

*Приложение к рабочей программе*

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕВРОЛОГИЯ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА**

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра **НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

Нижний Новгород  
2021

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неврология для амбулаторного врача» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неврология для амбулаторного врача». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Неврология для амбулаторного врача» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-4 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6	Текущий	Ишемический инсульт, профилактика. Транзиторная ишемическая атака	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Геморрагический инсульт	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Пароксизмальные расстройства сознания	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Головокружение	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Умеренные когнитивные нарушения и деменция	Тестовые задания

			Ситуационные задачи
		Экстрапирамидные заболевания	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Боли в спине	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Полиневропатии и мононевропатии	Тестовые задания Ситуационные задачи
		Головные боли	Тестовые задания Ситуационные задачи
УК-4 ПК-2 ПК-3 ПК-5 ПК-6	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач

##### 4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-4, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6

1. Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз
2. Определите дополнительные методы дообследования

3. Составьте план профилактических мероприятий данному пациенту

2. Больной 45 лет, в течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, лечился амбулаторно. Во второй половине дня, после работы, внезапно почувствовал онемение и слабость в правых конечностях, «удар» в голову, потерял сознание.

При поступлении: сознание – сопор, общее состояние тяжёлое, на вопросы не отвечает, дыхание шумное, «парусит» правая щека, голова и глаза повернуты влево, артериальное давление 210/120 слева и 170/100 справа.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз
2. Определите дополнительные методы дообследования
3. Составьте план профилактических мероприятий данному пациенту

3. У девушки 20 лет при заборе крови из вены появилась бледность лица, потливость, расширение зрачков. Затем последовала утрата сознания.

1. Определите синдром и поставьте диагноз.
2. Алгоритм помощи пациенту.

4. У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре определяется спонтанный нистагм влево; при указательных пробах руки гармонично отклоняются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; при походке по прямой больной отклоняется вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

Определите алгоритм дообследования данного пациента и возможные причины имеющихся симптомов.

5. В поликлинику обратился сварщик с жалобами на скованность и замедленность движений. Стаж по специальности 22 года, работал на судостроительном заводе, сваривал детали корпусов судов. Объективно врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, повышен мышечный тонус по типу «зубчатого колеса», мелкоамплитудный тремор головы и пальцев рук. При проведении психометрического тестирования обнаружены умеренные когнитивные расстройства.

Определите тип расстройств у данного пациента

6. Мужчина 59 лет, обратился в поликлинику с жалобами на насильственные крупноразмашистые бросковые движения в правых конечностях, возникшие около месяца назад, слабость и неловкость в правых

конечностях. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад перенес инсульт, клиническая картина которого была представлена умеренным правосторонним гемипарезом. По данным МРТ головного мозга, выполненного в остром периоде инсульта, был обнаружен геморрагический очаг в области субталамического ядра и смежных с ним структур слева.

Определите тип расстройств у данного пациента

**7.** Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов.

Определите тип головной боли у пациентки

**8.** Женщина 25 лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Определите тип головной боли у пациентки

**9.** Женщина 36 лет, бухгалтер, большую часть рабочего времени проводит за компьютером, часто берет работу на дом. Обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что последние 2 года ее часто (3-5 дней каждую неделю) беспокоят головные боли. Боль имеет стягивающий характер (похожа на «обруч»), средней интенсивности, во время головной боли ее сильно раздражают громкие звуки. Головная боль продолжается несколько часов, иногда целый день, полностью прекращается или уменьшается после приема комбинированного анальгетика.

Определите тип головной боли

**10.** После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Определите причину появившейся симптоматики

**11.** Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся

несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС.

Определите необходимый перечень дообследований для пациента

**12.** Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены.

Определите необходимый перечень дообследований для пациента и предполагаемый диагноз

**13.** У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега  $\angle 40^\circ$  справа, гипестезия, соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Определите причину появившейся симптоматики

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам дисциплины: тестовые задания.

5.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту по дисциплине «Неврология для амбулаторного врача».

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. УЧАСТКОМ ВОЗМОЖНОЙ КОМПРЕССИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. «плечевой канал»</p> <p>В. «спиральный канал»</p> <p>С. наружная межмышечная перегородка плеча</p> <p>Д. костно-фиброзный канал Гюйона</p>	<p>УК-4</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p> <p>ПК-5</p> <p>ПК-6</p>

<p>2. ДЛЯ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА C6 ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>A. болевая гипестезия I пальца кисти и снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча</p> <p>B. болевая гипестезия I пальца кисти</p> <p>C. снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча</p> <p>D. снижение карпорадиального рефлекса</p>	
<p>3. ДЛЯ КОМПРЕССИИ КОРЕШКА C7 ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>A. боли и парестезии в области I пальца кисти</p> <p>B. боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча</p> <p>C. выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча</p> <p>D. боли в области V пальца кисти</p>	
<p>4. ДЛЯ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>A. усиление боли в голени и стопе при приведении бедра и «перемежающаяся хромота» нижней конечности снижение анального и кремастерного рефлекса</p> <p>B. усиление боли в голени и стопе при приведении бедра</p> <p>C. «перемежающаяся хромота» нижней конечности</p> <p>D. все перечисленное</p>	
<p>5. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АКСОНОПАТИЙ И МИЕЛИНОПАТИЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>A. иммунологическое исследование крови</p> <p>B. иммунологическое исследование ликвора</p> <p>C. биопсия мышц</p> <p>D. электромиография</p>	
<p>6. ПРИЧИНОЙ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	

<p>А.Отолиты В.Гидропс лабиринта С.Нарушение кровообращения в артерии улитки D.Вирусная инфекция</p>	
<p>7. СОЧЕТАНИЕ БОЛИ И ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ, НА УШНОЙ РАКОВИНЕ, НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ УЗЛА:</p> <p>А. Вестибулярного В. Гассерова С. Коленчатого D. Крылонебного</p>	
<p>8. ВЫБЕРИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ИСТИННОЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ВЕРТИГО:</p> <p>А. Инсульт в мозжечке В. Болезнь Меньера С. Рассеянный склероз D. Паническое расстройство</p>	
<p>9. ВЕСТИБУЛЯРНОЕ (СИСТЕМНОЕ) ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ:</p> <p>А. вестибулярного анализатора В. коры лобных долей С. базальных ядер D. путей проведения проприоцептивной чувствительности</p>	
<p>10.ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. отсутствие нистагма</p>	



<p>В. отсутствие вегетативных проявлений</p> <p>С. резкое снижение слуха</p> <p>Д. появление системного головокружения при определенном положении или повороте головы</p>	
<p>11.К ПЕРВИЧНЫМ ГОЛОВНЫМ БОЛЯМ НЕ ОТНОСЯТ:</p> <p>А. Лекарственно индуцированную головную боль</p> <p>В. Мигрень с аурой</p> <p>С. Головную боль напряжения</p> <p>Д. Кластерную цефалгию</p>	
<p>12.РАССТРОЙСТВО СЛОЖНОГО ВИДА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ НАРУШЕНИЕМ РАСПОЗНАНИЯ ТРЕХМЕРНОГО ПРОСТРАНСТВА (ОБЪЕМНЫХ ПРЕДМЕТОВ), НАЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>А. анестезия</p> <p>В. астереогноз</p> <p>С. аллохейрия</p> <p>Д. аллостезия</p>	
<p>13.ПРИЗНАКАМИ АКИНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. затруднения при начале произвольных движений, замедленность движений (брадикинезия), прогрессирующее снижение скорости и амплитуды повторных движений</p> <p>В. существенное снижение мышечной силы</p> <p>С. непроизвольные насильственные движения в конечностях</p> <p>Д. чувствительные расстройства</p>	
<p>14.КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА:</p> <p>А. синдром «зубчатого колеса»</p> <p>В. гипотония мышц</p> <p>С. синдром «складного ножа»</p>	

D. спастичность	
15.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ПРЕПАРАТЫ: A. Сосудорасширяющие B. Триптаны C. Антигистаминовые D. Антисеротониновые	
16.МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПРИСТУПА МИГРЕНИ СОСТАВЛЯЕТ: A. 72 часа B. 24 часа C. 6 часов D. 1 час	
17.ОСТРЕЙШИЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ: A. первые сутки B. первые 5 суток C. первую неделю D. первый месяц	
18.КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ: A. атаксия B. гемипарез C. изоэлектрическая ЭЭГ D. менингеальные симптомы	
19.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: A. внутримозговое кровоизлияние по данным КТ B. возраст 75 лет C. уровень артериального давления 170/90 мм рт.	

<p>ст. D. гликемия 13 ммоль/л</p>	
<p>20. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ПОКАЗАНО ПРИ:</p> <p>A. атеросклерозе внутренней сонной артерии B. сахарном диабете C. гипертонической болезни D. фебриляции предсердий</p>	
<p>21. КОРЕШКОВЫЙ (РАДИКУЛЯРНЫЙ) ТИП НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>A. гиперестезией или гипестезией в зоне соответствующего дерматома, болями, усиливающимися при движениях, иррадирующими из позвоночника в конечности; положительными симптомами натяжения, наличие болевых точек; нарушение всех видов чувствительности в зоне соответствующего дерматома B. нарушением всех видов чувствительности в зоне соответствующего дерматома C. нарушением поверхностной чувствительности по сегментарному типу на одноименной очагу стороне поражения D. анестезией (гипестезией) поверхностной и глубокой чувствительности ниже очага поражения</p>	
<p>22. К РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ОТНОСЯТ:</p> <p>A. назначение церебролизина B. назначение сернокислой магнезии C. назначение гепарина D. тромболизис Алтеплазой</p>	
<p>23. МОТОРНАЯ АФАЗИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p>	

<p>ПОРАЖЕНИИ ЗОНЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Вернике</li><li>B. Вестфалия</li><li>C. Брока</li><li>D. Перлиа</li></ul>	
<p>24. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ СЛЕДУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. проверить устный счет</li><li>B. предложить больному прочитать тест</li><li>C. предложить больному назвать окружающие предметы</li><li>D. выполнить различные движения по подражанию</li></ul>	
<p>25. АКАЛЬКУЛИЯ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. нарушение счета</li><li>B. нарушение письма</li><li>C. нарушение моторной речи</li><li>D. нарушение понимания речи</li></ul>	
<p>26. ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНАЯ И КАРОТИДНАЯ СИСТЕМЫ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА АНАСТОМОЗИРУЮТ ЧЕРЕЗ АРТЕРИЮ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Среднюю мозговую</li><li>B. Переднюю соединительную</li><li>C. Заднюю соединительную</li><li>D. Основную</li></ul>	
<p>27. РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЧАЩЕ СВЯЗАНО С:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. стенозом крупных сосудов</li><li>B. спазмом мозговых сосудов</li><li>C. поражением мелких мозговых сосудов</li><li>D. повышением свертываемости крови</li></ul>	
<p>28. В РАЗВИТИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА</p>	

<p>ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ИГРАЮТ РОЛЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. пролапс митрального клапана</li><li>B. повышение фибринолитической активности крови</li><li>C. снижения активности свертывающей системы</li><li>D. стеноз магистральных сосудов на шее</li></ul> <p>29. В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМОЗГОВЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ГЕМАТОМ КЛЮЧЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов</li><li>B. оценка свертывающей-противосвертывающей системы</li><li>C. нейровизуализационное исследование головного мозга</li><li>D. оценка системной и центральной гемодинамики</li></ul>	
<p>30. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МЕЛКИХ СОСУДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. амнестический синдром, эпилептические приступы</li><li>B. головная боль, головокружение и когнитивные нарушения</li><li>C. когнитивные нарушения, тазовые и постуральные расстройства</li><li>D. депрессия и атаксия</li></ul>	
<p>31. ДИАГНОЗ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ УСТАНОВЛИВАЮТ, ЕСЛИ ОЧАГОВАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА ПОДВЕРГАЕТСЯ ПОЛНОМУ РЕГРЕССУ В ТЕЧЕНИЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. 24 часов и по данным нейровизуализации отсутствуют признаки инфаркта головного мозга</li><li>B. 48 часов и по данным нейровизуализации отсутствуют признаки инфаркта головного мозга</li><li>C. 1 часа и по данным нейровизуализации отсутствуют признаки инфаркта головного мозга</li><li>D. 1 часа, результаты нейровизуализации головного мозга не учитываются</li></ul>	
<p>32. КРИТЕРИЯМИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СЛУЖИТ</p>	

<p><b>НАЛИЧИЕ:</b></p> <p>A. артериоартериального или кардиального источника эмболии высокого/среднего риска, очага инфаркта головного мозга любого размера</p> <p>B. кардиального источника эмболии высокого/среднего риска, очага инфаркта головного мозга любого размера и локализации</p> <p>C. кардиального источника эмболии высокого/среднего риска, очага инфаркта головного мозга менее 1,5 см в диаметре</p> <p>D. кардиального источника эмболии высокого/среднего риска, очага инфаркта головного мозга более 1,5 см в диаметре</p>	
<p><b>33.ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ "ИНСУЛЬТ" РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</b></p> <p>A. индекс мобильности Ривермид (Rivermead mobility index)</p> <p>B. модифицированную шкалу Рэнкина (Modified Rankin scale)</p> <p>C. шкалу инсульта Национальных институтов здоровья Соединенных Штатов Америки (National Institutes of Health Stroke Scale)</p> <p>D. модифицированную шкалу Эшворта (Modified Ashworth Scale)</p>	
<p><b>34.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ "СОСУДИСТОЙ" ДЕМЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ:</b></p> <p>A. церебральных венозных сосудов среднего калибра</p> <p>B. церебральных артериальных сосудов среднего калибра</p> <p>C. мелких церебральных вен</p> <p>D. мелких церебральных артерий</p>	
<p><b>35.УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЗГА ЧАСТО ПРОЯВЛЯЮТСЯ:</b></p> <p>A. расстройством речевых функций и памяти,</p>	

<p>затрудняющими коммуникативные возможности пациента</p> <p>В. нарушением ориентировки в пространстве и зрительными галлюцинациями, что требует постоянного наблюдения за больным</p> <p>С. нарушением внимания и регуляторных функций, выявляемыми по данным тестирования, но ограничивающими повседневную активность</p> <p>Д. нарушением внимания и регуляторных функций, выявляемыми по данным тестирования, но не ограничивающими повседневную активность</p>	
<p>36. ДЛЯ СОСУДИСТЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОАНГИОПАТИЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. повышенная утомляемость при умственной работе</p> <p>В. трудности при одновременном выполнении нескольких действий</p> <p>С. выраженный амнестический синдром</p> <p>Д. расстройство переключаемости внимания</p>	
<p>37. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УМЕРЕННЫХ СОСУДИСТЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:</p> <p>А. оптимизация артериального давления, регулярная физическая активность</p> <p>В. блокаторы гистаминовых H-1 рецепторов</p> <p>С. ингибиторы фосфодиэстеразы</p> <p>Д. ингибиторы холинэстеразы</p>	
<p>38. ПРИ ЛЕЧЕНИИ "СОСУДИСТОЙ" ДЕМЕНЦИИ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. никотиновая кислота</p> <p>В. бетагистин</p> <p>С. мемантин</p> <p>Д. эуфиллин</p>	
<p>39. В ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ</p>	

<p>НАРУШЕНИЙ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ ШКАЛУ:</p> <p>A. NIHSS B. MMSE C. FAS D. DASH</p> <p>40.НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗОНЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ ИМПУЛЬСНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МРТ:</p> <p>A. DWI B. SWI C. T2-ВИ D. FLAIR</p>	
<p>41.ПО КАКОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНИВАЮТ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ?:</p> <p>A. Хен-Яра B. Глазго C. Фишера D. Ханта и Хесса</p>	
<p>42.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ?:</p> <p>A. эналаприл B. нимодипин C. лазартан D. кардиомагнил</p>	
<p>43.АНТИДОТ ИМЕЕТСЯ У СЛЕДУЮЩЕГО АНТИКОАГУЛЯНТА:</p> <p>A. Фенилин B. Апиксабан C. Варфарин D. Дабигатран</p>	
<p>44.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕКАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО</p>	



<p>ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА:</p> <p>А. Дабигитран В. Ацетилсалициловую кислоту С. Апиксабан D. Ривароксабан</p>	
<p>45.ДАБИГАТРАН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НИЖЕ:</p> <p>А. 30 мл/мин В. 50 мл/мин С. 70 мл/мин D. 90 мл/мин</p>	
<p>46.ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТА ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЗАВИСИТ ОТ:</p> <p>А. формы фибрилляций предсердий В. скорости клубочковой фильтрации С. выраженности неврологического дефицита D. локализации очага ишемии</p>	
<p>47.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МОЗГ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. амилоидная ангиопатия В. сахарный диабет С. артерио-венозная мальформация, аневризма D. длительные физические нагрузки</p>	
<p>48.ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. атеросклероз брахиоцефальных сосудов В. патология сердца С. артериальная гипертензия D. сахарный диабет</p>	
<p>49.НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ</p>	

<p><b>И АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</b></p> <p>A. МРТ в режиме DWI</p> <p>B. селективная церебральная ангиография или КТ-ангиография</p> <p>C. Магнитно-резонансная ангиография</p> <p>D. МРТ с контрастным усилением</p>	
<p><b>50.КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПЕРИНТЕНСИВНЫЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ УЧАСТКИ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ И ВНУТРИМОЗГОВОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ СПУСТЯ:</b></p> <p>A. 1 ч от начала кровоизлияния</p> <p>B. 3 ч от начала кровоизлияния</p> <p>C. 6 ч от начала кровоизлияния</p> <p>D. 12 ч от начала кровоизлияния</p>	

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	A	21	A	41	D
2	A	22	D	42	B
3	B	23	C	43	D
4	A	24	C	44	B
5	D	25	A	45	A
6	B	26	C	46	B
7	C	27	C	47	C
8	B	28	D	48	C
9	A	29	C	49	B
10	D	30	C	50	A
11	A	31	A		
12	B	32	D		
13	A	33	C		
14	C	34	D		
15	B	35	D		
16	A	36	C		
17	B	37	A		
18	D	38	C		
19	A	39	B		
20	D	40	A		

### 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Название дисциплины» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=4015>

Разработчик(и):

Григорьева Вера Наумовна, д.м.н., профессор, зав.кафедрой нервных болезней

Зоркова Анна Викторовна, ассистент кафедры нервных болезней

Дата «12» января 2023 г.