ОРД-НЕВР 23

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 «14» марта 2023г., протокол № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине
"Нейровизуализация"

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология, утвержденной 13.04.2023

для ординаторов_____1, 2 курса _____

по специальности ___31.08.42 Неврология_____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры от «10» марта 2023
протокол № 5

Заведующий кафедрой психиатрии с неврологией, нейрохирургией и
медицинской реабилитацией

д.м.н., профессор Букановская Т.И.

Владикавказ 2023

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	Нейровизуализационные и функциональные методы исследования	УК-1; УК-3; УК-4; ПК-1	БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С
Зачет	Нейровизуализационные и функциональные методы исследования	УК-1; УК-3; УК-4; ПК-1	

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 приходьбе, усиливающейся в темноте

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

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 головнымиболями, 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 МРТисследованиях. 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

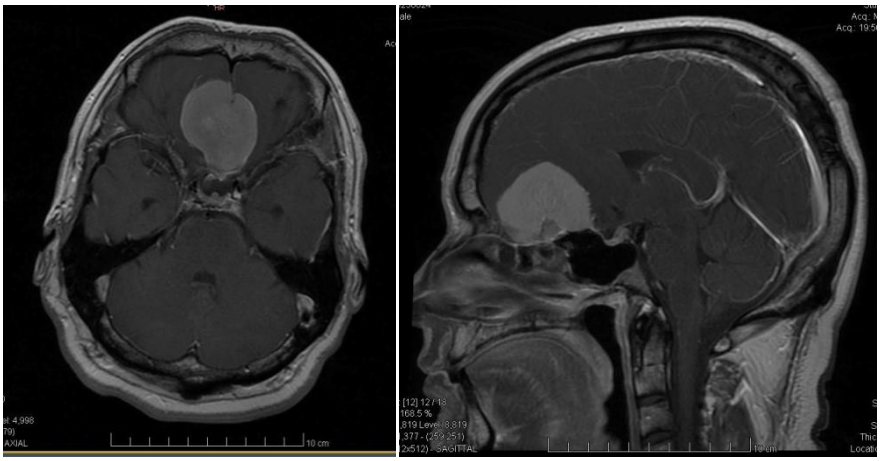
Жалобы: на головные боли, снижение обоняния, преимущественно справа.

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.

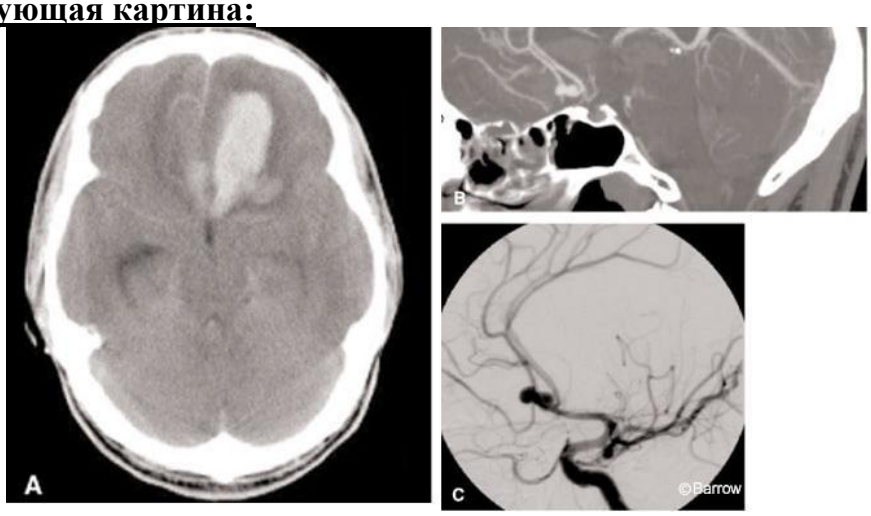
Неврологический статус: Уровень сознания: оглушение -1. Дезориентирована во времени и пространстве. Зрачки равные, фотореакция сохранена. Глазные щели равные. Движения глазных яблок не ограничены,

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 допплерографии имеются признаки повышения тонуса левой ЗМА. Ауторегуляция в норме с обеих сторон. ИВМР справа в норме, слева снижен за счет вазодилятаторного 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?

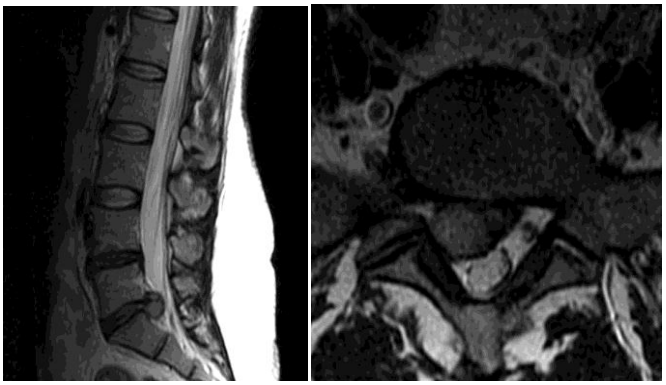
ЗАДАЧА № 3

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?**