

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 реабилитацией

УТВЕРЖДЕНО

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

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Нейровизуализационные и  
функциональные методы исследования»

основной профессиональной образовательной программы высшего  
образования – программы ординатуры по специальности 31.08.42  
Неврология, утвержденной 26.02.2021

для ординаторов \_\_\_\_\_ 1, 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 реабилитацией

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_

  
Букановская Т.И.

## 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  
- перечень вопросов к зачету/экзамену

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО  
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ  
МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ**

№П/П	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	<u>Нейровизуализационные и функциональные методы исследования</u>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9	БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С
Зачет	<u>Нейровизуализационные и функциональные методы исследования</u>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9	



## Тестовые задания

### Выберите один правильный ответ

#### **1. Где располагается второй нейрон поверхностный видов чувствительности?**

1. - спинномозговые узлы
2. - задние рога спинного мозга
3. - передние рога спинного мозга
4. - боковые рога спинного мозга
5. - передние отделы боковых канатиков спинного мозга.

#### **2. В каких структурах головного мозга оканчивается второй нейрон чувствительного пути?**

1. - клетках задних рогов
2. - вентролатеральном ядре зрительного бугра
3. - коре задней центральной извилины
4. - коре верхней теменной доли
5. - коре нижней теменной доли.

#### **3. Где располагается проекционная чувствительная зона?**

1. - передняя центральная извилина
2. - задняя центральная извилина
3. - интерпариетальная борозда
4. - нижняя теменная доля
5. - средние части верхней височной извилины.

#### **4. Что понимается под термином "аллохейрия"?**

1. - раздвоение болевого ощущения
2. - одиночное раздражение воспринимается как множественное
3. - извращенное восприятие раздражения
4. - восприятие раздражения не в том месте, где оно наносится
5. - ощущение жжения, покалывания, стягивания, возникающее спонтанно.

#### **5. Что понимается под термином "каузалгия"?**

1. - боли после ампутации конечности
2. - приступообразные боли жгучего характера. Смачивание уменьшает их (симптом "мокрой тряпки").
3. - стреляющие боли вдоль конечности
4. - острые внезапные боли, возникающие при неловком движении
5. - нарастающие по своей интенсивности боли.

#### **6. Чем характеризуется поражение задних корешков спинного мозга?**

1. - ломящими болями в стопе или кости
2. - стреляющими болями вдоль конечности, парестезиями
3. - приступообразными болями жгучего характера в пределах конечности
4. - нарастающими по интенсивности болями
5. - местной болезненностью.

#### **7. Чем характеризуется спинальная сенситивная атаксия?**

1. - нижней параплегией с выпадением всех видов чувствительности
2. - выпадением глубоких видов чувствительности, атаксией при ходьбе, усиливающейся в темноте

- 3.- расстройством глубокого мышечно-суставного чувства по дистальному типу
- 4.- нарушением глубокого мышечно-суставного чувства и поверхностных видов чувствительности по гемитипу
- 5.- выпадением глубокого мышечно-суставного чувства в пределах автономной зоны расстройств чувствительности.

#### **8. Чем характеризуется половинное поражение спинного мозга?**

- 1.- проводниковым нарушением всех видов чувствительности с 2-х сторон
- 2.- проводниковым выпадением поверхностных видов чувствительности с 2-х сторон
- 3.- проводниковым выпадением глубокого мышечно-суставного чувства с 2-х сторон
- 4.- выпадением глубокого мышечно-суставного чувства на стороне пареза, поверхностных – на противоположной
- 5.- при высоком расположении патологического процесса (верхний грудной уровень) - гипалгезия, выпадение глубокого мышечно-суставного чувства и парез на одной стороне.

#### **9. О какой локализации процесса Вы могли бы подумать у больного с гипертензионными головными болями, расстройством чувствительности в дистальных отделах ног, центральным парезом стоп?**

- 1.- спинной мозг выше шейного утолщения
- 2.- верхнегрудные сегменты спинного мозга
- 3.- среднегрудные сегменты спинного мозга
- 4.- парасагиттальная зона
- 5.- передняя центральная извилина.

#### **10. Что означает термин "анозогнозия"?**

- 1.- нарушение распознавания в интенсивности наносимого раздражения
- 2.- нарушение пространственных отношений
- 3.- нарушение оценки сходства и различия предметов
- 4.- нарушение распознавания и ориентировки в отношении своего тела
- 5.- отсутствие осознания своей болезни.
- 5.- полный объем движений при наличии у больного пирамидных знаков.

### **Контрольные вопросы**

1. Актуальность проблемы, клиническая значимость хронических цереброваскулярных заболеваний. Алгоритм диагностических мероприятий. Возможности метода МРТ.
2. Маркеры хронических цереброваскулярных заболеваний, их отображение при МРТ исследованиях. Применяемые МР-последовательности.
3. Механизмы развития изменений при лакунарных инфарктах, типичная локализация и патоморфологическая характеристика. Важные клинические аспекты.
4. Рейтинговая шкала лакунарных инфарктов (Hassan A. et al.), количественная оценка. Малые и большие очаги.
5. Расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина. Интерпретация видимого расширения.
6. Генез лейкоареоза. Выбор МР-последовательности для уточнения изменений. Визуальная шкала Fazekas.
7. Микроинфаркты и церебральные микрокровоизлияния. Характерные изменения по данным МРТ. Роль своевременной диагностики.
8. Нейровизуализационные признаки церебральной атрофии. Синергетические эффекты изменений и клинических проявлений.

## Ситуационные задачи

### Задача №1

**Мужчина 49 года**

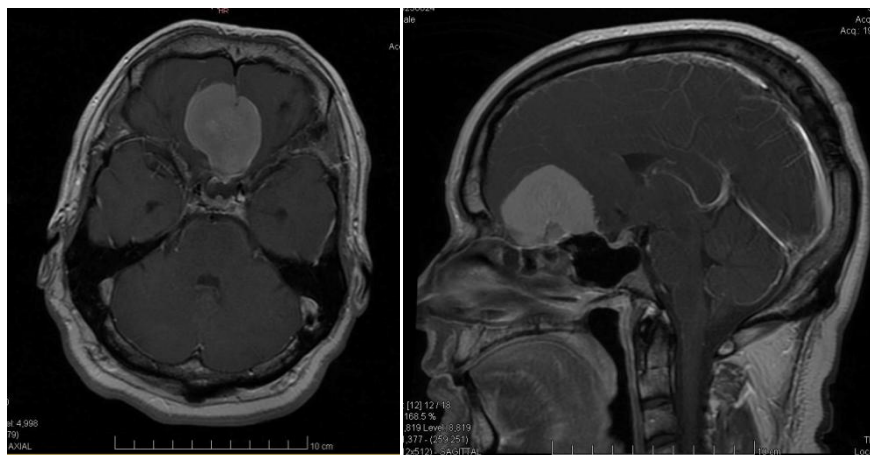
**Жалобы:** на головные боли, снижение обоняния, преимущественно справа.

**Анамнез:** Головные боли и снижение обоняния беспокоят около двух лет. Это послужило поводом для выполнения нейровизуализации головного мозга.

**Неврологический статус:** Сознание ясное. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Глазные щели равные. Движения глазных яблок не ограничены, нистагма нет. Гипосмия справа. Лицо симметричное, язык по средней линии. Речь четкая, глотание и фонация не нарушены. Глоточные и небные рефлексы вызываются. Расстройства чувствительности не выявлены. Активные движения в конечностях сохранены. Проприорефлексы равные. ПНП и ПКП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива, походка не нарушена. Менингеальных знаков нет.

**Осмотр офтальмолога:** ОИ - Начальный застой ДЗН, венозное полнокровие.

**По данным МРТ головного мозга выявлена следующая картина:**



1. **Диагноз?**
2. **Дифференциальный диагноз?**
3. **Какие нужны методы дообследования?**
4. **Лечебная тактика?**

### Задача № 2

**Пациентка Ч., 62 лет.**

**Жалобы:** на умеренную головную боль.

**Анамнез:** 3 дня тому назад на фоне полного благополучия у пациентки резко развилась головная боль с потерей сознания. Была госпитализирована в неврологическом отделении по месту жительства, где была выполнена мультиспиральная компьютерная томография.

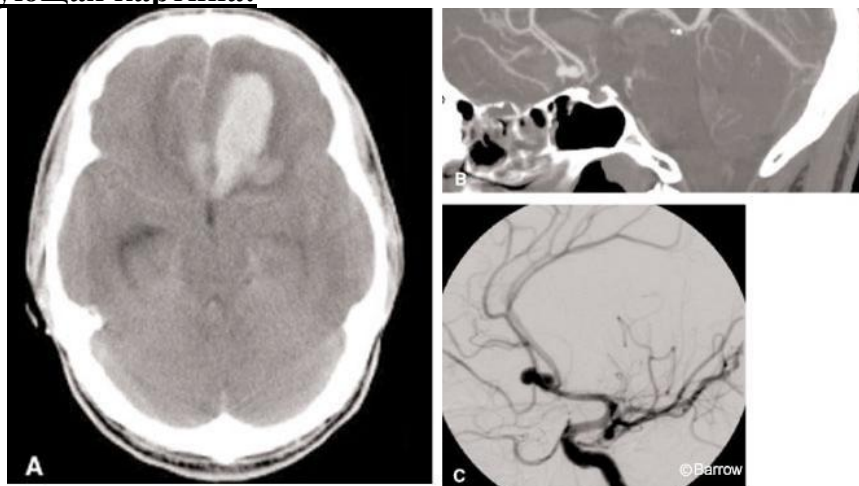
**Неврологический статус:** Уровень сознания: оглушение -1. Дезориентирована во времени и пространстве. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Глазные щели равные. Движения глазных яблок не ограничены,

нистагма нет. Лицо симметричное, язык по средней линии. Речь четкая, глотание и фонация не нарушены. Глоточные и небные рефлексы вызываются. Расстройства чувствительности не выявлены. Активные движения в конечностях сохранены. Проприорефлексы равные. ПНП и ПКП выполняет удовлетворительно. Ригидность затылочных мышц 3 пальца. Симптом Кернига с двух сторон положительный.

По данным транскраниальной доплерографии имеются признаки повышения тонуса левой ЗМА. Ауторегуляция в норме с обеих сторон. ИВМР справа в норме, слева снижен за счет вазодилататорного резерва. Признаки нарушения венозного оттока из полости черепа не выявляются.

По данным нейроофтальмологического осмотра выявлены: ОИ-Умеренно выраженный застой ДЗН.

По данным выполненной РКТ головного мозга и МСТКА выявлена следующая картина:



1. Какой патологии может соответствовать клиническая картина РКТ и данные ЦАГ?
2. С каким синдромом связана подобная клиническая картина?
3. Ваша тактика лечения?

### ЗАДАЧА № 3

**Пациент М. 32 года**

**Жалобы:** на стойкие боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу по задне-боковой поверхности голени и бедра.

**Анамнез:** Боли беспокоят на протяжении 2 месяцев. Консервативная терапия не приносит облегчения.

**Неврологический статус:** ограничены движения в поясничном отделе позвоночника. Гипестезия в дерматоме S1 справа. Парез разгибателя большого пальца стопы до 3-3,5 баллов. Ахиллов рефлекс справа не вызывается. Походка анталгическая.





1. **Сформулируйте диагноз?**
2. **Тактика лечения?**
3. **Показания и объем хирургического вмешательства?**