

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Неврология

по специальности: 31.08.68 Урология

№ п/п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Раздел 1. Общие вопросы клинической неврологии и Раздел 2. Частная неврология	УК-1, ПК-6	Знать: - клинические проявления коматозных состояний, ОНМК, эпилептического приступа, синкопальных состояний, острого болевого синдрома, панической атаки, острого спинального синдрома, острого энцефаломиелита, острой энцефалопатии Вернике - клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, применяемых для оказания неотложной помощи в неврологии; Уметь: - разработать план терапевтических действий с учетом течения болезни и ее лечения; - обосновать фармакотерапию у конкретного больного, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; Владеть: - методологией абстрактного мышления, анализа и синтеза полученной информации для выбора тактики лечения при неотложных неврологических расстройствах - приемами оказания неотложной помощи при нарушении сознания, судорогах, остром болевом синдроме, панической атаке, ОНМК, герпетическом и клещевом энцефалите, энцефалопатии Вернике, черепно-мозговой травме	Тестовые задания Ситуационные задачи	30 10

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1 Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. При поражении отводящего нерва возникает паралич а) Наружной прямой мышцы б) Верхней прямой мышцы	УК-1, ПК-6,

в) Нижней прямой мышцы г) Нижней косой мышцы	
2. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается при а) Сенситивной атаксии б) Мозжечковой атаксии в) Вестибулярной атаксии г) Лобной атаксии	
3. При поражении зрительного тракта возникает а) Гомонимная гемианопсия б) Биназальная гемианопсия в) Битемпоральная гемианопсия г) Нижнеквадрантная гемианопсия	
4. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении: а) Височной доли б) Теменной доли в) Обонятельной луковицы г) Обонятельного бугорка	
5. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании: а) С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага б) С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне в) С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага г) С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага	
6. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия: а) Статическая б) Динамическая в) Вестибулярная г) Сенситивная	
7. Верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Th 10 дерматомы при поражении спинного мозга на уровне сегмента: а) Th8 или Th9 б) Th6 или Th7 в) Th9 или Th10 г) Th10 или Th11	
8. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексов справа очаг локализуется: а) В мосту мозга слева б) В левом мостомозжечковом углу в) В правом полушарии мозжечка г) В области вершины пирамиды левой височной кости	
9. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла: а) Коленчатого б) Вестибулярного	

в) Крылонебного г) Гассерова	
10. Алексия наблюдается при поражении: а) Угловой извилины б) Верхней лобной извилины в) Парагиппокампальной извилины г) Таламуса	
11. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается: а) Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути б) Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами в) Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи г) Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов	
12. Истинный астереогноз обусловлен поражением: а) Теменной доли б) Лобной доли в) Височной доли г) Затылочной доли	
13. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении: а) Язычной извилины б) Глубинных отделов теменной доли в) Первичных зрительных центров в таламусе г) Наружных отделов зрительного перекреста	
14. Больной со зрительной агнозией: а) Видит предметы, но не узнает их б) Плохо видит окружающие предметы, но узнает их в) Видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной г) Не видит предметы по периферии полей зрения	
15. Больной с моторной афазией: а) Понимает обращенную речь, но не может говорить б) Не понимает обращенную речь и не может говорить в) Может говорить, но не понимает обращенную речь г) Может говорить, но речь скандированная	
16. Амнестическая афазия наблюдается при поражении: а) Стыка височной и теменной долей б) Лобной доли в) Теменной доли г) Стыка лобной и теменной долей	
17. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения языка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении: а) Продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева б) Продолговатого мозга на уровне X нерва слева в) Колена внутренней капсулы слева г) Заднего бедра внутренней капсулы слева	
18. Компрессионное поражение запирательного нерва сопровождается: а) Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра	

б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра	
19. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении: а) Лобной доли б) Теменной доли в) Височной доли г) Затылочной доли	
20. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга на уровне: а) Красных ядер б) Верхних отделов продолговатого мозга в) Нижних отделов продолговатого мозга г) Моста мозга	
21. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов: а) Лицевого и отводящего б) Лицевого и глазодвигательного в) Языкоглоточного и блуждающего г) Подъязычного и добавочного	
22. Конструктивная апраксия возникает при поражении: а) Теменной доли доминантного полушария б) Теменной доли недоминантного полушария в) Лобной доли доминантного полушария г) Лобной доли недоминантного полушария	
23. Расстройства памяти типа корсаковского синдрома возникают при поражении: а) Медио-базальных отделов височной доли б) Верхних отделов теменной доли в) Верхних отделов затылочной доли г) Нижних отделов лобной доли	
24. Астереогноз возникает при поражении: а) Верхней теменной доли б) Язычной извилины теменной доли в) Нижней лобной извилины г) Верхней височной извилины	
25. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага: а) В среднем отделе передней центральной извилины справа б) В колоне внутренней капсулы в) В нижних отделах передней центральной извилины слева г) В верхних отделах передней центральной извилины слева	
26. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага: а) В верхнем отделе передней центральной извилины справа б) В переднем адверсивном поле справа в) В верхнем отделе задней центральной извилины справа г) В нижнем отделе передней центральной извилины справа	
27. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении:	

а) Спинного мозга б) Гипоталамуса в) Продолговатого мозга г) Четверохолмия	
28. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением а) Лобной доли б) Височной доли в) Теменной доли г) Затылочной доли	
29. Больной с сенсорной афазией: а) Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную б) Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь в) Может говорить, но забывает название предметов г) Понимает обращенную речь, но не может говорить	
30. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении: а) Продолговатого мозга б) Покрышки среднего мозга в) Моста мозга г) Моста мозга	

Все верные ответы стоят на первом месте и выделены красным цветом.

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

а на языке, боль и слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что 10 дней назад после перенесенного простуда появились боли в мышцах, затем появилась и стала нарастать слабость в ногах и руках.

глотания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца не изменены, тахикардия - до 100—106 ударов в 1 мин.

с правой стороны, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов нет. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопах снижена. Цитоз - 5 клеток в 1 мкл.

Какие лабораторные методы обследования необходимы в данной ситуации, обоснуйте:

Люмбальная пункция через 7 дней после начала заболевания

Через 1 нед после начала заболевания концентрация белка в ликворе становится повышенной

какой результат мы предполагаем увидеть?

какому типу

ентке можно поставить диагноз

опатия Гийена-Барре с выраженным тетрапарезом, diplegia facialis, нисходящий вариант.

являются

оцесса при полиневропатии Гийена-Барре, применяются

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ние слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два ме
ужением, неустойчивость при ходьбе с отклонением влево, появилось онемение в левой половине лица, асимметрия

х знаков нет. Зрачки D=S, на свет реагируют, сходящееся косоглазие за счет левого глаза, двоение при взгляде впер
коже лица слева. Сила мышц достаточная во всех группах. В позе Ромберга – отклонение влево, пальце-носовую и

При офтальмоскопии — застойные диски зрительных нервов.

Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз

щего нерва, мозжечковая атаксия слева (в позе Ромберга – отклонение влево; пальце-носовую и пяточно- коленную
сопровождающаяся тошнотой, застойные диски зрительных нервов)

ндромы

к синдромов

Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

ройничного, отводящего, лицевого, вестибулокохлеарного нервов слева, поражение левого полушария мозжечка

ражение мозжечка и черепных нервов

Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
нгеальных и общеинфекционных симптомов (гипертермии, миалгии, фотофобии),
кечкового угла, предположительно – опухоль.
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на стационарном этапе
неверный (предложена компьютерная томография).
Опишите тактику лечения данного пациента на стационарном этапе
образования левого мосто-мозжечкового угла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследо
следования опухоли
ВОПРОСЫ
головную боль, сопровождающиеся тошнотой и, периодически, рвотой, не приносящей облегчения.
слов родственников, несколько месяцев назад появились и стали постепенно нарастать изменения в поведении бо
наков нет. К собственному состоянию не критична, выявляется дурашливость, вязкость, склонность к плоским ш
шен слева по спастическому типу, сухожильные рефлексы D=S, положительный симптом Бабинского слева. Чувств
йфорический синдром): неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе, некритич
(- легкая сглаженность носогубной складки) слева,
мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, + симптом Бабинского слева)
ющаяся тошнотой и рвотой; по данным офтальмоскопии — явления начального застоя дисков зрительных нерво
индромы
мов

ный парез лицевого нерва(VII п. ЧМН) слева, центральный левосторонний гемипарез

ется поражение правого полушария головного мозга

ложительно – опухоль метастатического характера.

нализ крови, коагулограмма ЭКГ)
иск), включающий в себя: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, маммографию, консультации
органов брюшной полости и малого таза)

ть предоперационного обследования, онкопоиска.

обследования или онкопоиска. Может быть не расшифрован план предоперационного обследования или онкопоис

следующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.
ного образования - решение вопроса о лучевой и полихимиотерапии.

го противоопухолевого лечения

ОПРОСЫ

оловную боль, сопровождающуюся тошнотой, нарушение зрения, изменение внешности: увеличение надбровных

ют. Головные боли и снижение зрения появились около 2 месяцев назад.

знаков нет. Выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон, снижение остроты зрения на правый глаз. Д

гоп по отношению к длине конечностей и тела.

н),
- 0,2),
ной локализации, сопровождающаяся тошнотой),
и стоп).

индромы

в

нопия, амблиопия справа

ги», предположительно – гормонпродуцирующая питуитарная аденома.

н диагноз гормонпродуцирующей опухоли гипофиза.

ом этапе

иза в крови: адренокортикотропный гормон (АКТГ), пролактин, соматотропный гормон (СТГ), тиреотропный гормон (ТТГ), анализ крови, коагулограмма, ЭКГ)

н предоперационного обследования, указана необходимость исследования уровня гормонов гипофиза.

неверный (компьютерная томография) или не указана необходимость исследования гормонов гипофиза в крови ил

образования хиазмально-селлярной области с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием образования и анализом, выявившим нарушение функции гипофиза - решение вопроса об эндокринной терап

нной терапии

ВОПРОСЫ

Потеря сознания на 5-7 минут. Машиной скорой помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы.

Ориентирован в месте, времени и собственной личности. События, произошедшие незадолго до автоаварии, больной не помнит. В 1 мин, кожные покровы бледные, сухие.

Сознание адекватно, менингеальных симптомов нет, симптомов очагового поражения нервной системы нет, в позе Ромберга устойчив.

Формулирован

Общезлового симптоматики (головные боли в лобной области, тошнота), ретроградной амнезии (события, произошедшие незадолго до травмы).

Больной, имеющее возможность выполнения компьютерной томографии, и продолжить обследование и лечение в условиях стационара.

В стационаре должна быть возможность выполнения компьютерной томографии

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

ВОПРОСЫ

кирпича. Доставлен в больницу через час после травмы. Со слов сопровождающих – при транспортировке был в сознании, ориентирован в пространстве, рефлексы сухожильные в правых конечностях.

Частота дыхания 18 раз в 1 мин., артериальное давление 140/90 мм рт. ст., пульс 54 уд. в 1 мин.

Мышечная сила в верхних конечностях + 2 пальца, симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон. Диаметр зрачков D<S, фотореакция зрачков с обеих сторон.

Симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон),

Верхняя и нижняя пробы Барре положительны справа, + симптом Бабинского справа, клонический парез правой стопы слева (диаметр зрачков D<S, слева – расширен, фотореакция слева- abs).

синдромов

Так как имеется центральный правосторонний гемипарез

головного мозга.

Появления симптоматики после травмы. Учитывая наличие «светлого промежутка» с последующим появлением и нарастанием симптомов.

Анализ крови, коагулограмма, ЭКГ

Компьютерная томография, но не указана необходимость предоперационного обследования

в области, смещение срединных структур на 13 мм вправо. Опишите тактику лечения данного пациента.

1. Экстренная операция – удаление гематомы

о важных функций (артериальное давление, дыхание), борьба с отеком мозга, поддержание водно-электролитного

ошей интенсивной терапии

ОПРОСЫ

сь подъемы артериального давления до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст. Злоупотребляет алкоголем, курит. Утром в 1
- [оглушение](#), тахипное 35 в мин., АД 170/100 мм рт ст., пульс 98 в мин, ритмичный. Зрачки D=S, фотореакция со
левой половине тела. Тазовые функции не контролирует.

емипареза и гемигипестезии с этой же стороны

(КТ) головного мозга.

ер правого полушария головного мозга, объемом 40 мл, Сдавление ипсилатерального желудочка головного мозга.

ванием гематомы в области базальных ядер правого полушария головного мозга (по данным КТ головного мозга)

1 балл

к конечностям) и общемозговых (многократная рвота, головная боль) неврологических нарушений базальных ядер правого полушария головного мозга, что характерно для внутримозговой гематомы миелиномы (в течение 5 лет отмечалось повышение АД до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст);

излиянием? Обоснуйте.

г Обоснование:.. высокие цифры АД (систолическое давление выше 160 мм рт ст) в первые часы после кровоизлияния. Резкое снижение АД при массивном кровоизлиянии нельзя, поскольку резкое снижение АД может привести к ухудшению церебральной перфузии. (2 балла)

тствует обоснование: 1 балл

ВОПРОСЫ

сильная головная боль, по типу «удара топором» в области затылка. Отмечалась однократная рвота, светобоязнь, тошнота. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, двигательных нарушений. Предварительный диагноз

менингита, ригидности мышц шеи, симптома Кернига с двух сторон.

оболочек

уточнен его характер: 1 балл

ки, характерной для этой патологии (внезапное развитие интенсивной головной боли, тошноты, рвоты; наличие
болочек.

и при КТ не обнаружены признаки кровоизлияния, и при этом отсутствуют противопоказания к люмбальной пун-
чения вопроса о дальнейшей тактике обследования и лечения пациента в связи с высокой вероятностью артериаль-

ВПРОСЫ

преходящее снижение зрения на правый глаз. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением
ищие после приема нитроглицерина через несколько минут. Вчера днем внезапно появилось снижение зрения на
центральной артерии сетчатки не было выявлено. Окулистом поликлиники был отправлен на осмотр к неврологу.
и D=S, средней величины, движения глазных яблок в полном объеме. [Нистагма](#) нет. Лицо симметрично. Язык
ые рефлексy S>D. Расстройств чувствительности нет. Положительные [рефлексy орального автоматизма](#).
енней сонной артерии выявлена атеросклеротическая бляшка, гетерогенная с гиперэхогенными включениями с не-

ии с преходящим амаврозом.

или уточнения не верны (1 балл)

и гемипарезом, гемигипестезией, моторной афазией.

или локализации и синдромов (1 балл)

еской симптоматики, свидетельствующей о наличии очага в головном мозге, выявления факторов риска ишемичес

логической симптоматики (1 балл)

ия или Магнитно-резонансная томография)

матической патологии и оценки свертывающей системы крови.

ии
точное время начала заболевания

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	

УК-1, ПК-6	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-6	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.