-1.3
13	Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата	ПК-2.3, ОПК-1.1
14	Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики	ОПК-1.2, ОПК-1.3
15	Подобрать индивидуальный вид оказания помощи и сроки временной нетрудоспособности для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация	ПК-2.3, ОПК-1.1, ОПК-1.3
16	Провести профилактические мероприятия среди населения по предотвращению ОНМК	ОПК-1.1, ОПК-1.2
17	Навыками и необходимым объемом знаний для проведения профилактических мероприятий по предотвращению инсульта	ПК-2.3
18	Навыком оказания первой помощи при эпилептическом приступе	ПК-2.3, ОПК-1.3
19	Навыком оказания неотложной помощи при миастеническом кризе	ПК-2.3, ОПК-1.3

20	Навыком оказания неотложной помощи при холинэргическом кризе	ПК-2.3, ОПК-1.1
21	Навыком оказания неотложной помощи при болевом синдроме в позвоночнике	ПК-2.3, ОПК-1.2, ОПК-1.3

Ситуационные задачи

Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"
<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. Ситуационная задача №1: Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи - произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение. При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Язык в полости рта. Выражен хоботковый рефлекс.левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского.

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Установить предположительный клинический диагноз
- 4) Определить бассейн нарушенного кровоснабжения
- 5) Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза

Ответ 1: Синдромы очаговой симптоматики в виде: - центрального правостороннего гемипареза преимущественно в руке; - расстройства речи (элементы моторной афазии); - центрального пареза VII ЧМН справа.

Ответ 2: Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга

Ответ 3: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

Ответ 4: Бассейн левой средней мозговой артерии

Ответ 5: В первые часы - КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

2. Ситуационная задача №2: Больной Е., 36 лет. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц. В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длится 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа. Объективно: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 140°. На глазном дне - застойные диски зрительных нервов. ЭхоЭГ - смещение М-эха слева направо на 7мм. МРТ - слева в лобной доле определяется округлое образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающие передний рог левого бокового желудочка

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Дать оценку дополнительным методам обследования
- 4) Поставить предварительный клинический диагноз
- 5) Назначить лечение

Ответ 1: - общемозговой (головная боль, сопровождающаяся рвотой); - очаговый в виде приступов фокальной моторной Джексоновской эпилепсии в правой руке и вторично-генерализованных эпилептикоподобных приступов, а также правосторонней пирамидной недостаточности с центральным парезом VII и XII ЧМН.

Ответ 2: Поражена передняя центральная извилина в левом полушарии

Ответ 3: - изменения на глазном дне в виде застойных дисков зрительных нервов - признак повышения внутричерепного давления; - изменения на ЭхоЭГ в виде смещения срединного М-Эхо слева направо на 7мм (при норме не более 3мм) - признак объемного образования в левом полушарии; - изменения на МРТ ГМ свидетельствует о наличии объемного образования в левой

лобной доле.

Ответ 4: Опухоль левой лобной доли с симптоматической эпилепсией в виде фо-кальных Джексоновских и вторично-генерализованных эпилептических приступов

Ответ 5: Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении. Симптоматическая терапия: дегидратационная и противосудорожная

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

3. Ситуационная задача №3: Больной В., 37 лет, жалуется на стреляющие боли по задней поверхности правой ноги до пятки и V пальца, которые появились после подъема тяжести. Вначале боль была тупой, ноющей, но постепенно выросла до максимальной интенсивности. Боль усиливается при движении, натуживании, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании и ослабевает в покое, если больной лежит на здоровом боку, согнув больную ногу в коленном и тазобедренном суставе. Объективно: спина фиксирована в слегка согнутом положении. Выявляется сколиоз в здоровую сторону, усиливающийся при наклоне вперед. Наклон резко ограничен и осуществляется лишь за счёт тазобедренного сустава. Определяется напряжение паравертебральных мышц, болевая гипестезия по наружной поверхности стопы и подошвы. Ахиллов рефлекс отсутствует. Слабость при подошвенном сгибании большого пальца. Положительный симптом Ласега под углом 30-40°.

1) Выделить клинические синдромы

2) Поставить топический диагноз

3) Поставить клинический диагноз

4) Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза

5) Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики

Ответ 1: Корешковый синдром

Ответ 2: Поражен корешок S1

Ответ 3: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с компрессионным корешковым синдромом S1, латеральная грыжа диска L5-S1

Ответ 4: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника

Ответ 5: Лечение: постельный режим несколько дней, анальгетики, новокаиновые блокады и НПВП: кетонал - 100мг в/м 1-2 раза в день или диклофенак 3,0 в/м 1 раз в день (инъекции несколько дней, затем в таблетках); мидокалм 150 мг 3 раза в день, сосудистая терапия трентал 100-300мг в/в или регос 400мг 3 раза в день, физиолечение - диадинамические токи. Для профилактики обострений остеохондроза: избегать провоцирующих факторов (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждений) регулярно заниматься ЛФК

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

4. Ситуационная задача №4: Больную И., 82 лет беспокоит дрожание рук, умеренно затрудняющее самообслуживание и письмо, которое усиливается при движении и уменьшается в покое, а также дрожание головы по типу «нет-нет». Впервые отметила дрожание рук лет 12 назад на фоне стресса. Дрожание симметричное, медленно прогрессирует. У матери и бабушки больной был тремор подобного характера. В неврологическом статусе: зрачки D=S, легкая слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Мышечная сила и тонус в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие, без четкой разницы. Патологических рефлексов нет. Определяется постурально-кинестический, высокочастотный,

мелкоамплитудный тремор пальцев рук, умеренно затрудняющий самообслуживание. В позе Ромберга – легкая неустойчивость. Ходьба с элементами атаксии. Гипокинезии нет.

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Поставить клинический диагноз
- 4) Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз
- 5) Назначить лечение, указать препараты каких групп рационально использовать в терапии данного заболевания

Ответ 1: Синдром постурально-кинетического тремора

Ответ 2: Экстрапирамидная система

Ответ 3: Эссенциальный тремор, умеренно прогрессирующее течение

Ответ 4: Диагностика осуществляется по клинической симптоматике и наследственно-отягощенному анамнезу

Ответ 5: Терапия ЭТ средней степени тяжести симптоматическая и проводится по желанию больного. Рационально применение бета-блокаторов: пропранолол 60 мг/сут., карведилол 12,5-25 мг/сут., при их неэффективности антиконвульсант клоназепам 2-6 мг/сут.

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

5. Ситуационная задача №5: Больной М., 38 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль и боли в мышцах, повышение температуры до 37,5°, общую слабость, недомогание. Эти симптомы появились после укуса клеща в правой подлопаточной области. В течение первой недели на месте присасывания клеща, имевшая место гиперемия, увеличилась с 1,5 см до 12×20 см. При осмотре неврологической и кардиальной патологии не выявлено. В подлопаточной области справа имеется кольцевидная эритема размером 14×26 см. В правой подмышечной области пальпируется безболезненный лимфоузел 1×1,5 см. Печень увеличена до 1,5 см.

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Поставить клинический диагноз
- 4) Назначить дополнительные методы обследования
- 5) Назначить лечение и определить методы профилактики

Ответ 1: - инфекционный синдром с болями в мышцах, развившийся через 3 дня после укуса клеща; - синдром кольцевидной эритемы

Ответ 2: Поражение кожи в виде кольцевидной эритемы

Ответ 3: Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), стадия мигрирующей эритемы

Ответ 4: ИФА и ПЦР в сыворотке крови, а при необходимости и в ликворе

Ответ 5: Лечение: доксицилин -100 мг 2 раза в день per os 14 дней; витамины В1, В6, В12 - в/м. По причине отсутствия мер специфической профилактики сделать акцент на применении репеллентов и ношении защитной одежды

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

6. Ситуационная задача №6: У больного А., 35 лет, после стресса, появились приступы сердцебиения, головной боли, повышения АД до 170 мм рт.ст., повышенной потливости, ознобоподобного дрожания, повышения температуры тела, с выраженным чувством страха и тревоги. В конце приступа наблюдается обильное мочеиспускание. Сознание больного не нарушается. Продолжительность приступа от 40 минут до часа. В неврологическом статусе: органическая симптоматика отсутствует. Выражены вегетативные нарушения: зрачки широкие D=S, белый возвышенный дермографизм, выражен общий гипергидроз, тремор век и пальцев рук.

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Поставить клинический диагноз
- 4) Назначить дополнительные методы обследования
- 5) Назначить лечение

Ответ 1: Синдром панических атак

Ответ 2: Поражен гипоталамус

Ответ 3: Психовегетативный синдром, вероятно невротического генеза с паническими атаками

Ответ 4: ЭКГ, ФГС, УЗИ внутренних органов для исключения соматической патологии

Ответ 5: При кризе препаратами выбора являются транквилизаторы из группы бензодиазепина Sol. Seduxeni 10 мг в/м, в/в, в межприступном периоде антидепрессанты: паксил 20 мг/сут, стимулотон 50 мг/сут, велафакс 75 мг/сут. и др. 4-6 мес.

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

7. Ситуационная задача №7: Больная 70 лет. Утром, после сна, почувствовала онемение и слабость правой ноги, а затем правой руки. В течение суток слабость в них постепенно нарастала и сменилась параличом. Заболеванию предшествовала головная боль, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность. Объективно: границы сердца расширены в обе стороны, тоны его глухие. АД 110/60 мм рт. ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту. Глазное дно: границы сосков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы. В неврологическом статусе: сознание сохранено, зрачки D=S, сглажена правая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется вправо. Активные движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них повышен. Сухожильные и надкостничные рефлексы справа выше, чем слева, брюшные справа отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Правосторонняя гемипарезия и гемиплегия. Анализ крови: СОЭ – 6 мм/час, лейкоциты – 7000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 116%, холестерин 340 мг/%.

- 1) Выделить клинические синдромы;
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Установить предположительный клинический диагноз
- 4) Определить бассейн нарушенного кровоснабжения
- 5) Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза

Ответ 1: Очаговый синдром в виде: правосторонней центральной гемиплегии с центральным парезом VII и XII ЧМН, гемипарезии и гемиплегии;

Ответ 2: Поражена внутренняя капсула в левом полушарии головного мозга

Ответ 3: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

Ответ 4: Левая средняя мозговая артерия

Ответ 5: В первые часы - КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин

ПК-2.3 , ОПК-1.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2

8. Ситуационная задача №8: Больной А. 50 лет. Заболел остро. Находясь за рулем автомобиля, неожиданно пожаловался окружающим на резко возникшую головную боль, тошноту, многократную рвоту, затем на короткое время потерял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение. При осмотре: сознание изменено по типу легкого оглушения. В контакт вступает с трудом, стонет, жалуется на головную боль, тошноту. Около 20 лет страдает гипертонической болезнью. АД 210/120 мм рт.ст. Зрачки одинаковые. Выражены рефлексы орального автоматизма. Парезов нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца, с-м Кернига под углом 90° с обеих сторон.

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

9. Ситуационная задача №9: У больного атрофия мышц верхних конечностей со снижением сухожильных рефлексов, мышечной силы в руках, фибриллярными подёргиваниями в мышцах рук. Изменилась походка, при ходьбе стал «тянуть» ноги. Резкое повышение сухожильных рефлексов на ногах, рефлексы Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1) Как называется синдром.

2) Где расположен патологический очаг.

3) В связи с чем развивается в руках периферический парез.

4) По какому типу будет нарушаться работа тазовых органов у данного больного.

5) Чем обусловлено повышение мышечного тонуса при центральном парезе.

Ответ 1: Сочетанная тетраплегия (верхняя вялая параплегия и нижняя спастическая параплегия).

Ответ 2: Поражён спинной мозг на уровне шейного утолщения: передние рога на уровне CV – ThII и латеральные пирамидные пути на тех же уровнях.

Ответ 3: Так как в месте поражения для иннервации рук уже повреждается II нейрон.

Ответ 4: По центральному типу (задержка).

Ответ 5: Снижением тормозного влияния I нейрона.

ПК-2.3 , ОПК-1.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2

10. Ситуационная задача №10: У больного отмечается слабость в правых конечностях с ограничением активных движений в них, повышением мышечного тонуса в сгибателях правого предплечья и разгибателях правой голени, повышением сухожильных рефлексов на правой руке и ноге и наличием рефлексов Бабинского и Оппенгейма справа в сочетании с центральным парезом правых лицевого и подъязычного нервов.

1) Как называется двигательный синдром.

2) Где расположен патологический очаг.

- 3) Чем обусловлено повышение сухожильных рефлексов при центральном парезе.
- 4) Какова природа патологических рефлексов Бабинского и Оппенгейма.
- 5) В чем главное отличие центрального пареза лицевого нерва от периферического.

Ответ 1: Правосторонняя центральная гемиплегия с центральным парезом правых VII и XII черепно-мозговых нервов.

Ответ 2: Поражена левая внутренняя капсула.

Ответ 3: Избыточной импульсацией II мотонейрона при снижении тормозного влияния I нейрона.

Ответ 4: Данные рефлексы присутствуют у новорожденных, при прямохождении гасятся корой.

Ответ 5: При центральном поражении сохраняется возможность «наморщить лоб».

ПК-2.3 , ОПК-1.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.1

11. Ситуационная задача №11: З.У больного отмечается слабость во всех конечностях, затруднены ходьба и самообслуживание. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологические рефлексы на кистях и стопах. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены.

- 1) Как называется синдром двигательных расстройств.
- 2) Где расположен патологический очаг.
- 3) Чем обусловлено повышение сухожильных рефлексов при центральном парезе.
- 4) Чем обусловлено повышение мышечного тонуса при центральном парезе.
- 5) Назовите патологические рефлексы верхних конечностей.

Ответ 1: Спастический тетрапарез.

Ответ 2: Поражены латеральные пирамидные пути на уровне верхних шейных сегментов (С1-С1V).

Ответ 3: Избыточной импульсацией II мотонейрона при снижении тормозного влияния I нейрона.

Ответ 4: Снижением тормозного влияния I нейрона.

Ответ 5: Ласко-Якобсона, Россолимо верхний, Бухтерева, Жуковского.

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

12. Ситуационная задача №12: Приступообразное чувство онемения и «ползания мурашек» в области левой стопы, распространяющееся затем на левую голень, бедро и всю половину тела.

- 1) Где очаг поражения.
- 2) Как называется данный синдром.
- 3) Как мы можем объективно подтвердить данное нарушение.
- 4) Требуется ли медикаментозное лечение в данном случае, ведь визуально судорожного синдрома нет.
- 5) Какая терапия необходима.

Ответ 1: Очаг поражения находится в верхнем отделе правой постцентральной извилины.

Ответ 2: Это чувствительный вариант Джексоновской эпилепсии.

Ответ 3: Провести ЭЭГ обследование.

Ответ 4: Да.

Ответ 5: Противосудорожная.

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

13. Ситуационная задача №13: У больного левосторонняя гемианестезия, чувствительная гемиатаксия, гемианопсия и сильные боли в левых конечностях, которые не купируются анальгетиками.

1) Что поражено.

2) Что такое гемианестезия.

3) Что такое гемианопсия.

4) Что такое гемиатаксия.

5) Как называется данный вид боли.

Ответ 1: Поражён правый зрительный бугор.

Ответ 2: Нарушение чувствительности в одной половине тела.

Ответ 3: Выпадение половин полей зрения в правом и левом глазу.

Ответ 4: Нарушение координации в одной половине тела.

Ответ 5: Таламическая боль.

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

Тесты

Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. ВИД АФАЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ

1) моторная афазия

2) сенсорная афазия

3) амнестическая афазия

4) семантическая афазия

5) акустико-мнестическая

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

2. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ИНСУЛЬТЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ

1) внутренней капсулы

2) мозжечка

3) таламуса

4) хвостатого ядра

5) красного ядра

Правильный ответ: 1

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

3. К СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА ОТНОСИТСЯ

1) спастический тонус

2) гипертония мышц

3) повышение сухожильных рефлексов

4) патологические рефлексы

5) "биоэлектрическое молчание" на ЭМГ

Правильный ответ: 5

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

4. УКАЖИТЕ ЧЕРЕЗ КАКИЕ ОТДЕЛЫ МОЗГА НЕ ПРОХОДИТ ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ

1) передняя центральная извилина

2) внутренняя капсула

3) зрительный бугор

4) ствол мозга

5) боковой столб спинного мозга

Правильный ответ: 3

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

5. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

1) расстройства чувствительности в соответствующих дерматомах

2) анестезия в дистальных отделах конечностей

3) гемигипестезия

4) «диссоциированный» тип расстройства чувствительности

5) моноанестезия

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

6. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ АФАЗИЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) акустико-гностическая

2) дизартрия

3) моторная афферентная

4) семантическая

5) амнестическая

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

7. АТРОФИЯ ОДНОЙ ПОЛОВИНЫ МЫШЦ ЯЗЫКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОГО НЕРВА

1) V

2) VII

3) IX

4) X

5) XII

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

8. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СЕНСОРНЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ИНСУЛЬТЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ

1) внутренней капсулы

2) зрительного бугра

- 3) гиппокампа
- 4) бледного шара
- 5) моста

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

9. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛОБНОЙ ДОЛИ

- 1) слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации
- 2) периферический монопарез
- 3) амнестическая афазия
- 4) сенсорная афазия

5) изменения психики и поведения

Правильный ответ: 5

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

10. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИНДРОМАМИ

- 1) хореоатетодным
- 2) акинетико-ригидным**
- 3) вестибуломозжечковым
- 4) пирамидным
- 5) гиперкинетическим

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

11. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ХОД ПРОВОДНИКОВ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

1) Волокна поверхностной чувствительности в составе задних корешков вступают в задние рога спинного мозга и перекрест совершают в передней серой спайке, а волокна глубокой чувствительности из корешков вступают в задние столбы

- 2) Оба пути идут вместе через задние корешки и задние рога спинного мозга боковые столбы
- 3) Волокна поверхностной и глубокой чувствительности в продолговатом мозге объединяются в медиальной петле
- 4) III нейрон для поверхностной и глубокой чувствительности находятся в ядрах таламуса
- 5) В коре путь поверхностной и глубокой чувствительности достигает постцентральной извилины

Правильный ответ: 1

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

12. ВЫБЕРИТЕ, КОГДА ВОЗНИКАЮТ АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ ПАРАЛИЧИ

1) при поражении пирамидного пути в прецентральной извилине

2) при поражении пирамидного пути во внутренней капсуле

3) при поражении пирамидного пути в стволе мозга в сочетании с двигательными ядрами ЧМН

4) при поражении переднего рога

5) верного ответа нет

Правильный ответ: 3

ОПК-1.1 , ОПК-1.2

13. ВЫБЕРИТЕ СЕГМЕНТАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ

1) выпадает поверхностная чувствительность в дерматомах на стороне очага поражения.

2) поверхностная чувствительность выпадает на противоположной стороне от очага поражения.

3) у больного имеется гемигипостезия.

4) у больного нарушения по типу «куртки»

5) выпадает глубокая чувствительность всего тела

Правильный ответ: 1

ПК-2.3

14. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ НЕВРОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дистония кранио-церебральных сосудов

2) патологическое мышечное напряжение

3) ликвородинамические нарушения

4) невралгия черепных нервов

5) опухоль

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.2

15. ПРИ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ, ВОЗНИКАЮЩЕМ ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ РАЗГИБАНИИ ИЛИ ВРАЩЕНИИ ГОЛОВЫ ИМЕЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ В

1) подключичной артерии

2) внутренней сонной артерии с 2-х сторон

3) вертебробазиллярной системе

4) передней мозговой артерии

5) средней мозговой артерии

Правильный ответ: 3

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

16. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИНСУЛЬТА В СИСТЕМЕ ПЕРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

1) альтернирующий синдром Вебера

2) моторная афазия

3) таламический синдром

4) спастический парез ноги

5) бульбарный паралич

Правильный ответ: 4

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

17. ПРИЗНАКАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЮТСЯ

1) норморефлексия сухожильных рефлексов

2) гипертония мышц по спастическому типу

3) гипорефлексия сухожильных рефлексов

4) фасцикуляции

5) гипотрофия мышц

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

18. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЦЕНТРА ПРАКСИСА

1) в передней центральной извилине

2) в теменной доле, в надкраевой извилине

3) в медиобазальных отделах височной доли

4) в шпорной борозде затылочной доли

5) в постцентральной извилине

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

19. 1

20. К ПРИЗНАКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ОТНОСЯТСЯ

1) синкинезии - содружественные движения

2) норморефлексия сухожильных рефлексов

3) гиперрефлексия

4) атрофия мышц

5) патологические рефлексy

Правильный ответ: 4

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

21. ВИД АФАЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛОБНОЙ ДОЛИ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ

1) моторная афазия

2) сенсорная афазия

3) амнестическая афазия

4) семантическая афазия

5) акустико-мнестическая

Правильный ответ: 1

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

22. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАЗДРАЖЕНИЯ ЛОБНОЙ ДОЛИ

1) слуховые галлюцинации

2) обонятельные галлюцинации

3) вкусовые галлюцинации

4) метаморфозии

5) моторная Джексоновская эпилепсия

Правильный ответ: 5

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

23. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ БРОУН-СЕКАРОВСКОГО СИНДРОМА

1) спастический тетрапарез, проводниковая тетранестезия

2) центральный паралич на одной стороне, расстройство глубокой чувствительности на стороне паралича и поверхностной - на противоположной.

3) периферический паралич рук и центральный паралич ног

4) левосторонний гемипарез

5) правосторонний гемипарез

Правильный ответ: 2

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

24. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ (ОБЩИЕ И ДЖЕКСОНОВСКИЕ), ГЕМИПАРЕЗ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ, АТАКСИЯ И РАССТРОЙСТВО ПСИХИКИ

ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

- 1) мозжечка
- 2) затылочной доли
- 3) теменной доли

4) лобной доли

- 5) височной доли

Правильный ответ: 4

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

25. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ХОД ПРОВОДНИКОВ ПОВЕРХНОСТНОЙ И ГЛУБОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

1) Волокна поверхностной чувствительности в составе задних корешков вступают в задние рога спинного мозга и перекрест совершают в передней серой спайке, а волокна глубокой чувствительности из корешков вступают в задние столбы

- 2) Оба пути идут вместе через задние корешки и задние рога спинного мозга боковые столбы
- 3) Волокна поверхностной и глубокой чувствительности в продолговатом мозге объединяются в медиальной петле
- 4) III нейрон для поверхностной и глубокой чувствительности находятся в ядрах таламуса
- 5) В коре путь поверхностной и глубокой чувствительности достигает постцентральной извилины

Правильный ответ: 1

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

26. ПРИ ПОРАЖЕНИИ НАДКРАЕВОЙ ИЗВИЛИНЫ (SUPRAMARGINALIS) ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ ВОЗНИКАЕТ

- 1) слуховая агнозия
- 2) апраксия**
- 3) афазия
- 4) астериогноз
- 5) алексия

Правильный ответ: 2

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

27. В КАКИХ ОТДЕЛАХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРОХОДИТ ПУТЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

- 1) Периферический нерв, сплетение, задний корешок
- 2) Боковой столб спинного мозга
- 3) Задний столб спинного мозга**

- 4) Задний рог
- 5) Зрительный бугор

Правильный ответ: 3

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

28. РАССТРОЙСТВО ПСИХИКИ В ВИДЕ ЭЙФОРИИ, АПАТИКО-АБУЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, МОРИИ (ДУРАШЛИВОСТИ) ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1) лобной доли

- 2) височной доли
- 3) теменной доли
- 4) затылочной доли
- 5) гиппокампа

Правильный ответ: 1

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

29. ВЫБЕРИТЕ, КОГДА ВОЗНИКАЮТ АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ ПАРАЛИЧИ

- 1) при поражении пирамидного пути в прецентральной извилине
- 2) при поражении пирамидного пути во внутренней капсуле
- 3) при поражении пирамидного пути в стволе мозга в сочетании с двигательными ядрами ЧМН**
- 4) при поражении переднего рога
- 5) верного ответа нет

Правильный ответ: 3

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2

30. РАССТРОЙСТВО «СХЕМЫ ТЕЛА» ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1) правой теменной доли

- 2) левой теменной доли
- 3) затылочной доли
- 4) лобной доли
- 5) височной доли

Правильный ответ: 1

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

31. ВЫБЕРИТЕ СЕГМЕНТАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ВАРИАНТОВ

1) выпадает поверхностная чувствительность в дерматомах на стороне очага поражения.

- 2) поверхностная чувствительность выпадает на противоположной стороне от очага поражения.
- 3) у больного имеется гемигипостезия.
- 4) у больного нарушения по типу «куртки»
- 5) выпадает глубокая чувствительность всего тела

Правильный ответ: 1

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

32. ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

1) височной доли

- 2) теменной доли
- 3) лобной доли
- 4) обонятельного нерва
- 5) обонятельного тракта

Правильный ответ: 1

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

33. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ НЕВРОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дистония кранио-церебральных сосудов
- 2) патологическое мышечное напряжение**
- 3) ликвородинамические нарушения
- 4) невралгия черепных нервов
- 5) опухоль

Правильный ответ: 2

34. УКАЖИТЕ ЧЕРЕЗ КАКИЕ ОТДЕЛЫ МОЗГА ПРОХОДИТ ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ

- 1) передняя центральная извилина**
- 2) внутренняя капсула**
- 3) зрительный бугор
- 4) ствол мозга**
- 5) боковой столб спинного мозга**

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5

ПК-2.3

35. ВЫБЕРИТЕ, КОГДА ВОЗНИКАЮТ АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ ПАРАЛИЧИ

- 1) при поражении пирамидного пути в прецентральной извилине
- 2) при поражении пирамидного пути во внутренней капсуле
- 3) при поражении пирамидного пути в стволе мозга в сочетании с двигательными ядрами ЧМН**
- 4) при поражении переднего рога
- 5) верного ответа нет

Правильный ответ: 3

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

36. ПРИЗНАКАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гиперрефлексия сухожильных рефлексов**
- 2) гипертония мышц по спастическому типу**
- 3) гипорефлексия сухожильных рефлексов
- 4) патологические рефлексы**
- 5) гипотрофия мышц

Правильный ответ: 1, 2, 4

ПК-2.3 , ОПК-1.1 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

37. ПРИЗНАКАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гиперрефлексия сухожильных рефлексов**
- 2) гипертония мышц по экстрапирамидному типу
- 3) гипорефлексия сухожильных рефлексов
- 4) нормальные рефлексы
- 5) гипотрофия мышц

Правильный ответ: 1

ПК-2.3 , ОПК-1.3

38. К ПРИЗНАКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ОТНОСЯТСЯ

- 1) синкинезии - содружественные движения
- 2) гипорефлексия сухожильных рефлексов**
- 3) гиперрефлексия
- 4) атрофия мышц**
- 5) патологические рефлексы

Правильный ответ: 2, 4

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

39. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ БРОУН-СЕКАРОВСКОГО СИНДРОМА

- 1) спастический тетрапарез, проводниковая тетранестезия
- 2) центральный паралич на одной стороне, расстройство глубокой чувствительности на стороне паралича и поверхностной - на противоположной.**
- 3) периферический паралич рук и центральный паралич ног
- 4) левосторонний гемипарез
- 5) правосторонний гемипарез

Правильный ответ: 2

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

40. УКАЖИТЕ ЧЕРЕЗ КАКИЕ ОТДЕЛЫ МОЗГА НЕ ПРОХОДИТ ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ

- 1) передняя центральная извилина
- 2) внутренняя капсула
- 3) зрительный бугор**
- 4) ствол мозга
- 5) боковой столб спинного мозга

Правильный ответ: 3

ПК-2.3 , ОПК-1.2 , ОПК-1.3

41. БОЛЬНОЙ С МОТОРНОЙ АПРАКСИЕЙ НЕ МОЖЕТ

- 1) называть свои пальцы
- 2) выполнить движения по подражанию
- 3) нарисовать простую схему**
- 4) исполнить простую команду
- 5) говорить плавно

Правильный ответ: 3

ОПК-1.2 , ОПК-1.3

Рефераты

Критерии оценки для оценочного средства: Рефераты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
--	--------------------------------------	------------------

<p>Выполнены все требования к написанию и защите реферата. Содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике, реферат имеет чёткую композицию и структуру, в тексте отсутствуют логические нарушения в представлении материала, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция. Сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём. Реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата. Корректно оформлены и в полном объёме представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте. Соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. Обучающийся подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой.</p>	<p>Повышенный</p>	<p>5 - "отлично"</p>
<p>Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. Имеются неточности в изложении материала, отсутствует логическая последовательность в суждениях, не выдержан объём реферата. Содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике, реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания реферата, но есть погрешности в техническом оформлении. Реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата. В полном объёме представлены список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении, корректно оформлены и в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте. На дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. В целом обучающийся подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой.</p>	<p>Базовый</p>	<p>4 - "хорошо"</p>
<p>Имеются существенные отступления от требований к реферированию. Тема освещена лишь частично, допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы. во время защиты отсутствует вывод. Есть погрешности в техническом оформлении. Не в полном объёме представлен список использованной литературы, есть ошибки в оформлении, некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Есть единичные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте, отсутствуют факты плагиата. Обучающийся подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой, на минимально допустимом уровне.</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы, в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала. Есть погрешности в техническом оформлении. Допущены грубые ошибки в ответах. Не в полном объёме представлен список использованной литературы, есть ошибки в оформлении, некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Есть частые орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте, присутствуют факты плагиата. Обучающийся не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой.</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

№ п/п	Темы рефератов	Компетенции
0	Алгоритм диагностики с/ма Миллера-Фишера	ОПК-1.1, ОПК-1.2, ОПК-1.3
0	Болезнь Паркинсона и эссенциальный тремор. Дифференциальный диагноз.	ОПК-1.1, ОПК-1.2, ОПК-1.3
0	Нейровизуализация , как подход к диагностике при болезни Альцгеймера.	ОПК-1.1, ОПК-1.2, ОПК-1.3
0	Нейровизуализация в диагностике нейродегенеративной патологии	ОПК-1.1, ОПК-1.2, ОПК-1.3
0	Этиология, клиника, диагностика и лечение амилоидной полиневропатии.	ОПК-1.1, ОПК-1.2, ОПК-1.3