



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

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и): кафедра неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	доктор медицинских наук	ФГБОУ ВО РязГМУ им. И.П. Павлова	зав.кафедрой
Р.А. Зорин	кандидат медицинских наук	ФГБОУ ВО РязГМУ им. И.П. Павлова	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Е.А. Назаров	доктор медицинских наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ им. И.П. Павлова	зав.кафедрой
С.Н. Трушин	доктор медицинских наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ им. И.П. Павлова	зав.кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по 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

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 закрытии 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 невралгической 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. Электронистагмографию 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) Б-адреноблокаторы (обзидан)
 - в) дофаминергические 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) гипотиреоидная
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

Ситуационные задачи

1. Речь больного глухая, неясная, смазанная с гнусавым оттенком. Употребляет только кашеобразную 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.

2. 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.

3. 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, мышеч-

но-суставная и вибрационная чувствительность. Определить, что и где поражено. Как называются неврологические расстройства?

4. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Определить локализацию поражения.

5. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Походка шаткая («пьяная»), больной ходит, широко расставляя ноги, шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание; при выполнении пальценосовой и указательной проб справа, адиадохокinez справа, не может выполнить пяточноколенную пробу правой ногой, изменение почерка (мегалография). Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено. Парезов конечностей нет. Определить и обосновать топический диагноз.

6. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Определить топический диагноз. Как называются описанные расстройства?

7. 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 рефлексы Бабинского и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Похода спастическая, при ходьбе одна нога заходит за другую, колени соприкасаются между собой. На глазном дне патологии не отмечено. На краниограмме отклонений от нормы не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

8. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Часто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга – переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, лейкоцитоз — 12000. Ревмопробы положительные. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

9. 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 надкостничный 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.

10. К., 45 лет. Два года назад у него после волнения и употребления алкоголя внезапно возникла слабость правой руки, а утром - и правой ноги. Спустя неделю сила ноги восстановилась, оставалась незначительная слабость кисти. Через год вновь развился правосторонний гемипарез и нарушилась речь. Затем постепенно в течение месяца речь и сила ноги восстановились, оставалась лишь легкая слабость руки. Неделю назад у больного снизилась сила правой руки; он перестал разговаривать, сохранив способность понимать речь. Объективно: АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Пульсация левой внутренней сонной артерии на шее ослаблена. Расстройство речи – повторяет отдельный слог – «ба-ба», по просьбе выполняет действия левыми рукой и ногой, сглажена носогубная складка и резко опущен угол рта справа. Язык отклоняется в правую сторону, атрофии мышц языка нет. Активные движения правой руки отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы резко повышены справа, вызываются патологические «кистевые» рефлексы Россолимо и Бехтерева с этой же стороны. Выраженная гипестезия правой руки. Температура нормальная. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты—8400 в 1 мкл, протромбиновый индекс — 1,10. На ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биопотенциалов, преимущественно в левой лобной области. При доплерографии обнаружено сужение левой внутренней сонной артерии на 2 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. РКТ – изменений не установлено. МРТ – очаг измененной мозговой ткани с перифокальным отеком в левой теменно-лобной зоне, смещение срединных структур мозга вправо. Определить локализацию поражения. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.

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

ПК-6

Способность и готовность осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и «терапевтическую среду»

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

1. Методология построения неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы.
2. Кровоснабжение головного мозга. Зоны кровоснабжения сосудистыми бассейнами и отдельными артериями (внутренней сонной, основной, передней, средней, задней мозговой).
3. В.М. Бехтерев и его роль в развитии неврологии. Роль Н.Н. Бурденко в развитии нейрохирургии.
4. Роль А.Я. Кожевникова в развитии неврологии. Эпилепсия Кожевникова.
5. Поверхностные и глубокие рефлексy, основные патологические рефлексy, защитные спинальные рефлексy.
6. Центральный паралич. Механизм и клиническая характеристика. Топико-диагностические варианты.
7. Периферический паралич. Механизм и клиническая характеристика. Топико-диагностические варианты.
8. Синдромология поражения пирамидного пути на разных уровнях (кора, внутренняя сумка, ствол мозга, спинной мозг).
9. Типы расстройств чувствительности: периферический, сегментарный, проводниковый, корковый. Диссоциированное расстройство чувствительности.
10. Внутренняя капсула. Синдромы поражения правой внутренней капсулы.
11. Паллидарная система и ее поражение. Паркинсонизм.
12. Стриарная система, синдромология.
13. Атаксии, клинические характеристики и различия.
14. Варианты нарушения мышечного тонуса, клиническое значение.
15. Виды нарушения походки.
16. Обонятельная система, синдромы.

17. Зрительный нерв и зрительная система, признаки поражения зрительной системы на разных уровнях.
18. Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы и глазодвигательная система; симптомы поражения.
19. Медиальный продольный пучок и межъядерная офтальмоплегия.
20. Регуляция зрения, корковый и стволовый парез зрения; окулоцефальный рефлекс.
21. Тройничный нерв, синдромология.
22. Мимический парез по центральному и периферическому типу. Варианты поражения лицевого нерва.
23. Слуховая и вестибулярная системы, синдромология. Синдром Меньера.
24. Каудальная группа черепно-мозговых нервов. Синдромология.
25. Подъязычный нерв. Парез языка по центральному и периферическому типу.
26. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
27. Альтернирующие параличи при поражении среднего мозга.
28. Синдром Бернара-Горнера, механизм, топические варианты.
29. Синдром Броун-Секара, механизм. Синдромология поражения спинного мозга на уровне D2 сегмента справа
30. Синдромология поперечного поражения спинного мозга на различных уровнях.
31. Вегетативные (автономные) синдромы. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный синдром. Психовегетативный синдром.
32. Гипоталамические синдромы. Клинические варианты, синдромология,
33. Панические атаки как вариант гипоталамического синдрома.
34. Поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность, синдром Рейно.
35. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Признаки центрального и периферического расстройства функций мочевого пузыря.
36. Инструментальная и лекарственная коррекция периферических вегетативных расстройств и неврогенного мочевого пузыря.

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

Практические задания

11. 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.
12. 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.
13. 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?

14. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Определить локализацию поражения.

15. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Походка шаткая («пьяная»), больной ходит, широко расставляя ноги, шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание; при выполнении пальценосовой и указательной проб справа, адиадохокинез справа, не может выполнить пяточколенную пробу правой ногой, изменение почерка (мегалография). Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено. Парезов конечностей нет. Определить и обосновать топический диагноз.

16. Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Его одевают, кормят. Определить топический диагноз. Как называются описанные расстройства?

17. 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 рефлексы Бабинского и Оппенгейма вызываются с обеих сторон. Похода спастическая, при ходьбе одна нога заходит за другую, колени соприкасаются между собой. На глазном дне патологии не отмечено. На краниограмме отклонений от нормы не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.

18. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Часто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга – переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, лейкоцитоз — 12000. Ревмопробы положительные. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический 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):

19. 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.

20. 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.

21. У больного отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц в разгибателе голени повышен. Коленный и ахиллов рефлекс слева выше, чем справа, брюшные – отсут-

ствуют 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?

22. Перед общим эпилептическим припадком у больного появляется кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Определить локализацию поражения.

23. У больного обнаруживается горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны. Походка шаткая («пьяная»), больной ходит, широко расставляя ноги, шатание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга падает в правую сторону. Отмечаются промахивание и интенционное дрожание; при выполнении пальценосовой и указательной проб справа, адиадохкинез справа, не может выполнить пяточколенную пробу правой ногой, изменение почерка (мегалография). Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Суставно-мышечное чувство сохранено. Парезов конечностей нет. Определить и обосновать топический диагноз.

ПК-12

Способность организовывать деятельность ведомственных психологических служб и их структурных подразделений, координировать взаимодействия с руководителями, персоналом различных организаций

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

1. Влияние двигательных нарушений на психическую сферу пациентов.
2. Виды и механизмы боли. Фантомные боли: причины и возможные пути лечения. Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС): этиология, клиника и лечение.
3. Хронический болевой синдром: причины развития и возможные пути фармакологической и немедикаментозной коррекции. Психологические особенности пациентов с нейрогенными болевыми синдромами.
4. Вестибулярные, сенситивные и корковые атаксии. Невротическая атаксия.
5. Диагностические тесты и дополнительные методы диагностики при болезни Паркинсона. Психические нарушения при паркинсонизме.
6. Современный взгляд на лечение болезни Паркинсона.
7. Нарушение иннервации зрения.
8. Механизмы психологической защиты и их роль в течении острых и хронических неврологических заболеваний.
9. Расстройства сознания: методы диагностики и лечения.
10. Посткоматозные состояния. Апатический синдром.
11. Деменции: корковые, подкорковые, смешанные.
12. Нейрогенный мочевой пузырь. Психологические реакции и психологическая реабилитация пациентов с нарушением функции тазовых органов.
13. Психологические изменения у пациентов в различные периоды инсульта: острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный.
14. Тромболитическая терапия: показания, противопоказания и способ проведения.
15. Психические нарушения при дегенеративных заболеваниях нервной системы.
16. Психические нарушения при рассеянном склерозе.
17. Психические нарушения при опухолях головного мозга.
18. Психические изменения при эпилепсии. Комплаентность и ее роль в терапии эпилепсии.

19. Особенности эмоциональной и мотивационной сфер у пациентов с эпилепсией и их влияние на терапию.
20. Фармакорезистентные эпилепсии: причины и пути возможного решения проблемы.

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

24. 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.

25. К., 45 лет. Два года назад у него после волнения и употребления алкоголя внезапно возникла слабость правой руки, а утром - и правой ноги. Спустя неделю сила ноги восстановилась, оставалась незначительная слабость кисти. Через год вновь развился правосторонний гемипарез и нарушилась речь. Затем постепенно в течение месяца речь и сила ноги восстановились, оставалась лишь легкая слабость руки. Неделю назад у больного снизилась сила правой руки; он перестал разговаривать, сохранив способность понимать речь. Объективно: АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Пульсация левой внутренней сонной артерии на шее ослаблена. Расстройство речи – повторяет отдельный слог – «ба-ба», по просьбе выполняет действия левыми рукой и ногой, сглажена носогубная складка и резко опущен угол рта справа. Язык отклоняется в правую сторону, атрофии мышц языка нет. Активные движения правой руки отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы резко повышены справа, вызываются патологические «кистевые» рефлексы Россолимо и Бехтерева с этой же стороны. Выраженная гипестезия правой руки. Температура нормальная. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты—8400 в 1 мкл, протромбиновый индекс — 1,10. На ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоэлектрических потенциалов, преимущественно в левой лобной области. При доплерографии обнаружено сужение левой внутренней сонной артерии на 2 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. РКТ – изменений не установлено. МРТ – очаг измененной мозговой ткани с перифокальным отеком в левой теменно-лобной зоне, смещение срединных структур мозга вправо. Определить локализацию поражения. Установить и обосновать предварительный клинический 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):

26. 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.

27. К., 45 лет. Два года назад у него после волнения и употребления алкоголя внезапно возникла слабость правой руки, а утром - и правой ноги. Спустя неделю сила ноги восстановилась, оставалась незначительная слабость кисти. Через год вновь развился правосторонний гемипарез и нарушилась речь. Затем постепенно в течение месяца речь и сила ноги восстановились, оставалась лишь легкая слабость руки. Неделю назад у больного снизилась сила правой руки; он перестал разговаривать, сохранив способность понимать речь. Объективно: АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Пульсация левой внутренней сонной артерии на шее ослаблена. Расстройство речи – повторяет отдельный слог – «ба-ба», по просьбе выполняет действия левыми рукой и ногой, сглажена носогубная складка и резко опущен угол рта справа. Язык отклоняется в правую сторону, атрофии мышц языка нет. Активные движения правой руки отсутствуют. Тонус мышц повышен в сгибателях предплечья и пронаторах кисти справа. Сухожильные и надкостничные рефлексы резко повышены справа, вызываются патологические «кистевые» рефлексы Россолимо и Бехтерева с этой же стороны. Выраженная гипестезия правой руки. Температура нормальная. Анализ крови: СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты—8400 в 1 мкл, протромбиновый индекс — 1,10. На ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биопотенциалов, преимущественно в левой лобной области. При доплерографии обнаружено сужение левой внутренней сонной артерии на 2 см выше разделения общей сонной артерии на ее основные ветви. РКТ – изменений не установлено. МРТ – очаг измененной мозговой ткани с перифокальным отеком в левой теменно-лобной зоне, смещение срединных структур мозга вправо. Определить локализацию поражения. Установить и обосновать предварительный клинический диагноз.