ОРД-НЕВР 21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской генетикой.

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального координационного учебно-методического совета от «05» февраля 2021 г., протокол № 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология, утвержденной 31.08.2020 г.

для ординаторов_____2 курса _____

по специальности _____31.08.42 Неврология_____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «03» февраля 2021 г., протокол № 5

Заведующий кафедрой психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской генетикой

д.м.н., профессор _____ Букановская Т.И.

Владикавказ 2021

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств

- перечень вопросов по практическим навыкам
-ситуационные задачи
-эталоны тестовых заданий
- перечень вопросов к экзамену

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№П/П	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Государственная итоговая аттестация	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6,ПК-8,ПК-9	БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С
Экзамен	Государственная итоговая аттестация	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6,ПК-8,ПК-9	

Тестовые задания

1) Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки
а)униполярные
б)биполярные
в)мультиполярные
г)псевдоуниполярные
2) Передача нервного импульса происходит
а)в синапсах
б)в митохондриях
в)в лизосомах
г)в цитоплазме
3) Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
а)длину аксона и точность проведения
б)скорость проведения нервного импульса
в)принадлежность к чувствительным проводникам
г)принадлежность к двигательным проводникам
4) Нейроглия выполняет
а)опорную и трофическую функцию
б)опорную и секреторную функцию
в)трофическую и энергетическую функцию
г)только секреторную функцию
5) Твердая мозговая оболочка участвует в образовании
5)покровных костей черепа
б)венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
в)сосудистых сплетений
г)отверстий в основании черепа
6) Симпатические клетки лежат
а)в передних рогах
б)в задних рогах
в)в передних и задних рогах
г)главным образом, в боковых рогах

7) Принцип реципрокности заключается
а)в расслаблении антагонистов и агонистов
б)в расслаблении только агонистов
в)в расслаблении только антагонистов
г)в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов
8) 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
9) При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
а)верхней прямой
б)наружной прямой
в)нижней прямой
г)нижней косой
10) Мидриаз возникает при поражении
а)верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва

б)нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
в)мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
г)среднего непарного ядра
11) Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
а)Т6 или Т7
б)Т8 или Т9
в)Т9 или Т10
г)Т10 или Т11

12) При центральном пирамидном параличе не наблюдается
а)гипотрофии мышц
б)повышения сухожильных рефлексов
в)нарушения функции тазовых органов
г)нарушения электровозбудимости нервов и мышц
13) Хореический гиперкинез возникает при поражении
а)палеостриатума
б)неостриатума
в)медиального бледного шара
г)латерального бледного шара
14) Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
а)латерально
б)медиально
в)вентрально
г)дорсально
15) Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
а)латерально
б)медиально
в)вентрально
г)дорсально
16) Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
а)в продолговатом мозге
б)в мосту мозга
в)в ножках мозга
г)в зрительном бугре
17) Медиатором тормозного действия является
а)ацетилхолин
б)ГАМК
в)норадреналин
г)адреналин
18) Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
а)в латеральном ядре бледного шара
б)в полосатом теле
в)в медиальном ядре бледного шара

г)в субталамическом ядре
19) Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
а)мозжечковая

б)сенситивная
в)вестибулярная
г)корковая
20) Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
а)красное ядро
б)люисово тело
в)черное вещество
г)полосатое тело
21) Биназальная гемианопсия наступает при поражении
а)центральных отделов перекреста зрительных нервов
б)наружных отделов перекреста зрительных нервов
в)зрительной лучистости
г)зрительных трактов
22) К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
а)зрительного тракта
б)зрительного перекреста
в)наружного коленчатого тела
г)зрительной лучистости
23) При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
а)биназальная
б)гомонимная
в)битемпоральная
г)нижнеквадрантная
24) Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
а)зрительного тракта
б)зрительного перекреста
в)зрительной лучистости
г)внутренней капсулы
25) Через верхние ножки мозжечка проходит путь
а)задний спинно-мозжечковый
б)передний спинно-мозжечковый
в)лобно-мосто-мозжечковый
г)затылочно-височно-мосто-мозжечковый
48
26) Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
а)обонятельного бугорка
б)обонятельной луковицы
в)височной доли
г)теменной доли
27) Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
а)центральных отделов перекреста зрительных нервов
б)наружных отделов перекреста зрительных нервов
в)зрительных трактов перекреста зрительных нервов
г)зрительной лучистости с двух сторон
28) Истинное недержание мочи возникает при поражении
а)парацентральных долек передней центральной извилины
б)шейного отдела спинного мозга
в)поясничного утолщения спинного мозга
г)конского хвоста спинного мозга
29) При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется

а)в верхних отделах моста мозга
б)в нижних отделах моста мозга
в)в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
г)в ножках мозга
30) Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
а)с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
б)с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
в)с **нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной**
г)с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1:
Больной В., 68 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, внезапно развившуюся слабость в правых конечностях, нарушение речи.
В анамнезе: артериальная гипертензия с подъемами АД поступил в клинику с жалобами на головную боль, внезапно
развившуюся слабость в правых конечностях, нарушение речи.
В анамнезе: артериальная гипертензия с подъемами АД до 220/110 мм.рт.ст., частые головные боли, преимущественно затылочной локализации, хронический пиелонефрит.
При осмотре: Повышенного питания. Лицо гиперемировано. АД 190/110 мм.рт.ст., Ps 82 в минуту, ритмичный, ЧДД 16 в минуту.
Неврологический статус: Уровень сознания - оглушение. Нарушение речи: трудности в понимании обращенной речи и затруднения в говорении. Легкий симптом Бехтерева слева, других менингеальных симптомов нет. Зрачки равны, фотореакция живая. Движения глазных яблок не ограничены. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц справа по центральному типу. Девиация языка вправо. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2-х баллов в руке и 3-х баллов в ноге с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Глубокие рефлексы выше справа. На болевые раздражители хуже реагирует справа. Координаторных нарушений нет.
Во время осмотра состояние больного резко ухудшилось. Дыхание стало шумным, ЧДД 22 в минуту. АД 220/110 мм.рт.ст., Ps 72 в минуту. Появилась инъекция склер, гиперемия лица. Степень нарушения сознания наросла до сопора. Развилась тотальная афазия. Менингеальный синдром представлен грубым симптомом Бехтерева слева, ригидностью затылочных мышц. Анизокория S>D (левый зрачок шире). Правосторонний гемипарез нарос до гемиплегии.
Контрольные вопросы:
1.Определить анатомическую локализацию поражения.
2.Как расценить внезапное ухудшение состояния больного, предположительный диагноз?
3. Сформулируйте клинический диагноз?
Задача 2: Больная 35 лет заболела остро, когда около 06.45 внезапно развилось нарушение зрения по
типу выпадения левых полей зрения длительностью около 30 минут. Впоследствии отмечала кратковременный (в течение нескольких секунд) эпизод слабости в правой руке. С 16 лет отмечает повышение АД до 160/100 мм. рт. ст., постоянную гипотензивную терапию не получает.
Объективно:
сознание ясное, контактна, ориентирована. Черепные нервы в норме. Парезов в конечностях нет. Тонус

мышц и рефлексы симметричны, патологических рефлексов нет. Чувствительных и координаторных
нарушений нет. Оболочечные симптомы отсутствуют.
Клинический анализ крови: СОЭ 46 мм/ч, лейкоциты 6.12 тыс. в мм3, эритроциты 4.68 млн. в мм3, гемоглобин 131 г/л, тромбоциты 255 тыс. в мм3, лимфоциты 26.2%, моноциты 8.03%, нейтрофилы 3.91%, эозинофилы 1.43%, базофилы 0%. В биохимическом анализе крови: АЛТ 17 U/л,
АСТ 24 U/л, общий белок 74,0 г/л, мочевина 4,6 ммоль/л, креатинин 72 мкмоль/л, холестерин общий 5,82 ммоль/л, триглицериды 1,3 ммоль/л, ЛПВП 0,96 ммоль/л, ЛПНП 3,97 ммоль/л, коэффициент атерогенности 4,7583, билирубин общий 13,4 мкмоль/л, глюкоза 6,11 ммоль/л. Протромбин 100,2%, МНО 0,97, АПТВ 33,2 сек. На ЭКГ: ускоренный эктопический предсердный ритм с ЧСС 70 в минуту.
Нормальное положение ЭОС. Местные нарушения внутрижелудочковой проводимости. Синдром ранней реполяризации желудочков. Триплексное сканирование сосудов шеи и головы и СКТ головного мозга в норме. МРТ головного мозга: картина единичных мелких очагов ОНМК по ишемическому типу
в обоих каротидных бассейнах, свежие ишемические изменения в затылочной доле справа. ЭХО-КГ: в
полости левого предсердия определяется подвижное овальное образование мышечной плотности размерами 3.0*2.0 см, ножкой крепится к МПП (миксома левого предсердия).

1. Опредлить поврежденную область мозга при посуплении.
2. Сформулируйте топический и клинический диагноз.
3. Опишите патогенез основных синдромов.
4. Назовите имеющиеся и возможные осложнения данного заболевания.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Составьте план обследования больной.
7. Назначьте лечение.
8. Назначьте неотложные мероприятия при возникновении критически

Задача 3

Мужчина 55-ти лет доставлен в больницу утром в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анемнеза известно, что в течении последних 10 лет периодически отмечаются повышение артериального давления до 180/110мм.рт.ст. при обследовании: сознание ясное, артериальное давление 190/115 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минут, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского слева.

1. Неврологические симптомы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Лечение?

Задача 4

Женщина 60-ти лет доставлена в больницу в связи с интенсивной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление 210/120 мм.рт.ст., пульс 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшалось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?