

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

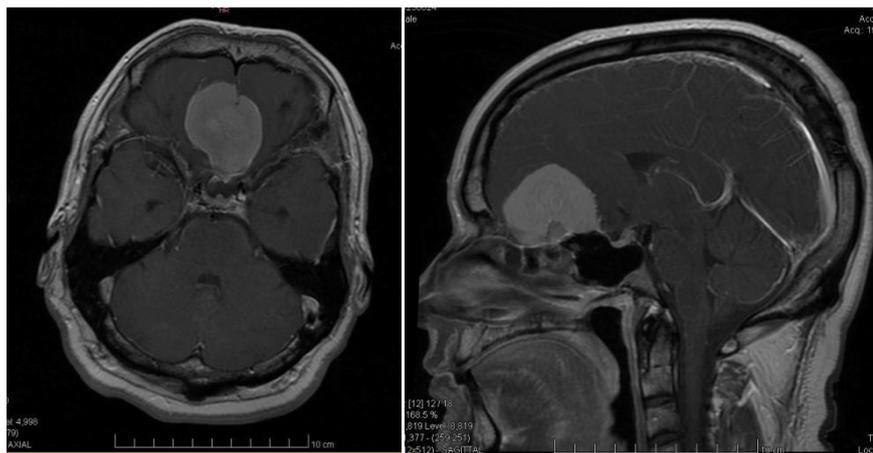
Жалобы: на головные боли, снижение обоняния, преимущественно справа.

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.

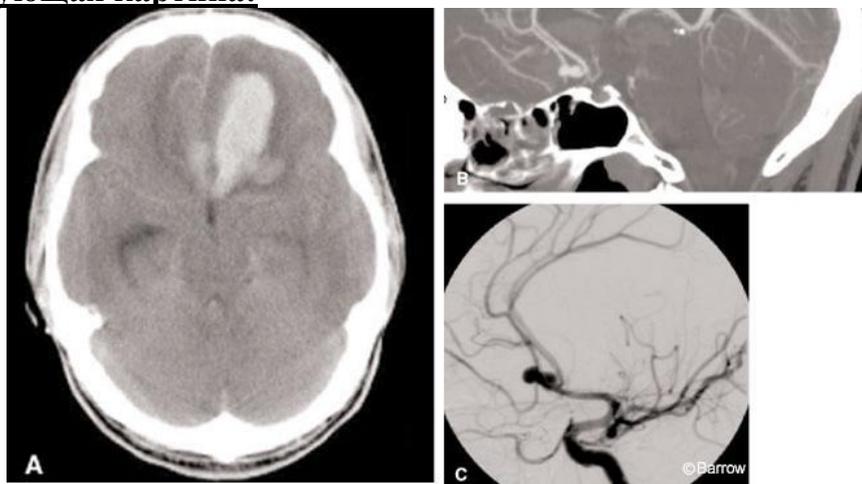
Неврологический статус: Уровень сознания: оглушение -1. Дезориентирована во времени и пространстве. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Глазные щели равные. Движения глазных яблок не ограничены,

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?

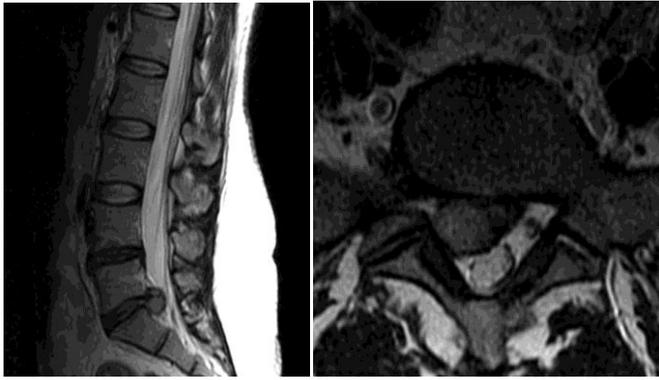
ЗАДАЧА № 3

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?**