



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Неврология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология
Квалификация	Клинический психолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	д.м.н., профессор,	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой
Р.А. Зорин	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.М. Лапкин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой нормальной физиологии с курсом психофизиологии
Д.С. Петров	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО

Одобрено учебно-методической комиссией специальности Клиническая психология
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) по
итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Тестирование

Примеры заданий в тестовой форме

1. Передача нервного импульса происходит

- а) в синапсах
- б) в митохондриях
- в) в лизосомах
- г) в цитоплазме

2. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет

- а) длину аксона и точность проведения
- б) скорость проведения нервного импульса
- в) длину аксона
- г) принадлежность к чувствительным проводникам
- д) принадлежность к двигательным проводникам

3. Нейроглия выполняет

- а) опорную и трофическую функцию
- б) опорную и секреторную функцию
- в) трофическую и энергетическую функцию
- г) только секреторную функцию
- д) только опорную функцию

4. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании

- а) покровных костей черепа
- б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
- в) сосудистых сплетений
- г) отверстий в основании черепа
- д) черепных швов

5. При птозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен

- а) в четверохолмии
- б) во внутренней капсуле слева
- в) в мосту мозга слева
- г) в левой ножке мозга

6. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- а) в стволе мозга
- б) в затылочной доле
- в) в лобной доле
- г) в височной доле

7. При переломе основания черепа у детей часто возникает

- а) эпидуральная гематома
- б) субарахноидальное кровоизлияние
- в) субпапоневротическая гематома
- г) гемипарез
- д) ликворрея

8. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
- а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой
9. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
10. Медиатором тормозного действия является
- а) ацетилхолин
 - б) ГАМК
 - в) норадреналин
 - г) адреналин
11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- а) мозжечковая
 - б) сенситивная
 - в) вестибулярная
 - г) корковая
12. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) зрительной лучистости
 - г) внутренней капсулы
13. Истинный астереогноз обусловлен поражением
- а) лобной доли
 - б) височной доли
 - в) теменной доли
 - г) затылочной доли
14. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
- а) в основании ножки мозга
 - б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
 - в) в области красного ядра
 - г) в основании нижней части моста мозга
15. Седалищный нерв составляют волокна корешков
- а) S1-S2
 - б) L-5-S3
 - в) S2-S3
 - г) L5-S5
16. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня

- а) верхних отделов продолговатого мозга
 - б) нижних отделов продолговатого мозга
 - в) красных ядер
 - г) моста мозга
- мозга на уровне сегментов

17. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

- а) С6-С9
- б) С7-С8
- в) С8--Т1
- г) Т1-Т2
- д) Т2-Т3

18. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага

- а) в переднем адверсивном поле справа
- б) в верхнем отделе задней центральной извилины справа
- в) в нижнем отделе передней центральной извилины справа
- г) в верхнем отделе передней центральной извилины справа
- д) в нижнем отделе задней центральной извилины справа

19. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

- а) сдавлением шейных вен
- б) давлением на переднюю брюшную стенку
- в) наклоном головы вперед
- г) разгибанием ноги, предварительно согнутой
- д) в коленном и тазобедренном суставах

20. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается

- а) в 10 раз
- б) в 6 раз
- в) в 4 раза
- г) в 2 раза

21. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно

- а) гиперемия, стертость границ диска
- б) раннее снижение зрительной функции
- в) сужение границ поля зрения
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

22. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже

- а) папулезной сыпи
- б) телеангиэктазий
- в) "кофейных" пятен
- г) витилиго
- д) розеолезной сыпи

23. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного

- а) с фуникулярным миелозом
- б) с дистальной моторной диабетической полинейропатией

- в) с невральной амиотрофией Шарко - Мари
- г) с прогрессирующей мышечной дистрофией
- д) с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

24. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет

- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
- б) нижнеквадрантную гемианопсию
- в) битемпоральную гемианопсию
- г) биназальную гемианопсию
- д) верхнеквадрантную гемианопсию

25. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе

- а) Квеккенштедта
- б) Стуккея
- в) Пуссеппа
- г) верно б) и в)
- д) верно а) и в)

26. Электростагмографию можно проводить

- а) при ясном сознании
- б) при оглушении
- в) при сопоре
- г) при коме
- д) при любом уровне сознания

27. Компьютерная томография головного мозга не позволяет

- а) дифференцировать гистологическую структуру опухоли
- б) дифференцировать серое и белое вещество мозга
- в) определить состояние ликворных путей
- г) определить области ишемии и кровоизлияния
- д) определить зону перифокального отека

28. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять

- а) гидрокортизон
- б) преднизолон
- в) дексаметазон
- г) кортизон

29. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют

- а) диазепам
- б) аминазин
- в) пропазин
- г) гексенал
- д) любой из перечисленных препаратов

30. К "дневным" транквилизаторам относится

- а) мидазолам (флормидал)
- б) нитразепам (эуноктин)

- в) диазепам (реланиум)
- г) тофизепам (грандаксин)

31. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять

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

32. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать

- а) цитостатики
- б) туберкулостатические препараты
- в) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)
- г) противомаларийные препараты
- д) препараты всех перечисленных групп е) верно а) и б)

33. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения

- а) акинезию и ригидность
- б) хорею и атетоз
- в) оромандибулярную дискинезию
- г) генерализованный тик
- д) верно а) и в) е) верно б) и г)

34. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

- а) ревматизма
- б) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.
- в) заболеваний печени
- г) язвенной болезни желудка
- д) тромбоцитопатии

35. При наследственном эссенциальном дрожании следует назначить

- а) бензодиазепины (клоназепам)
- б) β-адреноблокаторы (обзидан)
- в) дофасодержащие средства (наком)
- г) агонисты дофамина (мидантин)
- д) верно все перечисленное е) верно а) и б)

36. Для изменений соска зрительного нерва при остром неврите характерны

- а) ступенчатость границ
- б) гиперемия
- в) побледнение
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

37. К демиелинизирующим относится полинейропатия

- а) Гийена - Барре
- б) диабетическая
- в) порфирийная
- г) гипотиреозная

38. Признаками нейропатии срединного нерва являются

- а) слабость IV и V пальцев кисти
- б) снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев
- в) слабость I, II пальцев кисти
- г) верно б) и в)
- д) верно а) и б)

39. В состав шейного сплетения не входит

- а) малый затылочный нерв
- б) подкрыльцовый нерв
- в) диафрагмальный нерв
- г) надключичный нерв
- д) большой ушной нерв

40. Для синдрома "плечо - кисть" характерны

- а) вегетативно-трофические нарушения кисти
- б) асимметрия артериального давления
- в) гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

41. Для компрессии корешка С6 характерны

- а) болевая гипестезия I пальца кисти
- б) снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
- в) снижение карпорадиального рефлекса
- г) болевая гипестезия V пальца кисти
- д) верно а) и б) е) верно в) и г

42. Синдром компрессии корешка L5 проявляется

- а) болью по внутренней поверхности голени и бедра
- б) слабостью разгибателей I пальца стопы
- в) снижением ахиллова рефлекса
- г) верно б) и в)
- д) всем перечисленным

43. При невральной амиотрофии Шарко - Мари наблюдается

- а) дистальная амиотрофия конечностей
- б) проксимальная амиотрофия конечностей
- в) амиотрофия туловища
- г) псевдогипертрофия икроножных мышц

44. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

- а) Коксаки
- б) простого герпеса
- в) кори
- г) паротита

45. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения

- а) стафилококкового менингита
- б) пневмококкового менингита
- в) менингита, вызванного вирусом Коксаки
- г) менингококкового менингита

д) лимфоцитарного хориоменингита

46. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

- а) высокой лихорадки
- б) менингеального синдрома
- в) гипертензионного синдрома
- г) нарушения сознания
- д) светобоязни

47. Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием

- а) нижней спастической параплегии
- б) бульбарных расстройств
- в) экстрапирамидных нарушений
- г) синдрома Броун - Секара

48. Для острого полиомиелита не характерно поражение двигательных нейронов

- а) коры головного мозга
- б) моторных ядер ствола
- в) шейного утолщения спинного мозга
- г) грудного отдела спинного мозга
- д) поясничного утолщения спинного мозга

49. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч можно обнаружить

- а) опалесценцию
- б) ксантохромию
- в) фибриновую пленку
- г) выпадение осадка

50. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено

- а) вялыми параличами ног
- б) мозжечковой атаксией
- в) сенситивной атаксией
- г) снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
- д) табетической артропатией

Эталоны верных ответов

1	А	21	А	41
2	Б	22	В	42
3	А	23	Г	43
4	Б	24	Г	44
5	Г	25	Б	45
6	Г	26	Д	46
7	Д	27	А	47
8	Б	28	В	48
9	Б	29	Д	49
10	Б	30	Г	50
11	Б	31	Г	
12	Б	32	Д	
13	В	33	Д	

14	Г	34	А	
15	Б	35	Е	
16	В	36	Г	
17	В	37	А	
18	Г	38	В	
19	В	39	Б	
20	Г	40	А	

Критерии оценки тестового контроля:

Отлично	86-100% правильных ответов
Хорошо	66-85% правильных ответов
Удовлетворительно	50-65% правильных ответов
Неудовлетворительно	50% и менее правильных ответов

Примеры контрольных вопросов для собеседования и для контрольных работ

1. Структуры, в которых расположен центральный двигательный нейрон.
2. Структуры, в которых расположен периферический двигательный нейрон.
3. Соматотопическое распределение в двигательной области коры мозга.
4. Соматотопическое распределение двигательных проводников во внутренней капсуле.
5. Соматотопическое распределение в двигательных /пирамидных/ путях в спинном мозге.
6. Соматотопическое распределение в передних рогах серого вещества спинного мозга.
7. Сегментарное распределение двигательной иннервации на шейном уровне.
8. Сегментарное распределение двигательной иннервации на поясничном уровне.
9. Сегменты, соответствующие бицепс, трицепс, карпорадиальному рефлексам.
10. Сегменты, соответствующие коленному, ахиллову рефлексам.
11. Общая классификация расстройств движений, обусловленных поражением нервной системы.
12. Клиническая характеристика пареза.
13. Классификация парезов по локализации очага поражения в двигательном пути.
14. Классификация парезов по локализации на теле.
15. Классификация пареза по характеру мышечного тонуса.
16. Классификация пареза по степени выраженности.
17. Классификация пареза по стадиям развития.
18. Классификация патологических рефлексов.
19. Клинические проявления центрального пареза.
20. Клинические проявления периферического пареза.
21. Клиническая /название и признаки/ характеристика пареза при поражении коры полушария большого мозга.
22. Клиническая характеристика пареза при поражении подкорки полушария мозга.
23. Клиническая характеристика пареза при поражении внутренней капсулы.
24. Клиническая характеристика пареза при одностороннем поражении ствола мозга.
25. Клиническая характеристика пареза при двустороннем поражении ствола мозга.
26. Клиническая характеристика пареза при поражении стороны спинного мозга выше шейного утолщения.
27. Клиническая характеристика пареза при двустороннем поражении спинного мозга выше шейного утолщения.
28. Клиническая характеристика пареза одностороннего поражения спинного мозга ниже шейного утолщения.
30. Характеристика пареза при двустороннем поражении спинного мозга ниже шейного

утолщения.

31. Характеристика двигательных расстройств при одностороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.

32. Характеристика двигательных расстройств при двустороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.

33. Характеристика двигательных расстройств при одностороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.

34. Характеристика двигательных расстройств при двустороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.

35. Характеристика двигательного расстройства при поражении корешка спинного мозга.

36. Характеристика двигательного расстройства при поражении шейного сплетения.

37. Характеристика двигательного расстройства при поражении поясничного сплетения.

38. Характеристика двигательного расстройства при поражении срединного нерва.

Критерии оценки при собеседовании:

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

<p>ЗАДАЧА 1</p> <p>1. Речь больного глухая, неясная, смазанная с гнусавым оттенком. Употребляет только кашицеобразную пищу, так как жидкая пища вызывает мучительный кашель и поперхивание. Движения языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо неподвижно. Глоточные рефлексы и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Назвать синдром, определить топический диагноз.</p>	<p>Ответ: бульбарный синдром. Поражение ядер IX, X, XII нервов.</p>
---	---

<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 2</p> <p>Установлен паралич мимической мускулатуры справа – рот перекошен влево, угол рта опущен, носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, складки лба не образуются. Сухость правого глаза, Слух извращен (дизакузия) справа. Утрачен вкус на передних 2/3 правой половины языка. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.</p>	<p>Периферический мимический паралич справа, ксерофтальм справа, дизакузия справа, агевзия передних 2/3 правой половины языка. Поражение правого лицевого нерва в канале лицевого нерва выше отхождения большого каменистого нерва.</p>
<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 3</p> <p>У больного отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц в разгибателе голени повышен. Коленный и ахиллов рефлекс слева выше, чем справа, брюшные – отсутствуют слева. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уровне левого соска отмечается выпадение болевой и температурной чувствительности в виде узкого полупояса. С уровня сосков книзу утрачены справа болевая и температурная, слева – тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность. Определить, что и где поражено. Как называются неврологические расстройства?</p>	<p>Ответ: центральная моноплегия левой ноги, поверхностная анестезия с уровня D5 справа, выпадение глубокой чувствительности с уровня D5 слева, сегментарная анестезия на уровне D5 слева. Поражение левой половины спинного мозга на уровне сегмента D5.</p>
<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 4</p> <p>К., 3 лет. Родители с 1,5 лет начали замечать, что мальчик плохо ходит, говорит лишь «ма», «па», «ба». Роды были затяжными. Ребенок родился в срок, однако, в состоянии асфиксии. Сидеть начал в год, стоять - в два, а ходить - с трудом в три года. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. Опущен левый угол рта. Сила рук и ног снижена. Руки слегка приведены к туловищу и согнуты в локтевых и лучезапястных суставах, пальцы сжаты в кулак. Ноги приведены одна к другой. Тонус мышц повышен в сгибателях рук и особенно разгибателях ног. Мышечно-сухожильные рефлексы высокие. Патологические стопные рефлекс Бабинского и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Похода спастическая, при ходьбе одна нога заходит за другую, колени</p>	<p>Ответ: Алалия. Центральная тетрапарез. Центральная мимическая парез слева. Многоочаговое поражение пирамидных путей выше шейного утолщения, поражение кортико-нуклеарных путей. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия.</p>

<p>соприкасаются между собой. На глазном дне патологии не отмечено. На краниограмме отклонений от нормы не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.</p>	
<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 5</p> <p>Х., около 70 лет, доставлена в клинику бригадой скорой помощи. Сведений о развитии заболевания нет. Обнаружена без сознания на улице. В последующем было установлено, что она страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет. Объективно: кожные покровы лица кирпично-красного цвета, дыхание шумное. АД—240/140 мм рт. ст. Пульс 110 ударов в минуту, напряженный, ритмичный. Границы сердца расширены влево, тоны его приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Сознание отсутствует, голова и глаза повернуты вправо, зрачки широкие, вяло реагируют на свет, корнеальные рефлексы снижены. Опущен левый угол рта, щека парусит. Активные движения левых конечностей отсутствуют. Тонус мышц слева снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева ниже, чем справа. Брюшные рефлексы отсутствуют. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уколы не реагирует. На следующий день появились кратковременные тонические судороги рук и ног, при этом руки сгибались в локтевых суставах, а ноги разгибались в коленных. Нарушился ритм дыхания и сердечной деятельности. АД — 90/60 мм рт. ст. Температура -39,8°. В спинномозговой жидкости примесь крови. Описать синдромологию. Обосновать и установить топический и предварительный клинический диагнозы.</p>	<p>Ответ: Алалия. Центральный тетрапарез. Центральный мимический парез слева. Многоочаговое поражение пирамидных путей выше шейного утолщения, поражение кортико-нуклеарных путей. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия.</p>

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 4 семестре - экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит четыре вопроса (теоретические и практические)(II).

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

«Неврология»

ОПК-3

Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Фундаментальная и клиническая неврология. Цели и задачи дисциплин.

2. Клинико-неврологический синдром. Содержание понятия. Формулировка клинико-неврологического синдрома. Функции синдрома.
3. Топический диагноз. Принципы формулировки.
4. Клинический диагноз в неврологии. Структура клинического диагноза. Обоснование диагноза. Дифференциальный диагноз.
5. Методы исследования в клинической неврологии.
6. Принципы и методы лечения в неврологии.
7. Структуры, в которых расположен центральный двигательный нейрон.
8. Структуры, в которых расположен периферический двигательный нейрон.
9. Соматотопическое распределение в двигательной области коры мозга.
10. Соматотопическое распределение двигательных проводников во внутренней капсуле.
11. Соматотопическое распределение в двигательных /пирамидных/ путях в спинном мозге.
12. Соматотопическое распределение в передних рогах серого вещества спинного мозга.
13. Сегментарное распределение двигательной иннервации на шейном уровне.
14. Сегментарное распределение двигательной иннервации на поясничном уровне.
15. Сегменты, соответствующие бицепс, трицепс, карпорадиальному рефлексам.
16. Сегменты, соответствующие коленному, ахиллову рефлексам.
17. Общая классификация расстройств движений, обусловленных поражением нервной системы.
18. Клиническая характеристика пареза.
19. Классификация парезов по локализации очага поражения в двигательном пути.
20. Классификация парезов по локализации на теле.
21. Классификация пареза по характеру мышечного тонуса.
22. Классификация пареза по степени выраженности.
23. Классификация пареза по стадиям развития.
24. Классификация патологических рефлексов.
25. Клинические проявления центрального пареза.
26. Клинические проявления периферического пареза.
27. Клиническая /название и признаки/ характеристика пареза при поражении коры полушария большого мозга.
28. Клиническая характеристика пареза при поражении подкорки полушария мозга.
29. Клиническая характеристика пареза при поражении внутренней капсулы.
30. Клиническая характеристика пареза при одностороннем поражении ствола мозга.
31. Клиническая характеристика пареза при двустороннем поражении ствола мозга.
32. Клиническая характеристика пареза при поражении стороны спинного мозга выше шейного утолщения.
33. Клиническая характеристика пареза при двустороннем поражении спинного мозга выше шейного утолщения.
34. Клиническая характеристика пареза одностороннего поражения спинного мозга ниже шейного утолщения.
35. Характеристика пареза при двустороннем поражении спинного мозга ниже шейного утолщения.
36. Характеристика двигательных расстройств при одностороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.
37. Характеристика двигательных расстройств при двустороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.
38. Характеристика двигательных расстройств при одностороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
39. Характеристика двигательных расстройств при двустороннем поражении

спинного мозга на уровне поясничного утолщения.

40. Характеристика двигательного расстройства при поражении корешка спинного мозга.
41. Характеристика двигательного расстройства при поражении шейного сплетения.
42. Характеристика двигательного расстройства при поражении поясничного сплетения.
43. Характеристика двигательного расстройства при поражении срединного нерва.
44. Характеристика двигательного расстройства при поражении седалищного нерва.
45. Структура гамма-петли.
46. Функциональное значение гамма-петли.
47. Клиническая характеристика и виды судорог
48. Структуры, в которых располагается первый нейрон проводника поверхностной чувствительности.
49. Структуры, в которых располагается второй нейрон проводника поверхностной чувствительности.
50. Структуры, в которых располагается третий нейрон проводника поверхностной чувствительности.
51. Структуры, в которых располагается первый нейрон проводника глубокой чувствительности.
52. Структуры, в которых располагается второй нейрон проводника глубокой чувствительности.
53. Структуры, в которых располагается третий нейрон проводника глубокой чувствительности.
54. Соматотопическое распределение чувствительности в коре.
55. Первичные, вторичные и третичные чувствительные поля в коре.
56. Соматотопическое распределение чувствительности в проводниках поверхностной чувствительности.
57. Соматотопическое распределение в проводниках глубокой чувствительности.
58. Классификация чувствительности.
59. Виды расстройств чувствительности.
60. Клиническая характеристика боли.
61. Характеристика фантомной боли.
62. Характеристика каузалгии.
63. Характеристика симпаталгии.
64. Типы /синдромы/ расстройств чувствительности.
65. Клиническая характеристика невралгического расстройства чувствительности.
66. Характеристика полиневрального расстройства чувствительности.
67. Характеристика расстройства чувствительности при поражении сплетения.
68. Характеристика корешкового расстройства чувствительности.
69. Характеристика проводникового расстройства чувствительности.
70. Характеристика сегментарного расстройства чувствительности.
71. Характеристика расстройства чувствительности при поражении половины спинного мозга.
72. Характеристика расстройств чувствительности при поражении задних столбов спинного мозга.
73. Характеристика расстройств чувствительности при поражении боковых столбов спинного мозга.
74. Характеристика корковых расстройств чувствительности.
75. Особенности психогенных расстройств чувствительности.
76. Расстройства чувствительности при поражении таламуса.

77. Расстройства чувствительности при одностороннем поражении ствола мозга.
78. Клиническая анатомия сегментарного аппарата спинного мозга.
79. Клиническая анатомия внесегментарного аппарата спинного мозга.
80. Анатомическое соотношение сегментов спинного мозга и позвонков.
81. Анатомическое соотношение корешков спинного мозга и позвонков.
82. Соотношение сегментов спинного мозга и дерматомов.
83. Анатомическая локализация дерматома С5.
84. Анатомическая локализация дерматома С8.
85. Анатомическая локализация дерматома D5.
86. Анатомическая локализация дерматома D7.
87. Анатомическая локализация дерматома D10.
88. Анатомическая локализация дерматома L1.
89. Анатомическая локализация дерматома L5.
90. Анатомическая локализация дерматома S1.
91. Клиническая характеристика двигательных расстройств при поражении спинного мозга.
92. Клиническая характеристика чувствительных расстройств при поражении спинного мозга.
93. Клиническая характеристика координаторных расстройств при поражении спинного мозга.
94. Клиническая характеристика вегетативных расстройств при поражении спинного мозга.
95. Клиническая характеристика тазовых расстройств при поражении спинного мозга.
96. Клинические признаки синдрома поражения передних рогов серого вещества спинного мозга.
97. Клинические расстройства при поражении задних рогов серого вещества спинного мозга.
98. Клинические расстройства при поражении боковых рогов серого вещества спинного мозга.
99. Клинические расстройства при поражении боковых столбов спинного мозга.
100. Клинические расстройства при поражении задних столбов спинного мозга.
101. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С3 сегмента.
102. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С5-С6 сегментов.
103. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С8-D2 сегментов.
104. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне D7 сегмента.
105. Характеристика полного поперечного поражения спинного мозга на уровне L2-L5 сегментов.
106. Характеристика поражения мозгового эпиконуса.
107. Характеристика поражения мозгового конуса.
108. Первый шейный нерв.
109. Второй шейный нерв.
110. Малый затылочный нерв.
111. Диафрагмальный нерв.
112. Плечевое сплетение.
113. Подключичный нерв.
114. Передние грудные нервы.
115. Надлопаточный нерв.

116. Подлопаточный нерв.
117. Грудоспинной нерв.
118. Подмышечный нерв.
119. Мышечно-кожный нерв.
120. Медиальный кожный нерв плеча.
121. Медиальный кожный нерв предплечья.
122. Срединный нерв.
123. Лучевой нерв.
124. Локтевой нерв.
125. Верхний первичный пучок плечевого сплетения.
126. Средний первичный пучок плечевого сплетения.
127. Нижний первичный пучок плечевого сплетения.
128. Синдром передней лестничной мышцы.
129. Синдром малой грудной мышцы.
130. Поясничное сплетение.
131. Подвздошно-подчревный нерв.
132. Подвздошно-паховый нерв.
133. Бедренно-половой нерв.
134. Латеральный кожный нерв бедра.
135. Запирательный нерв.
136. Бедренный нерв.
137. Подкожный нерв (n.saphenus)
138. Крестцовое сплетение.
139. Внутренний запирательный нерв.
140. Грушевидный нерв.
141. Верхний ягодичный нерв.
142. Задний кожный нерв бедра.
143. Седалищный нерв.
144. Большеберцовый нерв.
145. Общий малоберцовый нерв.
146. Синдром грушевидной мышцы.
147. Характеристика поражения конского хвоста.
148. Синдром полинейропатии.
149. Классификации полинейропатий.
150. Дифференциальная диагностика аксонопатий и миелінопатий
151. Синдромология, ликворные изменения, лечение полинейропатии Гийена - Барре.
152. Синдромология алкогольной полинейропатии
153. Синдромология дифтерийной полинейропатии
154. Патогенез, синдромология, классификация, лечение диабетической полинейропатии.
155. Патогенез, клиника, диагностика, лечение полинейропатий при уремии, болезнях печени, крови, системных болезнях соединительной ткани, порфирии, лекарственных интоксикациях.
156. Синдромология диагностика, лечение хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии.
157. Синдромология наследственно обусловленной нейропатии (невральная амиотрофия Шарко – Мари).
158. Синдромология компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава)
159. Компрессионная нейропатия срединного нерва (синдром запястного канала)
160. Синдром ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки

161. Синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала)
162. Нейропатия бедренного нерва
163. Клинические признаки нейропатии наружного кожного нерва бедра (синдрома Рота)
164. Нейропатия седалищного нерва.
165. Плексопатия плечевого сплетения (паралич Эрба-Дюшенна, Дежерина-Клюмпке).
166. Синдромология, патогенез, медикаментозное и хирургическое лечение тригеминальной невралгии.
167. Острая лицевая невропатия: этиология, клиника, лечение.
168. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
169. Дифференциальная диагностика лицевых болей.
170. Невралгия языкоглоточного нерва.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Пример 1.

Сила мышц правых руки и ноги умеренно снижена, язык при высовывании отклоняется вправо, правый угол рта при попытке улыбки не отводится. Сухожильно-мышечные рефлексы правых руки и ноги выше, чем слева. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона выявлены справа. Название расстройства. Вероятная локализация поражения.

Пример 2. Постоянная ломящая боль и отсутствие чувствительности в широком полупоясе от пупа до паховой складки. Средний и нижний поверхностные брюшные рефлексы отсутствуют. Описать неврологические расстройства. Установить топический диагноз.

Пример 3: Название неврологических расстройств при полном поперечном поражении спинного мозга на уровне 7 грудного сегмента.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

План клинического исследования больного клинике нервных болезней

Неврологическое состояние

Сознание: ориентировка в месте и времени, способность к контакту. Настроение. Поведение при обследовании, отношение к своему заболеванию. Память. Бредовые идеи. Обманы восприятия. Состояние интеллекта.

Менингеальные симптомы

Ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского.

Черепно-мозговые нервы

Обонятельный нерв. Обоняние: сохранено, снижено, утрачено. Наличие обонятельных галлюцинаций. Исследовать обоняние с помощью не раздражающих пахучих веществ, отдельно справа и слева.

Зрительный нерв. Острота зрения с коррекцией и без коррекции. Цветовосприятие. Поля зрения. Состояние глазного дна.

Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы. Ширина и равномерность

глазных щелей. Объем движений глазных яблок в стороны, вверх, вниз. Наличие сходящегося косоглазия. Диплопия. Парезы и параличи зрения.

Зрачки - форма, величина (мидрiaz, миоз); равномерность. Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная), на конвергенцию и аккомодацию.

Тройничный нерв. Болезненность давления на точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная). Боли и парестезии в лице. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи лица, слизистой рта, носа, языка (сохранена, снижена, утрачена, извращена - гипералгия). Описать границы расстройства чувствительности на лице (зоны 1, 2, 3 ветвей, сегментарные зоны Зельдера). Вкус на передних двух третях языка. Жевательная мускулатура (выраженность, напряжение, атрофии). Объем движения нижней челюсти. Роговичный, конъюнктивальный, носовой, нижнечелюстной рефлексы (сохранены, снижены, отсутствуют, равномерность).

Лицевой нерв. Состояние мимической мускулатуры - выраженность и равномерность лобных и носогубных складок, расположение углов рта в покое и при заданных движениях (наморщивание лба, зажмуривание глаз, нахмуривание бровей, надувание щек, оскаливание зубов). Слезотечение, сухость глаз.

Слуховой нерв. Острота слуха на разговорную и шепотную речь в отдельности на каждое ухо. Шум в ушах, головокружение. Нистагм.

Языкоглоточный и блуждающий нервы. Глотание - поперхивание при еде, попадание жидкой пищи в нос). Звучность голоса - нормальная, ослаблена, афония. Подвижность мягкого нёба - достаточная, ослаблена, с какой стороны. Вкус на задней трети языка - нормальный, ослаблен, отсутствует. Саливация. Небный, глоточный рефлексы, их живость, равномерность.

Добавочный нерв. Внешний вид грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц - нормальный, атрофии, с какой стороны, степень. Объем активных движений при поворотах головы, при поднимании надплечий, при сближении лопаток.

Подъязычный нерв. Вид языка: атрофии, фибриллярные подергивания (с какой стороны). Положение языка при высовывании - по средней линии, отклонение в сторону. Объем активных движений языка в стороны, вверх, вниз. Четкость и ясность произношения - нормальное, дизартрия, анартрия.

Двигательная сфера

Осмотр мускулатуры конечностей и туловища. Наличие атрофии или гипертрофии - указать, каких мышц, степень атрофии, провести данные измерений сантиметровой - лентой окружности конечностей (плечо, предплечье, бедро, голень). Фибриллярные- и фасцикулярные подергивания (есть или нет, их локализация).

Активные движения. Объем активных движений в суставах конечностей. При ограничении движений указать, в каких суставах и степень ограничения. Мышечная сила. Проба Барре (верхняя и нижняя).

Пассивные движения возможны в полном объеме или ограничены. Указать степень ограничения (в градусах). Наличие тугоподвижности в суставах. Контрактуры. Состояние мышечного тонуса (определяется во время пассивных движений и при ощупывании мышц): нормальный, снижен, повышен. Характер повышения мышечного тонуса (но пирамидному или экстрапирамидному типу). Наличие феномена «зубчатого колеса». Синкинезии. Механическая возбудимость мышц.

Непроизвольные движения (гиперкинезы): дрожание, хорей, атетоз, хореоатетоз, судороги, тики, торсионный спазм, миоклонии. При описании гиперкинезов отмечать их амплитуду, темп, ритм, стереотипность или разнообразие, постоянство (постоянные, только в покое или при движениях). Гипокинезия.

Координация движений: пальценосовая и пяточно-коленная пробы - точные, с промахиванием, с интенционным тремором. Гиперметрия, адиадохокинез. Устойчивость в

положении Ромберга. Проба сочетанного сгибания туловища и бедра (проба Бабинского). Скандированная речь.

Походка больного: нормальная, спастическая, паретическая, гемиплегическая, атактическая (с открытыми и закрытыми глазами), спастико-атактическая, «петушиная», «утиная», манерно-вычурная и др.

Рефлекторная сфера

Глубокие (сухожильные и периостальные рефлексы) - лучезапястный, сухожилия бицепса, трицепса, коленные, ахилловы. Указать степень выраженности (высокие, нормальной амплитуды, снижены, отсутствуют), равномерность. Кожные рефлексы - брюшные, подошвенные - степень их (живые, снижены, отсутствуют), равномерность. Патологические стопные рефлексы Бакинського, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Чаддока, Россолимо, Бехтерева, Жуковского: отсутствуют, имеются, с какой стороны, их выраженность, Клонусы стоп и коленных чашек. Патологические рефлексы на руках: Якобсон-Бехтерева, Бехтерева, Тремнера. Хватательный рефлекс. Защитные рефлексы сгибательные, автоматизмы, если имеются, то на какой -стороне, их характер, уровень, с которых они вызываются. Рефлексы орального автоматизма — Аствацатурова, Маринеску-Родовичи, хоботковый.

Чувствительная сфера

Боли (местные, проекционные, иррадирующие, их характер). Парестезии, описать их характер, степень, локализацию. Болезненность при надавливании на нервные стволы, если имеется, то указать в каких точках, и степень ее). Симптомы натяжения седалищного нерва (Лассега, Нери, посадки), бедренного нерва (Вассермана, Мацкевича). Анталгические позы больного. Анталгический сколиоз.

Поверхностная чувствительность (тактильная, болевая, температурная). При нарушении поверхностной чувствительности указать, на каких участках кожи отмечены изменения, какого характера (гипестезия, анестезия). Глубокая чувствительность - мышечно-суставное чувство, вибрационная чувствительность. При описании мышечно-суставного чувства указать, в каких суставах и в какой степени оно расстроено. Двумерно-пространственное чувство, дискриминация, чувство локализации. Типы расстройств чувствительности: периферический, корешковый, сегментарный, проводниковый, центральный (гемитип).

Расстройства корковых функций (афазия, апраксия, агнозия).

При наличии афазии производится более подробное исследование для выявления типа речевого нарушения: понимание обращенной к исследуемому устной речи, оценка правильности речи больного (свобода речи, запас слов, парафазии, понимание написанного), письмо активное, под диктовку, копирование, называние на память предметов (амнестическая афазия). Апраксия, Агнозия.

Вегетативная нервная система

Местные изменения кожи, пигментации, трофика, температура кожи. Акроцианоз, мраморность кожи. Дермографизм, выраженность, стойкость. Потоотделение - нормальное, повышено, понижено. Глазосердечный рефлекс Ашнера. Ортоклиностагическая проба. Симптом Горнера. Экзофтальм.

Формулировка клинических синдромов

Топический диагноз

Обоснование предварительного клинического диагноза. На основании причины заболевания, механизма развития заболевания, клинически установленного описания локализации и характера патологического процесса — топического диагноза обосновывается клиническая форма заболевания - предварительный клинический диагноз.

Дифференциальный диагноз

Перечисляются заболевания, сходные по критериям диагностики. Приводится план

клинического исследования.

Заключительный клинический диагноз

Этиология и патогенез заболевания. План лечения

Прогноз.

ОПК-5

Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Структура и частота нарушений мозгового кровообращения в заболеваемости.
2. Факторы риска нарушений мозгового кровообращения
3. Классификация НМК в зависимости от типа течения заболевания
4. Классификация НМК в зависимости от анатомического мозгового субстрата
5. Классификация форм хронического нарушения мозгового кровообращения
6. Классификация форм острого нарушения мозгового кровообращения
7. Классификация форм ишемического инсульта
8. Классификация форм геморрагического инсульта
9. Характеристика периодов острого нарушения мозгового кровообращения
10. Принципы оценки тяжести состояния в остром периоде нарушения мозгового кровообращения
11. Клиническая характеристика начального нарушения мозгового кровообращения
12. Критерии диагностики начального нарушения мозгового кровообращения
13. Дифференциальная диагностика начального нарушения мозгового кровообращения
14. Клиническая характеристика стадий дисциркуляторной энцефалопатии
15. Критерии диагностики дисциркуляторной энцефалопатии
16. Дифференциальная диагностика дисциркуляторной энцефалопатии
17. Клиническая характеристика острого мозгового церебрального сосудистого криза
18. Критерии диагностики острого мозгового церебрального сосудистого криза
19. Дифференциальная диагностика обморока и эпилептического приступа
20. Дифференциальная диагностика обморока и истерического приступа
21. Клиническая характеристика острой гипертонической энцефалопатии
22. Критерии диагностики острой гипертонической энцефалопатии
23. Дифференциальная диагностика острой гипертонической энцефалопатии
24. Клиническая характеристика транзиторной ишемической атаки
25. Критерии диагностики транзиторной ишемической атаки
26. Дифференциальная диагностика транзиторной ишемической атаки
27. Клиническая характеристика малого ишемического инсульта
28. Критерии диагностики малого ишемического инсульта
29. Дифференциальная диагностика малого ишемического инсульта
30. Клиническая характеристика завершеного ишемического инсульта
31. Критерии диагностики завершеного ишемического инсульта
32. Дифференциальная диагностика завершеного ишемического инсульта

33. Критерии ишемического инсульта в бассейне общей сонной артерии
34. Критерии ишемического инсульта в бассейне внутренней сонной артерии
35. Критерии ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии
36. Критерии инсульта в бассейне передней мозговой артерии
37. Критерии ишемического инсульта в бассейне задней мозговой артерии
38. Критерии ишемического инсульта в бассейне позвоночной артерии
39. Критерии ишемического инсульта в бассейне задненижней мозжечковой артерии
40. Клиническая характеристика субарахноидального кровоизлияния
41. Критерии диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния
42. Дифференциальный диагноз спонтанного субарахноидального кровоизлияния
43. Клиническая характеристика разрыва аневризмы передней соединительной артерии
44. Клиническая характеристика разрыва аневризмы средней мозговой артерии
45. Клинические особенности течения артериовенозной аневризмы
46. Клинические особенности каротидно-кавернозного соустья
47. Клиническая характеристика паренхиматозного мозгового кровоизлияния
48. Клиническая характеристика паренхиматозно-оболочечного мозгового кровоизлияния
49. Клинические особенности вентрикулярного кровоизлияния
50. Дифференциальная диагностика геморрагического инсульта
51. Ранние мозговые осложнения инсульта
52. Ранние немозговые осложнения инсульта
53. Поздние мозговые осложнения инсульта
54. Поздние немозговые осложнения инсульта
55. Структура недифференцированной помощи больному с острым нарушением мозгового кровообращения
56. Диагностические мероприятия в остром периоде мозгового инсульта
57. Лечебные мероприятия в остром периоде ишемического инсульта
58. Лечебные мероприятия в остром периоде геморрагического инсульта
59. Тактика при субарахноидальном кровоизлиянии
60. Структура средств реабилитации при инсульте
61. Профилактика инсульта
62. Вторичная профилактика нарушения мозгового кровообращения
63. Клиническая характеристика верхнего инфаркта спинного мозга
64. Клиническая характеристика нижнего инфаркта спинного мозга
65. Классификация опухолей нервной системы по локализации.
66. Классификация опухолей по типу течения.
67. Классификация опухолей нервной системы по гистологической структуре.
68. Классификация опухолей нервной системы по фазам заболевания.
69. Общемозговые расстройства при опухолях головного мозга.
70. Варианты дислокационных синдромов при опухолях головного мозга.
71. Синдромология опухолей лобной доли.
72. Синдромология опухолей височной доли.
73. Синдромология опухолей теменной доли.
74. Синдромология опухолей затылочной доли.
75. Синдромология опухолей полушария мозжечка.
76. Синдромология опухолей червя мозжечка.
77. Синдромология опухолей мосто-мозжечкового угла.
78. Синдромология слуховой невриномы.
79. Синдромология опухолей гипофиза.
80. Синдромология гормонально-активных опухолей гипофиза.

81. Синдромология гормонально-неактивных опухолей гипофиза.
82. Синдромология опухолей желудочковой системы.
83. Клинические особенности течения глиомы головного мозга.
84. Клинические особенности течения медуллобластомы головного мозга.
85. Клинические особенности течения менингеомы головного мозга.
86. Клинические особенности метастатической опухоли головного мозга.
87. Критерии диагностики опухоли головного мозга.
88. План исследования больного при диагностике опухоли нервной системы.
89. Дифференциальный диагноз опухоли головного мозга.
90. Показания к оперативному лечению при опухоли головного мозга.
91. Консервативное лечение опухоли головного мозга.
92. Предоперационная подготовка при опухоли головного мозга.
93. Классификация опухолей головного мозга по гистологической структуре.
94. Классификация опухолей спинного мозга по локализации.
95. Классификация опухолей спинного мозга по течению.
96. Классификация опухолей спинного мозга по расположению по отношению к твердой мозговой оболочке.
97. Гистологические варианты экстрамедуллярных опухолей спинного мозга.
98. синдромология экстрамедуллярных опухолей.
99. Синдромология спинальной менингеомы.
100. Синдромология невриномы корешка.
101. Синдромология эпендимомы конского хвоста.
102. Гистологические варианты интрамедуллярных опухолей спинного мозга.
103. Синдромология интрамедуллярных опухолей.
104. Синдромология эпендимомы центрального канала.
105. Синдромология глиомы спинного мозга.
106. Синдромология тератомы, дермальной кисты.
107. Синдромология злокачественных опухолей спинного мозга.
108. Синдромология метастатических опухолей спинного мозга.
109. Синдромология опухолей шейного отдела спинного мозга.
110. Синдромология опухолей грудного отдела спинного мозга.
111. Синдромология опухолей пояснично-крестцового отдела спинного мозга.
112. Синдромология опухолей конского хвоста.
113. Диагностика опухолей спинного мозга.
114. Дифференциальный диагноз опухоли спинного мозга.
115. Показания к оперативному лечению опухолей спинного мозга.
116. Консервативное лечение опухолей спинного мозга.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Пример 1: Ж., 28 лет. Вчера утром упала на стекло, поранив руку в нижней трети предплечья. Возникло онемение в пальцах левой кисти. При исследовании – рана левого предплечья. Ограничено сгибание 4 и 5 пальцев, большой палец не приводится. Снижена болевая чувствительность на тыльной поверхности 3-5 пальцев и ладонной поверхности 4 и 5 пальцев. Вопросы. 1. Описание синдромов и топического диагноза 2. Формулировка диагноза. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Тактика.

Синдромы: периферический парез 4 и 5 пальцев левой кисти при сгибании, болевая гипестезия в зоне иннервации локтевого нерва слева.

Топический диагноз: поражение левого локтевого нерва на уровне запястья.

Клинический диагноз: травматическая нейропатия левого локтевого нерва.

Дифференциальный диагноз: в данной ситуации не требуется; можно дифференцировать с радикулопатией С7 и С8.

Тактика: проведения стимуляционной электронейромиографии для верификации поражения локтевого нерва; интраоперационная ревизия нерва, шов нерва с последующим восстановительным лечением.

Пример 2: Больной К., 50 лет. Жалобы на отсутствие движений в левой руке, слабость и ограничение движений из-за слабости в левой ноге, онемение в левой половине тела. Заболел остро 1 месяц назад, когда на фоне полного здоровья возникла слабость левой руки и ноги, онемела левая половина тела. Службой скорой медицинской помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после госпитализации. При поступлении АД=160/100 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Ориентирован всесторонне верно, обращённую речь понимает, спонтанная речь сохранена, нечёткая, смазанная. Игнорирует двигательный дефект, пытается встать, говорит, что сам поднимется по лестнице в отделение. Левосторонняя гемианопсия. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Движения в левой руке и ноге отсутствуют. Снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. Сухожильные рефлексы слева выше чем справа, патологические стопные знаки слева. Тонус в левой руке и ноге не повышен. Функцию тазовых органов контролирует. ОАК и ОАМ без патологий. На рентгеновской компьютерной томографии головного мозга определяется зона ишемии в лобной, височной, теменной области правой гемисферы мозга. На УЗДГ сосудов шеи и головы эхо-признаки стенозирующего гемодинамически значимого атеросклероза правой наружной сонной артерии (стеноз – 64%), окклюзия внутренней сонной артерии справа от устья. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии, проведён тромболизисактелизе. Через 7 дней больной переведён в отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения. Объективно на данный момент. Общее состояние удовлетворительное. АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности верно, однако иногда во время разговора проявляются признаки игнорирования дефекта левой половины тела. Речевых нарушений нет. Правосторонняя гемианопсия. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена, симметричная. Движения глазных яблок в полном объёме. Болевая гипестезия левой половины лица. Сглажена левая носогубная складка. Глотание не нарушено, нёбный и глоточный рефлексы сохранены. Девиация языка влево, дизартрия из-за нарушения движений языка. Определяются рефлексы орального автоматизма. Атрофий мышц, фибрилляций и фасцикуляций нет. Движения в левой руке отсутствуют, в левой ноге определяются видимые на глаз мини-мальные движения без преодоления силы тяжести. Сухожильные рефлексы с рук и ног S>D, патологические стопные и кистевые знаки. Повышение мышечного тонуса в левой руке и ноге по типу складного ножа. Координаторные пробы правой рукой и ногой выполняет удовлетворительно, левой рукой и ногой не выполняет из-за слабости. Начал стоять с поддержкой, пытается опираться на левую ногу. Определяются болевая гипестезия левой половины тела, астереогноз. Функции тазовых органов контролирует. Описать клинические синдромы, топический диагноз и клинические синдромы на момент описания и на момент поступления. Определить тактику ведения больного.

Пример 3: Д., 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота.

Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохраненным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения - яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в мкл. Температура 36,7°. Остеопороз спинки турецкого седла. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

План клинического исследования больного клиника нервных болезней

Неврологическое состояние

Сознание: ориентировка в месте и времени, способность к контакту. Настроение. Поведение при обследовании, отношение к своему заболеванию. Память. Бредовые идеи. Обманы восприятия. Состояние интеллекта.

Менингеальные симптомы

Ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского.

Черепно-мозговые нервы

Обонятельный нерв. Обоняние: сохранено, снижено, утрачено. Наличие обонятельных галлюцинаций. Исследовать обоняние с помощью не раздражающих пахучих веществ, отдельно справа и слева.

Зрительный нерв. Острота зрения с коррекцией и без коррекции. Цветовосприятие. Поля зрения. Состояние глазного дна.

Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы. Ширина и равномерность глазных щелей. Объем движений глазных яблок в стороны, вверх, вниз. Наличие сходящегося косоглазия. Диплопия. Парезы и параличи взора.

Зрачки - форма, величина (мидриаз, миоз); равномерность. Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная), на конвергенцию и аккомодацию.

Тройничный нерв. Болезненность давления на точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная). Боли и парестезии в лице. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи лица, слизистой рта, носа, языка (сохранена, снижена, утрачена, извращена - гипералгия). Описать границы расстройства чувствительности на лице (зоны 1, 2, 3 ветвей, сегментарные зоны Зельдера). Вкус на передних двух третях языка. Жевательная мускулатура (выраженность, напряжение, атрофии). Объем движения нижней челюсти. Роговичный, конъюнктивальный, носовой, нижнечелюстной рефлексы (сохранены, снижены, отсутствуют, равномерность).

Лицевой нерв. Состояние мимической мускулатуры - выраженность и равномерность лобных и носогубных складок, расположение углов рта в покое и при заданных движениях (наморщивание лба, зажмуривание глаз, нахмуривание бровей, надувание щек, оскаливание зубов). Слезотечение, сухость глаз.

Слуховой нерв. Острота слуха на разговорную и шепотную речь в отдельности на

каждое ухо. Шум в ушах, головокружение. Нистагм.

Языкоглоточный и блуждающий нервы. Глотание - поперхивание при еде, попадание жидкой пищи в нос). Звучность голоса - нормальная, ослаблена, афония. Подвижность мягкого нёба - достаточная, ослаблена, с какой стороны. Вкус на задней трети языка - нормальный, ослаблен, отсутствует. Саливация. Небный, глоточный рефлексы, их живость, равномерность.

Добавочный нерв. Внешний вид грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц - нормальный, атрофии, с какой стороны, степень. Объем активных движений при поворотах головы, при поднимании надплечий, при сближении лопаток.

Подъязычный нерв. Вид языка: атрофии, фибриллярные подергивания (с какой стороны). Положение языка при высовывании – по средней линии, отклонение в сторону. Объем активных движений языка в стороны, вверх, вниз. Четкость и ясность произношения - нормальное, дизартрия, анартрия.

Двигательная сфера

Осмотр мускулатуры конечностей и туловища. Наличие атрофии или гипертрофии - указать, каких мышц, степень атрофии, провести данные измерений сантиметровой - лентой окружности конечностей (плечо, предплечье, бедро, голень). Фибриллярные- и фасцикулярные подергивания (есть или нет, их локализация).

Активные движения. Объем активных движений в суставах конечностей. При ограничении движений указать, в каких суставах и степень ограничения. Мышечная сила. Проба Барре (верхняя и нижняя).

Пассивные движения возможны в полном объеме или ограничены. Указать степень ограничения (в градусах). Наличие тугоподвижности в суставах. Контрактуры. Состояние мышечного тонуса (определяется во время пассивных движений и при ощупывании мышц): нормальный, снижен, повышен. Характер повышения мышечного тонуса (но пирамидному или экстрапирамидному типу). Наличие феномена «зубчатого колеса». Синкинезии. Механическая возбудимость мышц.

Непроизвольные движения (гиперкинезы): дрожание, хорей, атетоз, хореоатетоз, судороги, тики, торсионный спазм, миоклонии. При описании гиперкинезов отмечать их амплитуду, темп, ритм, стереотипность или разнообразие, постоянство (постоянные, только в покое или при движениях). Гипокинезия.

Координация движений: пальценосовая и пяточно-коленная пробы - точные, с промахиванием, с интенционным тремором. Гиперметрия, адиадохокинез. Устойчивость в положении Ромберга. Проба сочетанного сгибания туловища и бедра (проба Бабинского). Скандированная речь.

Походка больного: нормальная, спастическая, паретическая, гемиплегическая, атактическая (с открытыми и закрытыми глазами), спастико-атактическая, «петушиная», «утиная», манерно-вычурная и др.

Рефлекторная сфера

Глубокие (сухожильные и периостальные рефлексы) - лучезапястный, сухожилия бицепса, трицепса, коленные, ахилловы. Указать степень выраженности (высокие, нормальной амплитуды, снижены, отсутствуют), равномерность. Кожные рефлексы - брюшные, подошвенные - степень их (живые, снижены, отсутствуют), равномерность. Патологические стопные рефлексы Бакинського, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Чаддока, Россолимо, Бехтерева, Жуковского: отсутствуют, имеются, с какой стороны, их выраженность, Клонусы стоп и коленных чашек. Патологические рефлексы на руках: Якобсон-Бехтерева, Бехтерева, Трёмнера. Хватательный рефлекс. Защитные рефлексы сгибательные, автоматизмы, если имеются, то на какой -стороне, их характер, уровень, с которых они вызываются. Рефлексы орального автоматизма — Аствацатурова, Маринеску-Родовичи, хоботковый.

Чувствительная сфера

Боли (местные, проекционные, иррадиирующие, их характер). Парестезии, описать их характер, степень, локализацию. Болезненность при надавливании на нервные стволы, если имеется, то указать в каких точках, и степень ее). Симптомы натяжения седалищного нерва (Лассега, Нери, посадки), бедренного нерва (Вассермана, Мацкевича). Анталгические позы больного. Анталгический сколиоз.

Поверхностная чувствительность (тактильная, болевая, температурная). При нарушении поверхностной чувствительности указать, на каких участках кожи отмечены изменения, какого характера (гипестезия, анестезия). Глубокая чувствительность - мышечно-суставное чувство, вибрационная чувствительность. При описании мышечно-суставного чувства указать, в каких суставах и в какой степени оно расстроено. Двумерно-пространственное чувство, дискриминация, чувство локализации. Типы расстройств чувствительности: периферический, корешковый, сегментарный, проводниковый, центральный (гемитип).

Расстройства корковых функций (афазия, апраксия, агнозия).

При наличии афазии производится более подробное исследование для выявления типа речевого нарушения: понимание обращенной к исследуемому устной речи, оценка правильности речи больного (свобода речи, запас слов, парафазии, понимание написанного), письмо активное, под диктовку, копирование, называние на память предметов (амнестическая афазия). Апраксия, Агнозия.

Вегетативная нервная система

Местные изменения кожи, пигментации, трофика, температура кожи. Акроцианоз, мраморность кожи. Дермографизм, выраженность, стойкость. Потоотделение - нормальное, повышено, понижено. Глазосердечный рефлекс Ашнера. Ортоклиностагическая проба. Симптом Горнера. Экзофтальм.

Формулировка клинических синдромов

Топический диагноз

Обоснование предварительного клинического диагноза. На основании причины заболевания, механизма развития заболевания, клинически установленного описания локализации и характера патологического процесса – топического диагноза обосновывается клиническая форма заболевания - предварительный клинический диагноз.

Дифференциальный диагноз

Перечисляются заболевания, сходные по критериям диагностики. Приводится план клинического исследования.

Заключительный клинический диагноз

Этиология и патогенез заболевания. План лечения

Прогноз.