

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
Обнинский институт атомной энергетики –
филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании
Ученого совета ИАТЭ НИЯУ МИФИ
Протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Неврология

название дисциплины

для ординаторов специальности

31.08.42 – Неврология

Форма обучения: очная

г. Обнинск 2023 г.

Область применения

Фонд оценочных средств (ФОС) – является обязательным приложением к рабочей программе дисциплины и обеспечивает проверку освоения планируемых результатов обучения (компетенций и их индикаторов) посредством мероприятий текущей и промежуточной аттестации по дисциплине.

Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине решаются следующие задачи:

- контроль и управление процессом приобретения обучающимися знаний, умений и навыков предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- контроль и оценка степени освоения компетенций предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс в рамках данной дисциплины.

1. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

В результате освоения ООП ординатуры обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине:

<i>Коды компетенций</i>	<i>Результаты освоения ООП Содержание компетенций*</i>	<i>Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине**</i>
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>УК-1 знать: знать о методах критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1 уметь: уметь критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;</p> <p>УК-1 владеть: владеть методами критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p>
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4 знать: знать, как проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;</p> <p>ОПК-4 уметь: уметь проводить клиническую диагностику и обследование</p>

		<p>пациентов;</p> <p>ОПК-4 владеть:</p> <p>владеть методами клинической диагностики и обследования пациентов.</p>
ОПК-5	<p>Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5 знать:</p> <p>знать о методах лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля его эффективности и безопасности</p> <p>ОПК-5 уметь:</p> <p>уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать их эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-5 владеть:</p> <p>владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля их эффективности и безопасности.</p>
ОПК-7	<p>Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7 знать:</p> <p>знать, как проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;</p> <p>ОПК-7 уметь:</p> <p>уметь проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;</p> <p>ОПК-7 владеть:</p> <p>владеть методами проведения в отношении пациентов медицинской экспертизы;</p>
ОПК-10	<p>Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при</p>	<p>ОПК-10 знать:</p> <p>знать методы оказания неотложной медицинской</p>

	состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; ОПК-10 уметь: уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; ОПК-10 владеть: владеть методами оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
ПК-1	ПК-1 Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза	ПК-1 знать: знать методы обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза; ПК-1 уметь: уметь применять методы обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза; ПК-1 владеть: владеть методами обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза;
ПК-2	ПК-2 Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	ПК-2 знать: знать о методах лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, контролировать их эффективность и безопасность; ПК-2 уметь: уметь применять методы лечения пациентов с заболеваниями и

		(или) состояниями нервной системы, контролировать их эффективность и безопасность; ПК-2 владеть: владеть методами лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, контролировать их эффективность и безопасность;
--	--	---

1.2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОП специалитета

Компоненты компетенций, как правило, формируются при изучении нескольких дисциплин, а также в немалой степени в процессе прохождения практик, НИР и во время самостоятельной работы обучающегося. Выполнение и защита ВКР являются видом учебной деятельности, который завершает процесс формирования компетенций.

Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины:

- **начальный** этап – на этом этапе формируются знания и инструментальные основы компетенции, осваиваются основные категории, формируются базовые умения. Студент воспроизводит термины, факты, методы, понятия, принципы и правила; решает учебные задачи по образцу;
- **основной** этап – знания, умения, навыки, обеспечивающие формирование компетенции, значительно возрастают, но еще не достигают итоговых значений. На этом этапе студент осваивает аналитические действия с предметными знаниями по дисциплине, способен самостоятельно решать учебные задачи, внося коррективы в алгоритм действий, осуществляя коррекцию в ходе работы, переносит знания и умения на новые условия;
- **завершающий** этап – на этом этапе студент достигает итоговых показателей по заявленной компетенции, то есть осваивает весь необходимый объем знаний, овладевает всеми умениями и навыками в сфере заявленной компетенции. Он способен использовать эти знания, умения, навыки при решении задач повышенной сложности и в нестандартных условиях.

Этапы формирования компетенций в ходе освоения дисциплины отражаются в тематическом плане (см. РПД).

1.3. Связь между формируемыми компетенциями и формами контроля их освоения

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
Текущий контроль I, II, III семестр			
1.	Общие вопросы неврологии и нейрохирургии		
1.1.	Анатомия ЦНС. Строение головного мозга. Строение спинного мозга. Кровоснабжение ЦНС. Циркуляция	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

	<p>цереброспинальной жидкости. Гематоэнцефалический барьер.</p>	<p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
1.2.	<p>Чувствительность. Виды анализаторов. Строение проводников. Методика обследования. Патология чувствительности на разных уровнях поражения.</p>	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и</p>	<p>опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>

		(или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
1.3.	Пирамидный анализатор. Движения и их расстройства.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.4.	Экстрапирамидная система. Мозжечок. Строение, основные синдромы. Методика обследования.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		<p>помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
1.5.	Черепные нервы (1-6 пары).	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.6.	Черепные нервы (7-12 пары). Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Альтернирующие синдромы.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		<p>лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
1.7.	Вегетативная нервная система.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

1.8.	Расстройства высших мозговых функций.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
1.9.	Дополнительные методы исследования в неврологии и нейрохирургии.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		<p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
1.10.	<p>Методика неврологического обследования.</p> <p>Синдромологический анализ в неврологии, нейрохирургии.</p>	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>
2.	Основы медицинской генетики		
2.1.	<p>Клинико-генеалогический метод. Критерии наследования. Семиотика наследственных болезней.</p>	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при</p>	<p>опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>

		<p>заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
2.2.	<p>Цитогенетические, молекулярно-генетические, биохимические, популяционно-статистический, близнецовый методы. Компьютерная диагностика наследственных болезней.</p>	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>опрос, тестирование, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>
2.3.	<p>Моногенные болезни нервной</p>	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать,</p>	<p>опрос, тестирование,</p>

	системы.	<p>определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>
2.4.	Мультифакториальные заболевания. Хромосомные болезни.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и</p>	<p>опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>

		(или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	
2.5.	Медико-генетическое консультирование. Профилактика наследственной и врожденной патологии. Этические вопросы медицинской генетики.	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
Промежуточная аттестация, I, II, III семестр			
	Экзамен	УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность	- собеседование (устный опрос) - тестирование

		<p>и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
3.	Вопросы частной неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики		
Текущая аттестация, IV семестр			
3.1.	<p>Функциональная нейрохирургия.</p> <p>Дегенеративные поражения позвоночника. Объемные заболевания ЦНС.</p>	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация</p>

3.2.	Травма нервной системы. Заболевания периферической нервной системы.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
3.3.	Сосудистые заболевания ЦНС	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		<p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
3.4.	Инфекционные, инфекционно-аллергические и паразитарные заболевания нервной системы.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация
3.5.	Демиелинизирующие заболевания. Хронические прогрессирующие и пароксизмальные заболевания нервной системы.	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность</p>	опрос, тестирование, написание рецептов, собеседование по ситуационным задачам, доклады, презентация

		<p>и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	
Промежуточная аттестация, IV семестр			
	Зачет с оценкой	<p>УК-1 способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p> <p>ОПК-5 способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p> <p>ОПК-7 способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-10 способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1 проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза</p> <p>ПК-2 назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>- собеседование (устный опрос)</p> <p>- кейс-задача</p>

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям, которые приведены в п.1.1. Формирование этих дескрипторов происходит в процессе изучения дисциплины по этапам в рамках различного вида учебных занятий и самостоятельной работы.

Выделяются три уровня сформированности компетенций на каждом этапе: пороговый, продвинутый и высокий.

Уровни	Содержательное описание уровня	Основные признаки выделения уровня	БРС, % освоения	ECTS/Пятибалльная шкала для оценки экзамена/зачета
Высокий Все виды компетенций сформированы на высоком уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины	Творческая деятельность	<i>Включает нижестоящий уровень.</i> Студент демонстрирует свободное обладание компетенциями, способен применить их в нестандартных ситуациях: показывает умение самостоятельно принимать решение, решать проблему/задачу теоретического или прикладного характера на основе изученных методов, приемов, технологий	90-100	A/ Отлично/ Зачтено
Продвинутый Все виды компетенций сформированы на продвинутом уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины	Применение знаний и умений в более широких контекстах учебной и профессиональной деятельности, нежели по образцу, большей долей самостоятельности и инициативы	<i>Включает нижестоящий уровень.</i> Студент может доказать владение компетенциями: демонстрирует способность собирать, систематизировать, анализировать и грамотно использовать информацию из самостоятельно найденных теоретических источников и иллюстрировать ими	85-89	B/ Очень хорошо/ Зачтено
			75-84	C/ Хорошо/ Зачтено

		теоретические положения или обосновывать практику применения.		
Пороговый <i>Все виды компетенций сформированы на пороговом уровне</i>	Репродуктивная деятельность	Студент демонстрирует владение компетенциями в стандартных ситуациях: излагает в пределах задач курса теоретически и практически контролируемый материал.	65-74	D/Удовлетворительно/ Зачтено
			60-64	E/Посредственно /Зачтено
Ниже порогового	Отсутствие признаков порогового уровня: компетенции не сформированы. Студент не в состоянии продемонстрировать обладание компетенциями в стандартных ситуациях.		0-59	Неудовлетворительно /Не зачтено

Оценивание результатов обучения студентов по дисциплине осуществляется по регламенту текущего контроля и промежуточной аттестации.

Критерии оценивания компетенций на каждом этапе изучения дисциплины для каждого вида оценочного средства и приводятся в п. 4 ФОС. Итоговый уровень сформированности компетенции при изучении дисциплины определяется по таблице. При этом следует понимать, что граница между уровнями для конкретных результатов освоения образовательной программы может смещаться.

Уровень сформированности компетенции	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
высокий	высокий	высокий
	<i>продвинутый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>продвинутый</i>
продвинутый	<i>пороговый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>пороговый</i>
	продвинутый	продвинутый
	<i>продвинутый</i>	<i>пороговый</i>
пороговый	<i>пороговый</i>	<i>продвинутый</i>
	пороговый	пороговый
ниже порогового	пороговый	ниже порогового
	ниже порогового	-

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Рейтинговая оценка знаний является интегральным показателем качества теоретических и практических знаний и навыков студентов по дисциплине и складывается из оценок, полученных в ходе текущего контроля и промежуточной аттестации.

Текущий контроль в семестре проводится с целью обеспечения своевременной обратной связи, для коррекции обучения, активизации самостоятельной работы студентов.

Промежуточная аттестация предназначена для объективного подтверждения и оценивания достигнутых результатов обучения после завершения изучения дисциплины.

Текущий контроль осуществляется два раза в семестр: контрольная точка № 1 (КТ № 1) оценивается по итогам клинических практических заданий и контрольная точка № 2 (КТ № 2) по итогам самостоятельной работы и усвоения лекционного материала.

Результаты текущего контроля и промежуточной аттестации подводятся по шкале балльно-рейтинговой системы.

I, II, III семестр			
Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	тестирование на компьютере	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10
	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Написание академической истории болезни	0	15
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	10
	Реферат	0	5
Промежуточный	Зачет	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100
IV семестр			
Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	тестирование на компьютере	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10

	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	15
	Реферат	0	15
Промежуточный	Экзамен	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100

*-примечание: абсолютная величина суммарного балла по результатам применения оценочного средства рассчитывается по формуле «балл» = средняя оценка примененного оценочного средства по 100-балльной шкале умноженное на максимальное значение в баллах для данного средства разделенное на 100, при условии округления результата до целочисленного.

Система и критерии оценки знаний обучающихся соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Для контроля и оценивания качества знаний студентов применяются пятибалльная (русская), стобалльная и европейская (ECTS) системы оценки качества обучения студентов. Связь между указанными системами приведена в таблице.

Сумма баллов	Оценка по 4-х балльной шкале	Зачет	Оценка (ECTS)	Градация	
90 - 100	5(отлично)	зачтено	A	отлично	
85 - 89	4 (хорошо)		B	очень хорошо	
75 - 84	3(удовлетворительно)		C	хорошо	
70 - 74			D	удовлетворительно	
65 - 69			E	F	неудовлетворительно
60 - 64					
Ниже 60	2(неудовлетворительно)	не зачтено			

В итоговую сумму баллов входят результаты аттестации разделов дисциплины и итоговой формы аттестации (зачет). Максимальный итоговый балл всегда равен 100.

Максимальный балл за зачет устанавливается в интервале от 0 до 40. Разделы дисциплины оцениваются по многобалльной шкале оценок в соответствии с утвержденной структурой дисциплины.

Студент считается аттестованным по разделу, зачету или экзамену, если он набрал не менее 60% от максимального балла, предусмотренного рабочей программой.

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков

4.1. Вопросы к собеседованию (устному опросу)

Раздел 1. Общие вопросы неврологии и нейрохирургии

Тема 1.1. Анатомия ЦНС. Строение головного мозга. Строение спинного мозга. Кровоснабжение ЦНС. Циркуляция цереброспинальной жидкости, основные показатели. Гематоэнцефалический барьер.

- Строение головного мозга.
- Доли мозга, строение коры, ассоциативные волокна.
- Экстрапирамидные структуры, лимбико-ретикулярный комплекс.
- Строение спинного мозга.
- Сосудистые бассейны сонной артерии, вертебро-базилярной артерии. Виллизиев круг.
- Венозная система ЦНС.
- Формирование цереброспинальной жидкости, основные показатели, пути оттока, цистерны.
- Компоненты гематоэнцефалического барьера, роль в функционировании ЦНС.

Тема 1.2 Чувствительность. Строение проводников Методика обследования. Патология чувствительности при разных уровнях поражения.

- Определение понятия «чувствительность».
- Виды анализаторов.
- Строение проводников поверхностной и глубоких видов чувствительности.
- Методика обследования чувствительности.
- Патология чувствительности. Варианты распределения расстройств чувствительности.
- Расстройства чувствительности при поражении спинного мозга в зависимости от уровня поражения.

Тема 1.3 Пирамидный анализатор. Движения и их расстройства. Патологические рефлексы.

- Движения и их расстройства.
- Мышечный тонус, его изменения.
- Патологические рефлексы: сгибательные и разгибательные, клонусы, синкинезии.
- Строение пирамидного пути.
- Признаки центрального и периферического паралича.
- Признаки поражения пирамидного пути на различных участках, симптомы, синдромы.
- Примеры заболеваний с нарушением движения.

Тема 1.4 Экстрапирамидная система. Мозжечок. Строение, основные синдромы. Методика обследования. Симптомы его поражения.

- Строение экстрапирамидной системы.
- Виды гиперкинезов, проявления.
- Акинетико-ригидный синдром, проявления.
- Гиперкинетический синдром, проявления.
- Строение мозжечка.
- Мозжечковые пути (восходящие, нисходящие).
- Методика обследования мозжечка.
- Симптомы поражения мозжечка, примеры заболеваний.

Тема 1.5 Черепные нервы (1-6 пары).

- Обонятельный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Зрительный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.

- Глазодвигательный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Отводящий нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Блоковый нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Тройничный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.

Тема 1.6 Черепные нервы (7-12 пары). Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Альтернирующие синдромы.

- Лицевой нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Предверно-улитковый нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Языкоглоточный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Блуждающий нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Добавочный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Подъязычный нерв: строение, методика обследования, симптомы поражения и причины.
- Альтернирующие синдромы среднего мозга.
- Альтернирующие синдромы моста.
- Альтернирующие синдромы продолговатого мозга.
- Бульбарный и псевдобульбарный параличи, дифференциальная диагностика.

Тема 1.7 Вегетативная нервная система.

- Симпатическая система: строение.
- Симпатическая система: функция, методика обследования, пробы, тесты.
- Симпатическая система: синдромы поражения, причины, примеры заболеваний.
- Парасимпатическая система: строение.
- Парасимпатическая система: функция, методика обследования, пробы, тесты.
- Парасимпатическая система: синдромы поражения, причины, примеры заболеваний.

Тема 1.8 Расстройство высших мозговых функций. Речь, гнозис, праксис, память, мышление и их расстройства.

- Цитоархитектонические особенности строения различных участков коры больших полушарий.
- Речь и ее расстройства. Формы афазий, дизартрия, алалия, алексия, аграфия, мутизм.
- Гнозис и его расстройства. Виды агнозий.
- Праксис и его расстройства. Основные виды апраксий.
- Расстройства памяти, виды, причины.
- Расстройства мышления, виды, причины.
- Расстройства сознания, виды, причины.
- Дополнительные психологические методы исследования в неврологической практике.

Тема 1.9 Дополнительные методы исследования в неврологии и нейрохирургии.

- Методы нейровизуализации (МРТ, СКТ, ПЭТ): показания, противопоказания, информативность.
- Электроэнцефалография: показания, противопоказания, информативность
- Электромиография, электронейромиография: показания, противопоказания, информативность.
- Метод вызванных потенциалов: показания, противопоказания, информативность.
- Доплерография сосудов головного мозга: показания, противопоказания, информативность.
- Ангиография: показания, противопоказания, информативность.
- Эхоэнцефалоскопия: показания, противопоказания, информативность.
- Реоэнцефалография: показания, противопоказания, информативность.
- Рентгенография: показания, противопоказания, информативность.

Тема 1.10 Методика неврологического обследования. Синдромологический анализ в неврологии, нейрохирургии.

- Этапы обследования неврологического статуса.
- Сознание, аффект, ориентировка: методика исследования, синдромы поражения.
- Высшие мозговые функции: методика исследования, синдромы поражения.
- Черепные нервы: методика исследования, синдромы поражения.
- Чувствительность: методика исследования, синдромы поражения.
- Двигательная сфера: методика исследования, синдромы поражения.
- Основные синдромы поражения центральной и периферической нервной систем в зависимости от уровня.
- Синдромологический диагноз в зависимости от отдела поражения нервной системы

Раздел 2. Основы медицинской генетики.

Тема 2.1 Клинико-генеалогический метод. Критерии наследования. Семиотика наследственных болезней.

- Показания для клинико-генеалогического обследования.
- Методика клинико-генеалогического обследования.
- Критерии моногенного наследования, примеры заболеваний.
- Критерии полигенного наследования, примеры заболеваний.
- Семиотика наследственной патологии, основные макро-, микроаномалии систем организма.
- Синдромологический анализ в медицинской генетике, методика.

Тема 2.2 Цитогенетические, молекулярно-генетические, биохимические, популяционно-статистический, близнецовый методы. Компьютерная диагностика наследственных болезней.

- Значимость высокоинформативных методов диагностики при наследственной, мультифакториальной и инфекционной патологии.
- Показания для ДНК-диагностики, виды, методики, информативность.
- Показания для цитогенетического исследования, виды, методики FISH-диагностики, информативность.
- Показания для специальных методов биохимической диагностики в медицинской генетике, виды, методики, информативность.

Тема 2.3 Моногенные болезни нервной системы.

- Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация наследственных моногенных заболеваний.
- Методы диагностики, подходы к терапии, профилактике моногенных болезней.
- Фенилкетонурия: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Нейрофиброматоз: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Спинальные амиотрофии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Невральные амиотрофии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Наследственные спастические параличи: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Мышечные дистрофии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Хорея Гентингтона: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Спинаocerebellарные атаксии: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.

Тема 2.4 Мультифакториальные заболевания. Хромосомные болезни.

- Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация мультифакториальных болезней.
- Методы диагностики, подходы к терапии, профилактике мультифакториальных болезней.
- Генетические особенности распространенных болезней: нарушений мозгового кровообращения, гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы.
- Хромосомные болезни: этиология, патогенез, общие признаки, подходы к диагностике, лечению, реабилитации и предупреждению.
- Синдром Дауна: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Шерешевского-Тернера: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Эдвардса: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Патау: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
- Синдром Клайнфельтера: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.

Тема 2.5 Медико-генетическое консультирование. Профилактика наследственной и врожденной патологии. Этические вопросы медицинской генетики.

- Уровни, задачи медико-генетической службы в РФ.
- Показания для медико-генетического консультирования.
- Структура региональных медико-генетических консультаций, лаборатории и специалисты.
- Организация массового и селективного генетического скрининга.
- Структура Медико-Генетического Научного Центра РАМН, лаборатории и специалисты.
- Методы пренатальной диагностики наследственной и врожденной патологии.
- Методы профилактики наследственных и мультифакториальных болезней.

Раздел 3. Вопросы частной неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Тема 3.1 Функциональная нейрохирургия. Вертеброгенные заболевания. Объемные заболевания ЦНС.

- Современные возможности и методы функциональной нейрохирургии при прогрессирующих вертеброгенных синдромах, эпилепсии, дегенеративных заболеваниях.
- Частота вертеброгенных расстройств в зависимости от возраста. Этиология, патогенез, стадии дегенеративных изменений позвоночника.
- Клинические синдромы в вертеброневрологии, диагностика, тактика терапии, профилактики.
- Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез объемных заболеваний ЦНС.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения.
- Тактика диагностики, подходы комплексного лечения (нейрохирургия, лучевая, химиотерапия, перспективы генотерапии).

Тема 3.2 Травма нервной системы. Заболевания периферической нервной системы.

- Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез травм нервной системы.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения при травмах нервной системы.
- Тактика диагностики, подходы комплексного лечения при травмах нервной системы.
- Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез заболеваний периферической нервной системы.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения периферической нервной системы.
- Тактика диагностики, подходы лечения заболеваний периферической нервной системы.

Тема 3.3 Сосудистые заболевания ЦНС.

- Эпидемиология, классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
- Этиология, патогенез сосудистых заболеваний головного мозга.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения головного мозга, тактика диагностики, подходы комплексного лечения (нейрохирургия, терапия, мультидисциплинарная реабилитация).
- Эпидемиология, классификация сосудистых заболеваний спинного мозга.
- Этиология, патогенез сосудистых заболеваний спинного мозга.
- Клинические синдромы в зависимости от локализации поражения спинного мозга, тактика диагностики, подходы комплексного лечения (нейрохирургия, терапия, мультидисциплинарная реабилитация).

Тема 3.4 Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания нервной системы. Паразитарные заболевания нервной системы.

- Менингиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Энцефалиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Миелиты: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Полиомиелит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Нейросифилис: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Токсоплазмоз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- НейроСПИД: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Паразитарные заболевания: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.

Тема 3.5 Демиелинизирующие заболевания. Хронические прогрессирующие и пароксизмальные заболевания нервной системы.

- Рассеянный склероз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Паркинсонизм: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Торсионная дистония: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Боковой амиотрофический склероз: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Эпилепсия: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Миастения: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.
- Мигрень: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, медицинская реабилитация.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Неврология, медицинская

генетика, нейрохирургия», излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.

2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.

3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.

4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).

5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка «**хорошо**» – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия», при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.

2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой неврологии, медицинской генетики, нейрохирургии.

3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза болезни с клиникой.

4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.

5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.

2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».

3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.

4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка «**неудовлетворительно**» – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.

2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».

3. Плохо знает специальную терминологию.

4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 бальную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.2. Вопросы к тестированию по дисциплине

Тестовый контроль по дисциплине «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»:

Ответы на правильные вопросы подчеркнуты (для преподавателей):

Тема 1.1. Анатомия ЦНС. Строение головного мозга. Строение спинного мозга.

Кровоснабжение ЦНС. Циркуляция цереброспинальной жидкости, основные показатели.

Гематоэнцефалический барьер.

I. Как называется проводящий путь поверхностной чувствительности?

1. Кортико-спинномозговой.
2. Спинно-церебеллярный.
3. Кортико-ядерный.
4. Спинно-таламический.

II. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов. 1. C1-C4. 2. C2-C5. 3. C3-C6. 4. C4-C7.

III. Медиатором тормозного действия является:

1. Ацетилхолин.
2. ГАМК.
2. Норадреналин.
3. Адреналин.

IV. Локализация двигательной зоны в коре головного мозга:

1. Затылочная доля.
2. Мозжечок.
3. Лобная доля.
4. Теменная доля.
5. Височная

V. Укажите, из какой полости мозга спинномозговая жидкость оттекает в подпаутинное пространство. 1. Из четвертого желудочка. 2. Из третьего желудочка. 3. Из боковых желудочков. 4. Из водопровода мозга

VI. Укажите особенности, характеризующие строение твёрдой мозговой оболочки головного мозга. 1. Тесное сращение с костями основания черепа. 2. Наличие венозных синусов. 3. Наличие выростов (отростков). 4. Наличие зубчатых связок. 5. Наличие эпидурального пространства.

VIII. Какие синусы и вены впадают в прямой синус? 1) Верхний сагиттальный синус. 2) Нижний сагиттальный синус. 3) Малая мозговая вена. 4) Большая мозговая вена. 5) Пещеристый синус

IX. По выполняемой функции периферическая нервная система подразделяется на:

- а) соматическую и вегетативную;
- б) симпатическую и парасимпатическую;
- в) центральную и симпатическую;
- г) периферическую и соматическую.

X. Рецепторы: а) несут возбуждение к ЦНС; б) воспринимают раздражения; в) передают возбуждение с чувствительных на двигательные нейроны; г) передают возбуждение с чувствительных на вставочные.

XI. Периферическая нервная система образована:

- а) спинной и головной мозг;
- б) нервы;
- в) головной мозг и нервы;
- г) нервы, нервные узлы, 2-е моторные нейроны и нервные окончания;
- д) спинной мозг и нервы.

XII. Возбуждение от ЦНС к рабочему органу передается

по:

а) рецептору; б) чувствительным нейронам; в) двигательным; г) вставочным.

XIII. Головной мозг, спинной мозг, синапс – это система органов:

а) нервная; б) кровеносная; в) пищеварительная; г) эндокринная;

XIV. Нервная система выполняет следующую функцию:

а) транспорт питательных веществ; б) гуморальная регуляция; в) связь организма с внешней средой; г) удаление вредных продуктов.

XV. Безусловный рефлекс: а) приобретается в процессе жизни; б) вырабатывается на определенные сигналы; в) передается по наследству; г) подкрепляется условными раздражителями.

XVI. Рецепторы, воспринимающие тепловые раздражители: а) болевые рецепторы; б) механорецепторы; в) терморецепторы; г) хеморецепторы.

XVII. Дыхательный центр расположен: а) в продолговатом мозге; б) в мозжечке; в) в коре больших полушарий; г) в гипофизе.

XVIII. Сколько пар черепно-мозговых нервов отходит от головного мозга?

а) 20; б) 10; в) 12; г) 15.

XIX. Где находится зрительная зона коры?

а) затылочная доля; б) теменная доля; в) лобная; г) мозжечок.

XX. Нервная регуляция осуществляется с помощью:

а) нервных импульсов; б) витаминов; в) гормонов; г) ферментов.

Тема 1.2 Чувствительность. Строение проводников Методика обследования. Патология чувствительности при разных уровнях поражения.

I. Условия, необходимые для определения проприоцептивной чувствительности:

1. Вертикальное положение. 2. Закрытые глаза. 3. Открытые глаза. 4. Ходьба.
5. Горизонтальное положение.

II. Сенситивная атаксия возникает при поражении: 1. Коры лобной доли. 2. Коры височной доли. 3. Задних столбов спинного мозга. 4. Ствола головного мозга. 5. Боковых столбов спинного мозга

III. Симптом, указывающий на нарушение глубокой чувствительности:

1. Сенситивная атаксия. 2. Промахивание при пальце-носовой пробе. 3. Интенционный тремор.
4. Мимопадание. 5. Нистагм

IV. Когда возникает сегментарно-диссоциированный тип нарушения чувствительности?

1. При поражении переднего рога спинного мозга. 2. При поражении переднего корешка. 3. При поражении межпозвонкового спинального ганглия. 4. При поражении заднего рога спинного мозга. 5. При поражении задней центральной извилины

V. При полиневротическом типе расстройства чувствительности наступает.

1. Контралатеральная гемианестезия.
2. Анестезия всех видов чувствительности с уровня пораженного сегмента.
3. Гомолатеральная гемианестезия.
4. Анестезия всех видов чувствительности по типу «перчаток» или «носок».
5. Контралатеральная моноанестезия.

VI. Назовите начало второго нейрона пути поверхностной чувствительности.

1. Межпозвоночный спинальный ганглий.
2. Ядра Голля и Бурдаха в продолговатом мозге.
3. Вентролатеральные ядра таламуса.
4. Клетки задних рогов спинного мозга.
5. Вентральные ядра зрительного бугра.

VII. Поражение верхнего отдела задней центральной извилины дает следующее:

1. Контралатеральную анестезию стопы.
2. Контралатеральную гемианестезию.
3. Контралатеральный вялый парез стопы.
4. Контралатеральную джексоновскую эпилепсию в руке.
5. Проводниковые нарушения чувствительности

VIII. Начало второго нейрона глубокой чувствительности.

1. Передние рога спинного мозга.
2. Задние рога спинного мозга.
3. Ядра Голля и Бурдаха в продолговатом мозге.
4. Ядра зрительного бугра.
5. Задняя центральная извилина

IX. Какой симптом возникает при раздражении верхнего отдела задней центральной извилины?

1. Контралатеральная анестезия стопы.
2. Гомолатеральная анестезия стопы.
3. Нижняя параанестезия.
4. Контралатеральные сенсорные джексоновские приступы.
5. Гомолатеральные моторные джексоновские приступы.

X. Наиболее характерный признак поражения передней спайки спинного мозга:

1. Нижняя вялая парапарезия.
2. Нижняя спастическая парапарезия.
3. Гемиплегия по центральному типу справа.
3. Выраженный болевой синдром в данном сегменте.
4. Сегментарно-диссоциированное расстройство чувствительности в зоне поражённого сегмента симметрично с двух сторон

XI. Определите наиболее характерный признак поражения пути мышечно-суставной чувствительности:

1. Анестезия всех видов чувствительности по гемитипу.
2. Гемианопсия гомонимная.
3. Вялая гемиплегия.
4. Сенситивная атаксия.
5. Астереогнозия.

XII. Наиболее характерный признак поражения заднего корешка спинного мозга это:

1. Вялый парез в зоне корешка.
2. Герпетические высыпания в зоне пораженного корешка.
3. Корешковые боли.
4. Зона гипестезии в зоне корешка.
5. Броун-Секаровский синдром

XIII. Начало третьего нейрона пути поверхностной чувствительности.

1. Задние рога спинного мозга.
2. Передние рога спинного мозга.
3. Межпозвоночный спинальный ганглий.
4. Вентро-латеральные ядра зрительного бугра.
5. Ядра Голля и Бурдаха,

XIV. Перекрест аксонов второго нейрона пути поверхностной чувствительности происходит.

1. В среднем мозге.
2. В варолиевом мосту.
3. В продолговатом мозге.
4. В передней спайке спинного мозга.
5. В лучистом венце

XV. Тип нарушения чувствительности при поперечном поражении спинного мозга.

1. Корешковый.
2. Сегментарный.
3. Диссоциированный.
4. Проводниковый.
5. Полиневритический

XVI. Сенситивная атаксия возникает при поражении:

1. Переднего корешка.
2. Заднего рога.
3. Передней серой спайки.
4. Переднего рога.
5. Задних столбов спинного мозга

XVII. Проводниковый тип нарушения чувствительности возникает при поражении:

1. Заднего корешка.
2. Заднего рога спинного мозга.
3. Бокового канатика спинного мозга.
4. Задней центральной извилины.
5. Половины спинного мозга.

XVIII. Как нарушается чувствительность при поперечном поражении спинного мозга?

1. Моноанестезия.
2. Двустороннее поражение всех видов чувствительности по проводниковому типу.
3. Расстройства глубокой чувствительности по сегментарному типу.
4. Гемиянестезия.
5. Парестезии

XIX. В следующем анатомическом образовании расположен первый нейрон спино-таламического пути:

1. Задние рога спинного мозга.
2. Спинальный ганглий.
3. Кожа.
4. Таламус.
5. Постцентральная извилина

XX. Месторасположение чувствительного анализатора общих видов чувствительности в головном мозге:

1. Затылочная доля.
2. Височная доля.
3. Теменная доля.
4. Лобная доля.
5. Центр Брока

Тема 1.3 Пирамидный анализатор. Движения и их расстройства. Патологические рефлексy.

I. Характерный признак поражения центрального двигательного нейрона.

1. Гиперкинезы.
2. Повышение мышечного тонуса по типу «зубчатого колеса»
3. Повышение мышечного тонуса по типу «складного ножа»
4. Атетоз
5. Периферический парез

II. Основной признак поражения периферического двигательного нейрона.

1. Защитные рефлексy
2. Патологические рефлексy

3. Синкинезии
4. Клонусы
5. Гипотония

III. Признаки, характерные для раздражения коры передней центральной извилины.

1. Сенсорная афазия
2. Простые зрительные галлюцинации
3. Гемипарез
4. Моторные джексоновские (локальные, парциальные) припадки
5. Гемигипестезия

IV. Признаки, характерные для поражения двигательной зоны коры головного мозга:

1. Атрофия сосков зрительных нервов
2. Аносмия .
3. Монопарез (спастический)
4. Семантическая афазия
5. Хорея

V. На каком уровне происходит частичный перекрест в корково-спинальном пучке пирамидного пути?

1. Внутренняя капсула
2. Надъядерный
3. Нижний уровень продолговатого мозга
4. Средний мозг
5. Сегмент спинного мозга

VI. Перечислите признаки, характерные для одностороннего поражения пирамидного пути в стволе мозга:

1. Амавроз
2. Параплегия
3. Афазия
4. Наличие альтернирующего синдрома
5. Аутотопогнозия

VII. Признаки, характерные для повреждения переднего рога спинного мозга:

1. Спастический гемипарез
2. Вялая нижняя параплегия
3. Гемигипестезия

4. Нарушение функций органов малого таза

5. Сегментарные вялые парезы

VIII. Перечислите признаки, характерные для поражения переднего корешка спинного мозга:

1. Корешковые боли

2. Парестезии

3. Вялая гемиплегия

4. Фасцикулярные подёргивания в поражённых мышцах

5. Джексоновская эпилепсия

IX. Признаки поражения пирамидного пути во внутренней капсуле:

1. Верхний вялый парапарез

2. Фибриллярные подергивания

3. Контрлатеральная гемиплегия

4. Джексоновские моторные припадки

5. Бульбарный паралич

X. Полное поражение спинного мозга на уровне D10 вызывает:

1. Правостороннюю гемиплегию

2. Левостороннюю гемиплегию.

3. Правосторонний нижний монопарез

4. Нижнюю спастическую параплегию

5. Верхний вялый парапарез

XI. Наиболее характерный признак поражения переднего корешка спинного мозга

1. Гомонимный вялый парез в зоне пораженного сегмента

2. Гетеронимный вялый парез в зоне пораженного сегмента

3. Броун-Секаровский синдром

4. Сегментарно-диссоциированное расстройство чувствительности

5. Болевой синдром в зоне пораженного корешка

XII. Для поражения переднего рога спинного мозга характерно наличие:

1. Мишечной гипертонии

2. Трофических нарушений

3. Гиперрефлексии

4. Патологических рефлексов

5. Вялых сегментарных парезов

XIII. При поражении конского хвоста возникает:

1. Спастическая плегия стоп
2. Гемипарез
3. Спастическая тетраплегия
4. Верхний вялый парапарез
5. Вялая нижняя параплегия

XIV. При поражении эпиконуса возникает:

1. Гемипарез
2. Выпадение ахилловых рефлексов
3. Патологические стопные знаки
4. Тетрапарез
5. Корешковые боли

XV. Центральный парез возникает при поражении:

1. Постцентральной извилины
2. Внутренней капсулы
3. Заднего канатика спинного мозга
4. Передней центральной извилины
5. Верхневисочной извилины

XVI. При полном поражении спинного мозга на грудном уровне возникает:

1. Гемиплегия
2. Монопарез
3. Спастический тетрапарез
4. Нижняя спастическая параплегия
5. Верхний вялый парапарез

XVII. При поражении эпиконуса возникает:

1. Гемипарез
2. Выпадение ахилловых рефлексов
3. Патологические стопные знаки
4. Тетрапарез
5. Корешковые боли

XVIII. Центральный парез возникает при поражении:

1. Постцентральной извилины
2. Внутренней капсулы
3. Заднего канатика спинного мозга
4. Передней центральной извилины
5. Верхневисочной извилины

XIX. При полном поражении спинного мозга на грудном уровне возникает:

1. Гемиплегия
2. Монопарез
3. Спастический тетрапарез
4. Нижняя спастическая параплегия
5. Верхний вялый парапарез

XX. При поражении поясничного утолщения возникает:

1. Спастический монопарез
2. Верхний вялый парапарез
3. Гемиплегия
4. Нижний вялый парапарез
5. Тетраплегия

Тема 1.4 Экстрапирамидная система. Мозжечок. Строение, основные синдромы.

Методика обследования. Симптомы его поражения.

I. Характер речи, не соответствующий поражению палидарной части стриопалидарной системы:

1. Тихая
2. Монотонная
3. Глухая
4. Затухающая
5. Скандированная

II. Укажите пробу, определяющую интенционное дрожание:

1. Пальце-носовая
2. Диадхокинез
3. Проба Ромберга
4. Мимопопадание
5. Противоудара

III. Признак, который не относится к поражению червя мозжечка:

1. Интенционное дрожание
2. Гипорефлексия
3. Атактическая походка
4. Фибриллярные подёргивания
5. Скандированная речь

IV. Мозжечковая проба, с помощью которой выявляют статическую атаксию:

1. Проба Ромберга
2. Пальце-носовая
3. Коленно-пяточная
4. Противоудара
5. Мимопопадание

V. Двигательные расстройства, возникающие при поражении мозжечка:

1. Парез
2. Плегия
3. Атаксия
4. Гиперкинез
5. Тремор покоя

VI, Асинергия по Бабинскому — это проба, которая выявляет:

1. Туловищную атаксию
2. Интенционный тремор
3. Парез
4. Гиперкинез
5. Головокружение

VII. Где расположен очаг поражения, если мозжечковые симптомы выявлены в правых конечностях:

1. Теменная доля мозга
2. Червь мозжечка
3. Левое полушарие мозжечка
4. Правое полушарие мозжечка
5. Ядра мозжечка

VIII. Поражение какого отдела головного мозга вызывает замедленную, мелкими шагами походку с затруднением в начале движения и окончании движения?

1. Паллидарного
2. Стриарного
3. Кору головного мозга
4. Мозжечка
5. Ствола мозга

IX. Какой из перечисленных синдромов характерен для поражения паллидарного отдела экстрапирамидной системы?

1. Гемисиндром
2. Амиостатический синдром
3. Бурденко-Крамра
4. Броун-Секара
5. Акинетико-ригидный

X. Экстрапирамидные гиперкинезы возникают при поражении:

1. Стриарного отдела
2. Паллидарного отдела
3. Ствола мозга
4. Мозолистого тела
5. Червя мозжечка

XI. Какой мышечный тонус наблюдается при поражении паллидарного отдела?

1. Гипотонический
2. Атонический
3. Спастический
4. Пластический
5. Нормотонический

XII. Односторонние, размашистые, подбрасывающие движения проксимальных отделов конечностей характерны для:

1. Торсионного спазма
2. Хореического гиперкинеза
3. Гемибаллизма
4. Паркинсонизма
5. Атетоза

XIII. Наиболее стойкими симптомами хореи являются:

1. Гиперкинезы

2. Расстройство координации
3. Астено-невротический синдром
4. Дизартрия
5. Мышечная гипертония

XIV. При поражении одного полушария мозжечка больной при ходьбе отклоняется:

1. В сторону очага
2. В противоположную сторону
3. Равномерно в обе стороны

Тема 1.5 Черепные нервы (1-6 пары).

I. Укажите правильные ответы. Ствол головного мозга включает:

- а) продолговатый мозг,
- б) варолиев мост,
- в) средний мозг,
- г) промежуточный мозг,
- д) верхние отделы спинного мозга.

II. Ядра черепных нервов располагаются в стволе:

- а) в крыше,
- б) в покрывке,
- в) в основании,
- г) вариант 1 и 2,
- д) вариант 1, 2 и 3.

III. Где располагаются тела 1-х нейронов обонятельного нерва?

- а) в слизистой оболочке верхнего и частично среднего носового хода,
- б) в слизистой оболочке нижнего и частично среднего носового хода,
- в) обонятельной луковице,
- г) обонятельном треугольнике,
- д) парагиппокампальной извилине.

IV. В chiasma nervorum opticus перекресту подвергаются только:

- а) волокна от височных половин сетчатки,
- б) волокна от носовых половин сетчатки,
- в) перекрещиваются волокна от верхних половин сетчатки,
- г) волокна от нижних половин сетчатки,
- д) перекреста нет.

V. Зрительные тракты заканчиваются в:

- а) верхних холмиках среднего мозга,
- б) нижних холмиках среднего мозга,
- в) латеральных коленчатых телах,
- г) медиальных коленчатых телах,
- д) верно 1 и 3.

VI. У больного установлена верхнеквадратная гемианопсия. При поражении на каком уровне возможно такое расстройство?

- а) поражение зрительного нерва,
- б) поражение перекрещивающихся волокон на уровне зрительного перекреста,
- в) поражение перекрещивающихся волокон на уровне зрительного перекреста,
- г) поражение зрительного тракта,
- д) поражение язычной извилины.

VII. Ядро Якубовича-Эдингера-Вестфала обеспечивает:

- а) конвергенцию глазных яблок,
- б) движение глазных яблок вверх, вниз и кнутри,
- в) «поднимает» верхнее веко,
- г) реакцию зрачка на свет.
- д) все ответы верны.

VIII. Как называется дефект поля зрения, не сливающийся с его периферическими границами (в виде пятна)?

- а) амавроз,
- б) амблиопия,
- в) гемианопсия,
- г) скотома.
- д) фотопсия.

IX. При исследовании глазного дна у больного выявлено выбухание диска зрительного нерва в полость глазницы, размытость границ, изгиб сосудов, «сползающих» с поднявшегося над сетчаткой диска. Что это?

- а) отек диска зрительного нерва (застойный диск),
- б) атрофия зрительного нерва,
- в) невропатия зрительного нерва,
- г) травма зрительного нерва,
- д) не знаю.

X. При каких заболеваниях встречается «застойный диск зрительного нерва»?

- а) нейроинфекции,
- б) опухоль головного мозга,
- в) травма глаза,
- г) острое нарушение мозгового кровообращения,
- д) вегетативная дисфункция.

XI. У больного широкий левый зрачок, отсутствует реакция зрачка на свет, глазное яблоко отклонено кнаружи, глубокий парез в правых конечностях. В какой синдром можно объединить имеющуюся неврологическую симптоматику?

- а) синдром Вебера,
- б) синдром Мияр-Гублера,
- в) синдром Джексона,
- г) синдром Фовиля,
- д) синдром внутренней капсулы.

XII. Где расположен стволый центр взора?

- а) ядра Кахаля и Даркшевича,
- б) ядра Перлиа и Якубовича-Вестфалья-Эдингера,
- в) двигательное ядро глазодвигательного нерва,
- г) вестибулярные ядра,
- д) двигательное ядро лицевого нерва.

XIII. У больного выявлено выпадение поверхностной и сохранение глубокой чувствительности на лице, захватывающие наружные отделы. О чем свидетельствует выявленная патология?

- а) поражение III ветви тройничного нерва,
- б) поражение корешка С3,
- в) поражение оральных отделов ядра спинномозгового пути тройничного нерва,
- г) поражение каудальных отделов ядра спинномозговой пути тройничного нерва,
- д) поражение мостового ядра тройничного нерва.

XIV. У больного при внешнем осмотре выявлена асимметрия лица: сглаженность носогубной складки, опущение угла рта, расширение глазной щели. При зажмуривании глазная щель не смыкается. Беспокоит слезотечение. Имеется нарушение вкуса на передней две трети языка. На каком уровне пострадал лицевой нерв?

- а) после отхождения всех ветвей,
- б) в лицевом канале выше отхождения барабанной струны,
- в) выше отхождения стремянного нерва,

- г) выше отхождения большого каменистого нерва,
- д) в области внутреннего слухового прохода.

XV. Корковое представительство обонятельного анализатора:

- 1. Лобная доля
- 2. Теменная доля
- 3. Височная доля (гиппокампова извилина)
- 4. Затылочная доля
- 5. Зрительный бугор

XVI. Корешки каких нервов выходят в области мосто-мозжечкового угла?

- 1. I
- 2. III
- 3. V
- 4. VII
- 5. VIII

XVII. Характерный симптом поражения VI нерва по центральному типу:

- 1. Диплопия
- 2. Контрлатеральная асимметрия носогубной складки
- 3. Девияция языка в сторону очага
- 4. Лагофтальм
- 5. Дисфагия

XVIII. Поражение какого нерва вызывает амблиопию или амвроз?

- 1. V
- 2. VII
- 3. II
- 4. IX
- 5. VI

XIX. Что такое анизокория?

- 1. Снижение зрения
- 2. Разность диаметра зрачков
- 3. Слепота
- 4. Сужение зрачков
- 5. Расширение зрачков

XX. Какой черепной нерв иннервирует жевательную мускулатуру лица?

1. XI
2. IX
3. III
4. V
5. VII

Тема 1.6 Черепные нервы (7-12 пары). Бульбарный и псевдобульбарный параличи. Альтернирующие синдромы.

I. Укажите локализацию ядер IX-XII пар черепных нервов:

- а) продолговатый мозг,
- б) ножки мозга,
- в) мост,
- г) рассеяны по всему стволу,
- д) не знаю.

II. Назовите нервы мостомозжечкового угла:

- а) I и II,
- б) III, IV и VI,
- в) IV и V,
- г) V, VI, VII и VIII,
- д) IX, X и XII.

III. У больного при проведении пробы Ринне костная проводимость продолжительней воздушной. О чем это может свидетельствовать?

- а) о патологии среднего уха,
- б) о заболевании внутреннего уха,
- в) о наличии центрального слухового нарушения,
- г) о патологии вестибулярного аппарата,
- д) о нарушении вибрационного чувства.

IV. Чем отличается псевдобульбарный паралич от бульбарного?

- а) наличием дизартрии,
- б) отсутствием глоточного рефлекса,
- в) появлением рефлексов орального автоматизма,
- г) сохранностью глоточного рефлекса,
- д) атрофией половины языка.

V. Укажите локализацию ядер IX-XII пар черепных нервов:

- а) продолговатый мозг,
- б) ножки мозга,
- в) мост,
- г) рассеяны по всему стволу,
- д) не знаю.

VI. Когда возникает альтернирующий паралич?

- а) при половинном поражении сегмента спинного мозга
- б) при поперечном поражении сегмента спинного мозга
- в) при поражении внутренней капсулы
- г) при половинном поражении ствола мозга
- д) при поражении корешков конского хвоста

VII. Синдром, развивающийся при половинном поражении среднего мозга, это:

- 1. Джексона
- 2. Авелиса
- 3. Шмидта
- 4. Вебера
- 5. Фовиля

VIII. Синдром, развивающийся при половинном поражении моста, это:

- 1. Джексона
- 2. Авелиса
- 3. Шмидта
- 4. Бенедикта
- 5. Мийяра-Гублера

IX. Какой черепной нерв страдает при синдроме Мийяра-Гублера?

- 1. V нерв
- 2. X пара
- 3. VII пара
- 4. XII пара
- 5. III пара

X. Признак, характерный для бульбарного паралича — это:

- 1. Асимметрия лица
- 2. Болевой синдром в области лица
- 3. Дисфагия

4. Слабость жевательных мышц
5. Отсутствие нижнечелюстного рефлекса

XI. Признак, характерный для псевдобульбарного паралича:

- 1 Патологические стопные рефлексы
2. Рефлексы орального автоматизма
3. Рефлекс Маринеско-Родовичи
4. Периферический паралич лицевого нерва
5. Односторонняя атрофия языка

XII. Синдром, характерный для половинного поражения спинного мозга:

1. Вебера
2. Брун-Секара
3. Джексона
3. Мийяра — Гублера
4. Валленберга-Захарченко

XIII. Какой нерв иннервирует мимическую мускулатуру лица?

1. III
2. V
3. VI
4. VIII
5. IX

XIV. При поражении какого черепного нерва необходима консультация сурдолога и ЛОР-врача?

1. IX
2. XII
3. VII
4. VIII
5. V

XV. Где расположены ядра бульбарной группы черепных нервов?

1. Ножки мозга
2. Зрительный бугор
3. Продолговатый мозг
4. Мост

5. Передняя центральная извилина

XVI. Какой черепной нерв страдает при синдроме Фовиля?

1. VII
2. III
3. VII и VI
4. VIII
5. XII

XVII. Где расположены ядра VII пары черепного нерва?

1. Переход продолговатого мозга в спинной мозг
2. Мост
3. Ножки мозга
4. Продолговатый мозг
5. Зрительный бугор

XVIII. Сколько ядер имеет VII нерв?

1. Одно
2. Два
3. Три
4. Четыре
5. Пять

XIX. На поражение какого нерва указывает синдром Бела?

1. III
2. IX
3. X
4. VII
5. V

XX. При поражении какого нерва отмечается лагофтальм?

1. V
2. VII
3. III
4. IV
5. VI

Тема 1.7 Вегетативная нервная система.

I. Истинное недержание мочи возникает при поражении:

1. Грудного отдела спинного мозга
2. Внутренней капсулы
3. Конуса спинного мозга
4. Шейного утолщения
5. Затылочной доли головного мозга

II. Цилиоспинальный центр (синдром Бернара-Горнера) расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне:

1. C6-C7
2. C7-C8
3. C8-D1
4. D1-D2
5. D2-D3

III. При поражении бокового рога спинного мозга возникает:

1. Монопарез
2. Гемипарез
3. Трофические нарушения
4. Нарушения функции органов малого таза
5. Недержание мочи

IV. Гипоталамус представляет собой:

- а) железу внутренней секреции; б) железу внешней секреции;
в) отдел промежуточного мозга; г) гормон, выделяемый гипофизом.

V. Клинический признак энуреза:

1. Тики
2. Головная боль
3. Ночное недержание мочи
4. Недержание кала
5. Ложные параличи

VI. Для симпато-адреналового криза характерно:

1. Понижение артериального давления
2. Головокружение
3. Повышение артериального давления
4. Головная боль
5. Нарушение сна

VII. Наиболее частая причина вегетативной дистонии:

1. Сосудистые заболевания головного мозга
2. Болезнь Паркинсона
3. Рассеянный склероз
4. Невротические расстройства
5. Боковой амиотрофический склероз

VIII. Наиболее характерно для ваго-инсулярного криза:

1. Покраснение кожных покровов лица
2. Снижение артериального давления
3. Повышение температуры тела
4. Повышение артериального давления
5. Понижение температуры тела

VIХ. Характерные признаки вегетативной дистонии:

1. Спастический парез конечности
2. Проводниковый тип нарушения чувствительности
3. Сердцебиение
4. Чувство нехватки воздуха
5. Учащенное и обильное мочеиспускание

X. Следующее анатомическое образование представляет надсегментарный аппарат вегетативной нервной системы:

1. черепно-мозговые нервы
2. спинномозговые корешки
3. гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс
4. нейроны боковых рогов спинного мозга
5. нейроны передних рогов спинного мозга

XI. Следующее анатомическое образование представляет сегментарный отдел вегетативной нервной системы:

1. гипоталамус
2. спинномозговые корешки
3. корково-лимбико-ретикулярный комплекс
4. нейроны боковых рогов спинного мозга и ствола головного мозга
5. нейроны передних рогов спинного мозга

XII. Следующий симптом характерен для поражения гипоталамической области:

1. нарушение произвольных движений
2. гемианестезия
3. сенситивная атаксия

4. нейроэндокринные расстройства

5. синдром Аргайла-Робертсона

XIII. Следующий симптом характерен для поражения надсегментарного отдела вегетативной нервной системы:

1. Джексоновская эпилепсия

2. паническая атака

3. приступ тригеминальной невралгии

4. приступ парциальной парестезии

5. абсанс

XIV. Основной функцией вегетативной нервной системы является:

1. способность воспринимать чувствительные раздражители

2. произвольная двигательная активность

3. поддержание гомеостаза

4. рефлекторно-автоматическая двигательная активность

5. поддержание мышечного тонуса

XV. Следующие анатомические образования осуществляют вегетативную иннервацию глаза:

1. глазодвигательный нерв

2. ресничный узел

3. звездчатый узел симпатического ствола

4. боковые рога спинного мозга на уровне С2-С4

5. боковые рога спинного мозга на уровне С8-Т1

XVI. Поражение следующих анатомических образований может вызывать симптом Горнера:

1. спинного мозга на уровне С8-Т1

2. стенки внутренней сонной артерии

3. верхушки легкого

4. глазодвигательного нерва

5. передних корешков С5-6

XVII. Поражение следующих анатомических образований характеризуется развитием нейрогенного мочевого пузыря:

1. конского хвоста

2. конуса спинного мозга

3. седалищного нерва

4. поперечника спинного мозга

5. мозжечка

XVIII. Проба Даниньи-Ашнера проводится путем:

1. помещения кисти в холодную воду на 1 минуту
2. надавливании на верхнюю часть живота на 20-30 сек
3. надавливании на глазные яблоки
4. механического раздражения кожи живота рукояткой неврологического молоточка
5. подкожного введения 1 мл 0,1% р-ра адреналина

XIX. При поражении периферических отделов ВНС возникают проявления по типу:

1. панических атак
2. с-ма Бернара-Горнера
3. нарушения ритма «сон-бодрствование»
4. симпаталгий
5. каузалгий

XX. Возвышающийся красный дермографизм свидетельствует о:

1. повышении тонуса симпатической нервной системы
2. снижении тонуса парасимпатической нервной системы
3. повышении тонуса парасимпатической нервной системы
4. снижении тонуса симпатической нервной системы

Тема 1.8 Расстройство высших мозговых функций. Речь, гнозис, праксис, память, мышление и их расстройства.

I. При поражении правого полушария головного мозга у правшей возникают корковые речевые расстройства в форме:

- а) афазии
- б) алексии
- в) не возникают
- г) аграфии
- д) дизартрии.

II. У больных с сенсорной афазией нарушено:

- а) понимание речи
- б) слух
- в) воспроизведение речи
- г) чтение
- д) все выше изложенное.

III. У больного с амнестической афазией нарушена способность:

- а) описать свойства и назначение предмета

- б) дать название предмета
- в) определить предмет при ощупывании
- г) памяти на текущие события
- д) произношения отдельных звуков.

IV. У больного с апраксией нарушены целенаправленные действия по причине:

- а) пареза
- б) нарушения последовательности и схемы действия
- в) нарушения скорости и плавности действия
- г) потери двигательных навыков
- д) все выше изложенное.

V. При поражении левой лобной доли возникает афазия:

- а) моторная
- б) сенсорная
- в) амнестическая
- г) семантическая
- д) все выше изложенное.

VI. При поражении левой угловой извилины возникает:

- а) апраксия
- б) алексия
- в) моторная афазия
- г) сенсорная афазия
- д) аграфия.

VII. При поражении левой надкраевой извилины возникает:

- а) апраксия
- б) алексия
- в) моторная афазия
- г) сенсорная афазия
- д) аграфия.

VIII. Зрительная агнозия наблюдается при поражении:

- а) зрительного нерва
- б) затылочной доли
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы
- д) зрительного тракта.

IX. Слуховая агнозия наблюдается при поражении:

- а) слухового нерва
- б) височной доли
- в) корковой зоны Вернике
- г) затылочной доли
- д) теменной доли.

X. При поражении левой височной доли возникает:

- а) моторная афазия
- б) сенсорная афазия
- в) амнестическая афазия
- г) обонятельная агнозия
- д) алексия.

XI. При поражении теменной коры правого полушария мозга возникает:

- а) анозогнозия
- б) псевдомелия
- в) афазия
- г) алексия
- д) аутоагнозия.

XII. При поражении теменной коры левого полушария мозга возникает:

- а) моторная афазия
- б) акалькулия
- в) апраксия
- г) алексия
- д) слуховая агнозия.

XIII. При поражении левой лобной доли нарушается:

- а) письмо
- б) чтение
- в) экспрессивная речь
- г) понимание речи
- д) все выше изложенное.

XIV. Для какого вида афазии характерно литеральные парафазии, словесный эмбол или полное отсутствие речи?

- а) сенсорная
- б) моторная
- в) семантическая
- г) амнестическая

д) все выше перечисленное.

XV. Для какого вида афазии характерны «словесный салат» и вербальные парафазии?

а) сенсорная

б) моторная

в) семантическая

XVI. Характерный признак поражения базальных отделов лобной доли:

1. Поворот головы и глаз в противоположную сторону

2. Моторная афазия

3. Большие судорожные припадки

4. Акалькулия

5. Аносмия

XVII. Моторная афазия развивается при поражении:

1. Затылочной доли

2. Верхней височной извилины

3. Прецентральной извилины

4. Постцентральной извилины

5. Верхней теменной доли

XVIII. Больной с моторной афазией:

1. Не понимает обращенной к нему речи

2. Не может говорить

3. Забывает названия предметов

4. Не понимает сложных смысловых перестроений

5. Не выговаривает слова (дизартрия)

XIX. Сенсорная афазия развивается при поражении:

1. Прецентральной извилины

2. Верхней височной извилины

3. Нижней лобной извилины

4. Постцентральной извилины

5. Теменной доли

XX. Больной с сенсорной афазией:

1. Понимает обращенную речь, но не может говорить

2. Не понимает обращенную речь и не может говорить

3. Может говорить, но не понимает обращенную речь

4. Может говорить, но забывает названия предметов

5. Может говорить, но речь скандированная

Тема 1.9 Дополнительные методы исследования в неврологии и нейрохирургии.

I. Наиболее информативным методом диагностики тонуса сосудов головного мозга является:

1. ЭЭГ
2. УЗДГ
3. Ангиография
4. КТ
5. МРА

II. Определяющими методами в диагностике гидроцефального синдрома являются:

1. Краниография
2. Ангиография
3. УЗДГ
4. КТ
5. МРТ

III. Любальная пункция противопоказана при:

- Лицевом гемиспазме
- Назальной ликворее
- Синдроме дислокации головного мозга
- Посттравмотическом менингите .
- Сотрясении головного мозга

IV. Решающим в диагностике менингита является:

- Краниография
- Анализ мочи
- Анализ крови
- Ликворологическое исследование
- Неврологические данные

V. КТ головного мозга выявляет САК:

- В первые сутки
- На 3-й день
- На 7-й день
- На 14-й день
- На 21-й день

VI. В диагностике извитости артерий экстракраниального и каротидного отделов решающую роль играет:

- УЗДГ

ЭЭГ

Краниография

Ангиография

МРА

VII. Среднее количество цереброспинальной жидкости у человека:

30-50 мл

60-100 мл

120-150мл

160-200 мл

220-300 мл

VIII. Следующие симптомы свидетельствуют о раздражении мозговых оболочек:

симптом Кернига

симптом Брудзинского

симптом Броун-Секара

ригидность по типу «зубчатого колеса»

ригидность шейных мышц

IX. Наиболее информативными методами обследования для выявления объемного образования головного мозга являются:

ЭЭГ

КТ головного мозга

Rg черепа

МРТ головного мозга

транскраниальная УЗДГ

X. Наиболее информативными методами обследования для выявления нарушений мозгового кровообращения являются:

ЭХО-ЭГ

МРТ, КТ

ЭЭГ

дуплексное сканирование

ангиография

XI. Наиболее информативными методами обследования для выявления причины эпилептического приступа являются:

МРТ

ЭЭГ

Rtg черепа

КТ

ЭНМГ

XII. При поражении следующих анатомических образований электронейромиография является информативным исследованием:

спинального корешка

периферического нерва

головного мозга

мышцы

передних рогов спинного мозга

XIII. Наиболее информативный метод исследования при геморрагических инсультах:

а) анализ ликвора

б) КТ головного мозга

в) ЭЭГ

г) УЗДГ

XIV. К методам нейровизуализации головного и спинного мозга не относится:

СКТ, МРТ, ПЭТ, ЭЭГ.

XV. Измерение скорости кровотока в сосудах с использованием эффекта Доплера называется:

ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, УЗДГ, ЭКГ, ЭХО-КГ

XVI. Метод обследования функций головного мозга, основанный на исследовании биоэлектрической активности называется:

ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, УЗДГ, ЭКГ, ЭХО-КГ.

XVII. Увеличение количества клеток в составе спинно-мозговой жидкости называется:

лейкоцитоз, эритроцитоз, тромбоцитоз, плеиоцитоз, агранулоцитоз

XVIII. Электрофизиологический метод исследования проведения нервного импульса по периферическим нервам называется:

ЭМГ, УЗДГ, МРТ, ЭНМГ, ЭХО-КГ, ЭМГ

XIX. Наиболее опасный синдром на глазном дне:

атрофия ДЗН, ангиопатия сетчатки, отслоение сетчатки, застойный диск ДЗН

XX. Метод исследования, позволяющий получить информацию о метаболических процессах в головном мозге, называется:

КТ в режиме ангиографии, МРТ спектроскопия, УЗДГ, ЭХО-Эг,

Тема 1.10 Методика неврологического обследования. Синдромологический анализ в неврологии, нейрохирургии.

I. У больного наблюдается гемипарез, гемигипостезия и гемианопсия справа. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варольев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

II. У больного наблюдается прозопарез справа, центральный парез конечностей слева. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варолиев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

III. У больного наблюдается дисфагия, дисфония, дизартрия, выпадение глоточного рефлекса слева и центральный парез конечностей. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варольев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

IV. У больного наблюдается расходящееся косоглазие, нарушение движения глазного яблока вверх и вниз слева и центральный парез конечностей справа. Где очаг поражения?

- а) средний мозг слева
- б) варольев мост справа
- в) внутренняя капсула справа
- г) продолговатый мозг слева
- д) внутренняя капсула слева.

V. У больного наблюдается нарушение координации в правых конечностях (динамическая атаксия). Где очаг поражения?

- а) левое полушарие мозжечка
- б) червь мозжечка
- в) правое полушарие мозжечка
- г) задние канатики спинного мозга

д) верхняя лобная извилина.

VI. У больного наблюдается покачивание в позе Ромберга, атаксическая походка. Где очаг поражения?

а) левое полушарие мозжечка

б) червь мозжечка

в) правое полушарие мозжечка

г) задние канатики спинного мозга

д) верхняя лобная извилина.

VII. Нарушена координация движения нижних конечностей, резко ухудшается при закрытых глазах, кроме того выявляется нарушение мышечно-суставного чувства. Где очаг поражения?

а) левое полушарие мозжечка

б) червь мозжечка

в) правое полушарие мозжечка

г) задние канатики спинного мозга

д) верхняя лобная извилина.

VIII. Больной не может стоять и ходить (астазия – абазия). Где очаг поражения?

а) левое полушарие мозжечка

б) червь мозжечка

в) правое полушарие мозжечка

г) задние канатики спинного мозга

д) верхняя лобная извилина.

IX. У больного выявляется нарушение поверхностной чувствительности справа по проводниковому типу, глубокой чувствительности также по проводниковому типу – слева. Кроме того слева выявляется центральный парез ноги. Где очаг поражения?

а) поперечное поражение спинного мозга ниже шейного утолщения

б) половинное (справа) поражение спинного мозга

в) половинное (слева) поражение спинного мозга

г) конский хвост

д) конус спинного мозга.

X. У больного выявляется нижний спастический парапарез, острая задержка мочи, расстройство чувствительности по проводниковому типу. Где очаг поражения?

а) поперечное поражение спинного мозга ниже шейного утолщения

б) половинное (справа) поражение спинного мозга

в) половинное (слева) поражение спинного мозга

- г) конский хвост
- д) конус спинного мозга.

XI. У больного выявляется периферический парез стоп, императивные позывы к мочеиспусканию, расстройство чувствительности в области промежности и медиальной поверхности бедер. Где очаг поражения?

- а) поперечное поражение спинного мозга ниже шейного утолщения
- б) половинное (справа) поражение спинного мозга
- в) половинное (слева) поражение спинного мозга
- г) конский хвост
- д) конус спинного мозга.

XII. Наличие триады Шарко свидетельствует о поражении:

- а) правой лобной доли
- б) промежуточного мозга
- в) лимбико-ретикулярного комплекса
- г) мозжечка
- д) продолговатого мозга

XIII. У больного наблюдаются сенсорная афазия в сочетании со слуховыми галлюцинациями. Где очаг поражения?

- а) правая лобная доля
- б) промежуточный мозг
- в) лимбико-ретикулярный комплекс
- г) левая височная доля
- д) левая лобная доля

XIV. У больного наблюдаются апраксия в сочетании с астереогнозом. Где очаг поражения?

- а) правая лобная доля
- б) промежуточный мозг
- в) лимбико-ретикулярный комплекс
- г) правая теменная доля
- д) левая лобная доля

XV. Боль в пояснично-крестцовой зоне, иррадиирующая в голень, онемение в области 5-го пальца стопы, выпадение ахиллова рефлекса могут указывать на поражение в области:

- а) поясничного утолщения
- б) конского хвоста
- в) сегмента L3-L4,

г) сегмента L5-S1

д) сегмента Th10-11

Раздел 2. Основы медицинской генетики.

Тема 2.1 Клинико-генеалогический метод. Критерии наследования. Семиотика наследственных болезней.

I. Пробанд — это:

Больной, обратившейся к врачу

Здоровый человек, обратившейся за медико-генетической консультацией

Человек, впервые попавший под наблюдение врача-генетика

Индивидуум, с которого начинается сбор родословной

Родственник больного с наследственной патологией

II. Частота наследственных моногенных болезней человека составляет:

- 0,5%, 2%, 5%, 10%, 25%, 50%

III. Частота хромосомных болезней человека составляет:

- 0,5%, 2%, 5%, 10%, 25%, 50%

IV. В международной базе наследственных моногенных болезней человека

зарегистрировано около:

1 тыс. форм 5 тыс. форм, около 10 тыс форм, около 20 тыс форм, около 50 тыс. форм, около 100тыс форм

V. В международной базе хромосомных болезней человека зарегистрировано около:

1 тыс. форм , 5 тыс. форм, около 10 тыс форм, около 20 тыс форм, около 50 тыс. форм,

VI. В ядерном геноме человека содержится структурных генов около:

5 тыс.,

40, 1000, 10 тыс., 20 тыс, 40 тыс., 100 тыс.

VII. В митохондриальном геноме человека содержится структурных генов около: 40, 5

тыс., 10 тыс., 20 тыс, 40 тыс., 100 тыс.

VII. К макроаномалиям развития относят:

гидроцефалия,

эпикант, изодактилия, клинодактилия, гетерохромия, полителия

VIII. К микроаномалиям относят:

фокомелия,

гибус, апус, дистихиаз, эктродактилия, хейлоскизис

IX. Для X-сцепленного доминантного наследования не характерно: вертикальная передача

признака, 50% повторный риск, преобладание пораженных девочек, передача признака от отца сыну, передача признака от матери дочери, 75% повторный риск

X. Для аутосомно-доминантного наследования характерно: 100% повторный риск при

передаче от матерей, преобладание пораженных девочек, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, горизонтальная сегрегация признака

XI. Для аутосомно-рецессивного наследования характерно:

100%

повторный риск при передаче от матерей, преобладание пораженных девочек, передача

признака от отца сыну, 25% повторный риск, вертикальная передача признака при одном пораженном родителе

XII. Для голландрического наследования типично:

100% повторный риск при передаче от матерей, равное соотношение пораженных девочек и мальчиков, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, горизонтальная передача признака при одном пораженном родителе

XIII. Для материнского наследования типично:

100%

повторный риск при передаче от отцов, преобладание пораженных мальчиков, передача признака от отца сыну, 25% повторный риск, вертикальная передача признака от пораженных матерей

XIV. Для X-сцепленного рецессивного наследования характерно:

100% повторный риск при передаче от матерей, преобладание пораженных девочек, здоровое потомство у пораженного отца, 50% повторный риск при передаче от отца, горизонтальная сегрегация признака

XV. К показаниям для клинико-генеалогического исследования относят наличие выявленных микроаномалий в количестве:

1-й, 2-х, 3-х, 4-х, 5

Тема 2.2 Цитогенетические, молекулярно-генетические, биохимические, популяционно-статистический, близнецовый методы. Компьютерная диагностика наследственных болезней.

I. Диагноз нейрофиброматоза ставится на основании:

Биохимического анализа

Клинической картины

Исследования гормонального фона, биохимического анализа

Молекулярно-генетического исследования

Цитогенетического исследования

II. Метод точной диагностики хромосомных болезней:

Клинический

Дерматоглифический

Цитогенетический

Клинико-генеалогический

Специфической биохимической диагностики

III. Какие типы наследственной патологии диагностируются с применением цитогенетических методов?

Наследственные дефекты обмена веществ

Мультифакториальные болезни

Болезни, обусловленные изменением числа и структуры хромосом

Болезни, впервые выявленные у одного из представителей в родословной

Моногенные болезни

IV. Для проведения цитогенетического анализа используются:

Клетки костного мозга

Клетки печени

Лимфоциты периферической крови

Биоптат семенника

Дерма

V. Что такое массовый биохимический скрининг новорожденных?

Обследование для уточнения диагноза

Диспансеризация

Целенаправленное массовое обследование с целью выявления больных конкретным заболеванием

Обследование с целью ранней диагностики группы моногенных заболеваний и лечения больных.

5.

Целенаправленное дообследование больного с целью уточнения заболевания

VI. Кариотип при с-ме Шерешевского-Тернера содержит число хромосом:

23, 46, 48, 45, 92, 115

VII. Кариотип при с-ме Клайнфельтера :

47XYY, 47,XY, 21+, 48, XXXX, 47,XY, 13+, 45, XO, 47,XXY, 47,XX,18+

VIII. Для с-ма Эдвардса характерен кариотип:

47,XX,18+, 47, XX,21+, 45, XO, 47,XXY, 48, XXXX, 47,XY, 13+

47,XYY,

IX. К показаниям для FISH диагностики относят подозрение на: моногенное заболевание обмена, артериальную гипертензию, сахарный диабет, микроцитогенетический синдром, носительство моногенного синдрома

X. Масс-спектрометрия применяется для диагностики: анеуплоидий,

микроцитогенетических синдромов, моногенных энзимопатий, полиплоидий, сахарного диабета

XI. Массовый биохимический скрининг беременных проводится с целью выделения группы риска по: фенилкетонурии, миопатии Дюшенна, с-ма Патау и заболеваний из этой группы, врожденного гипотиреоза, мукополисахаридозов

XII. Массовый биохимический скрининг новорожденных проводится с целью выявления: адреногенитального синдрома, миопатии Дюшенна, с-ма Патау и заболеваний из этой группы, спинальной мышечной атрофии, мукополисахаридоза.

XIII. ДНК диагностика проводится с целью постановки диагноза: с-ма Клайнфельтера, сахарного диабета 2 типа, шизофрении, адреногенитального синдрома, с-ма Патау, псориаза, рассеянного склероза

XIV. К показаниям для проведения ПЦР не относят диагностику заболеваний: вирусных, бактериальных, шизофрении, адреногенитального с-ма, гетерозиготного носительства, спинальной амиотрофии, моногенного синдрома

XV. Метод секвенирования относят к специальным методам генетики: биохимическим, популяционно-статистическим, молекулярно-цитогенетическим, молекулярно-генетическим, цитогенетическим

Тема 2.3 Моногенные болезни нервной системы.

I. Диагноз нейрофиброматоза ставится на основании:

Биохимического анализа

Клинической картины

Исследования гормонального фона, биохимического анализа

Молекулярно-генетического исследования

Цитогенетического исследования

II. Мышечная дистрофия связана с недостаточностью белка дистрофина, который находится в:

Нервных клетках

Клетках передних рогов спинного мозга

Клетках задних рогов спинного мозга

Мембране мышечных клеток

Лейкоцитах крови

III. Анатомическая область, которая более всего поражается при спинальной амиотрофии

Верднига-Гофмана:

Центральный мотонейрон

Мотонейрон переднего рога

Периферический нерв

Нервно-мышечный синапс

Мышца

IV. Основные диагностические критерии болезни Коновалова-Вильсона:

Дефект железа в крови

Увеличение печени

Спастические парезы (параличи)

Повышение уровня меди в моче

Кольцо Кайзера-Флейшера

- V. Этиологией наследственных моногенных заболеваний могут являться:** нонсенс-мутации в соматических клетках, мутации по типу экспансии тринуклеотидных повторов в гаметах, средовые факторы, геномные мутации и средовые факторы, анеуплоидии
- VI. К показаниям для FISH диагностики относят подозрение на:** моногенное заболевание обмена, артериальную гипертензию, сахарный диабет, микроцитогенетический синдром, носительство моногенного синдрома
- VII. Масс-спектрометрия применяется для диагностики:** анеуплоидий, микроцитогенетических синдромов, моногенных энзимопатий, полиплоидий, сахарного диабета
- VIII. Массовый биохимический скрининг беременных проводится с целью выделения группы риска по рождению детей с:** фенилкетонурией, миопатией Дюшенна, с-мом Патау и заболеваний из этой группы, врожденным гипотиреозом, мукополисахаридозом
- IX. Массовый биохимический скрининг новорожденных в РФ проводится с целью выявления:** адреногенитального синдрома, миопатии Дюшенна, с-ма Патау и заболеваний из этой группы, спинальной мышечной атрофии, мукополисахаридоза,
- X. К типичным проявлениям хромосомных заболеваний относят:** начало после «светлого промежутка», горизонтальная передача признака, 50% повторный риск, макроаномалии, высокий интеллект, повышение риска в зависимости от возраста отца, необычный цвет и запах мочи
- XI. К типичным проявлениям моногенных заболеваний обмена относят:** начало после «светлого промежутка», 75% повторный риск, макроаномалии, высокий интеллект, повышение риска в зависимости от возраста матери, непрогрессирующую олигофрению
- XII. Синдром вялого дистального тетрапареза характерен для:** Б. Штрюмпеля, хорей Гентингтона, б. Шарко-Мари-Туа, с-ма Шерешевского- Тернера, болезни Кугельберга-Веландер, болезни Дюшенна
- XIII. Высокорослость, с-м придодонеза, долихостеномелия, арахнодактилия, расширение дуги аорты характерны для:** с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли
- XIV. Булимия на 2-м году жизни, ожирение, вальгусная установка коленных суставов, легкая умственная отсталость характерны для:** с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли, б. Штрюмпеля
- XV. «Птичье лицо», гиперэластическая кожа, сколиоз, грыжи белой линии живота, варикоз характерны для:** с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли, б. Штрюмпеля
- XVI. Клонусы стоп, с-м Бабинского, спастическая походка, пирамидный гипертонус характерны для:** с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, б. Штрюмпеля, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли
- XVII. Наличие гиперкинезов в крупных суставах, лицевой мускулатуре, атетоз, снижение интеллекта, дизартрия характерны для:** с-ма Эллерса-Данло,

ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, б. Гентингтона, с-ма Прадера-Вилли, б. Штрюмпеля

- XVIII. Для синдрома Шерешевского Тернера характерно:** глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, птеригиум, макроглоссия, телекант, эктродактилия, шалевидная мошонка
- XIX. Для синдрома Клайнфельтера характерно:** глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, шалевидная мошонка, птеригиум, макроглоссия, эктродактилия
- XX. Для спинальной мышечной атрофии характерно:** нижний спастический парализ, полиневропатия, гиперкинезы, фибрилляции, пролежни, псевдогипертрофии икроножных мышц

Тема 2.4 Мультифакториальные заболевания. Хромосомные болезни.

- I. Какое заболевание не относится к болезням с наследственной предрасположенностью:**
сахарный диабет, злокачественные опухоли, ишемическая болезнь сердца, дизентерия, язвенная болезнь желудка
- II. Этиологией мультифакториальных заболеваний являются:**
геномные мутации, анеуплоидии, полиплоидии, средовые факторы, генные мутации и средовые факторы
- III. Этиологией хромосомных заболеваний являются:**
нонсенс-мутации в соматических клетках, мутации по типу экспансии тринуклеотидных повторов, средовые факторы, генные мутации и средовые факторы, геномные мутации в гаметах
- IV. Для синдрома Шерешевского Тернера характерно:**
глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, птеригиум, макроглоссия, телекант, эктродактилия
- V. Для синдрома Клайнфельтера характерно:**
глиома зрительного нерва, кофейные пятна, миопатический синдром, птеригиум, макроглоссия, телекант, эктродактилия, шалевидная мошонка
- VI. Булимия на 2-м году жизни, ожирение, вальгусная установка коленных суставов, легкая умственная отсталость характерны для:**
с-ма Эллерса-Данло, ганглиозидоза, врожденного гипотиреоза, с-ма Марфана, синдрома Ангельмана, с-ма Прадера-Вилли
- VII. К типичным проявлениям хромосомных заболеваний относят:**
начало после «светлого промежутка», горизонтальная передача признака, 50% повторный риск, макроаномалии, высокий интеллект, повышение риска в зависимости от возраста отца, необычный цвет и запах мочи
- VIII. К макроаномалиям развития относят:**
гидроцефалия, эпикант, изодактилия, клинодактилия, гетерохромия, полителия
- IX. К микроаномалиям относят:**
фокомелия, гиббус, апус, дистихиаз, эктродактилия, хейлоскизис
- X. Кариотип при с-ме Шерешевского-Тернера содержит число хромосом:**
23, 46, 48, 45, 92

- XI. Кариотип при с-ме Клайнфельтера :** 47XYY, 47,XY, 21+,48, XXXX, 47,XY, 13+, 45, XO, 47,XXY , 47,XX,18+
- XII. Для с-ма Эдвардса характерен кариотип:** 47 XYY, +, 47,XX,18±, 47, XX,21+, 45, XO, 47,XXY, 48, XXXX, 47,XY, 13+
- XIII. Риск наследования сахарного диабета при одном пораженном родителе составляет:** 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%
- XIV. Повторный риск рождения ребенка с классическим вариантом с. Дауна составляет:** 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%
- XV. Риск наследования шизофрении при двух пораженных родителях составляет:** 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

Тема 2.5 Медико-генетическое консультирование. Профилактика наследственной и врожденной патологии. Этические вопросы медицинской генетики.

I. Метод точной диагностики хромосомных болезней:

Клинический

Дерматоглифический

Цитогенетический

Клинико-генеалогический

Специфической биохимической диагностики

II. Предимплантационная диагностика проводится: в эмбриональный период, на 3-6 неделе, плодный период, на 8-9-й неделе, на стадии бластоцисты

III. Хориоцентез проводится на сроке: 3-6 недель, 6-9 недель, 15-17 недель, 20-22 недель

IV. Плацентобиопсия проводится на сроке: 3-6 недель, 6-9 недель, 15-17 недель, 20-22 недель

V. Кордоцентез проводится на сроке: 3-6 недель, 6-9 недель, 15-17 недель, 20-22 недель

VI. Метод терапевтического клонирования основан на применении: стволовых эмбриональных клеток, введении нуклеиновых кислот, приеме фоллиевой к-ты,

VII. Exon-skipping является одним из методов: терапевтического клонирования, полимеразной цепной реакции, тандемной масс-спектрометрии, селективного скрининга на болезни обмена, генотерапии

VIII. Экзон – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

IX. Интрон – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

X. Промотор – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

XI. Эхансер – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

XII. Сайленсер – это: участок инициации транскрипции, кодирующий район гена, регулятор скорости транскрипции, регулятор скорости трансляции, некодирующий район гена, терминатор транскрипции

XIII. Периконцепционная защита высокоэффективна для профилактики: хромосомных заболеваний, моногенных болезней обмена, митохондриальных заболеваний, мультифакториальных макроаномалий, социально значимых мультифакториальных болезней

XIV. Риск наследования сахарного диабета при одном пораженном родителе составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

XV. Повторный риск рождения ребенка с классическим вариантом с. Дауна составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

XVI. Риск наследования шизофрении при двух пораженных родителях составляет: 0-1%, 1-5% 5-10%, 10-20%, 20-40%, 40-60%, 100%

Раздел 3. Вопросы частной неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Тема 3.1 Функциональная нейрохирургия. Вертеброгенные заболевания. Объемные заболевания ЦНС.

I. Если коматозному состоянию предшествовал эпилептический приступ то вероятной причиной комы может быть:

- Ангиография
- Эпилепсия
- Дисциркуляторная энцефалопатия
- Опухоль мозга
- Инсульт
- Дисциркуляторная энцефалопатия
- Все вышеуказанное верно

II. Одним из наиболее характерных проявлений синдрома периферической вегетативной недостаточности является:

- Боль
- Гипервентиляция
- Трофические изменения

- Ортостатическая гипотензия
- Гипергидроз

III. Методом выбора дополнительного исследования при опухолях спинного мозга является:

- Ангиография
- Пневмомиелография
- Спондилография
- МРТ
- Дискография

IV. Наиболее информативный метод диагностики опухолей головного мозга:

- Краниография
- МРТ
- РЭГ
- УЗИ
- Ангиография

V. Методы, позволяющие выявить уровень блокады субарахноидальных пространств спинного мозга:

- МРТ
- Ангиография
- КТ
- Нисходящая миелография

VI. Наиболее информативный метод диагностики спондилогенной миелопатии:

- Спондилография
- УЗДГ
- КТ
- Ангиография
- МРТ

VII. Поясничный прострел — это:

- Люмбалгия
- Люмбаишиалгия
- Люмбаго
- Невралгия
- Симпаталгия

VIII. Лечебная тактика при остро выпавшей грыжи диска с компрессией корешков конского хвоста:

- Амбулаторное лечение
- Мануальная терапия
- Физиотерапия
- Назначение анальгетиков
- Экстренное удаление грыжи диска

IX. Болевой синдром при остеохондрозе позвоночника обусловлен поражением:

- Передних рогов спинного мозга
- Задних рогов спинного мозга
- Боковых столбов спинного мозга
- Задних корешков спинного мозга
- Передних корешков спинного мозга

X. О какой локализации опухоли говорит моторная афазия?

- Лобная доля доминантного полушария
- Теменная доля
- Височная доля
- Затылочная доля
- Зрительный бугор

XI. По гистологическому строению к каким опухолям относится менингиома?

- Глиальным
- Сосудистым
- Менинго-сосудистым
- Дермоидам
- Метастатическим

XII. Моторные джексоновские припадки указывают на локализацию опухоли в области:

- Базальных отделов лобной доли
- Передней центральной извилины
- Вернетеменной дольки
- Нижнетеменной дольки
- Затылочной доли

XIII. Грубые психические нарушения указывают на локализацию опухоли в?

- Теменной доле
- Мозолистом теле
- Конвекситальных отделах лобной доли
- Височной доле
- Затылочной доле

XIV. Синдром Фостера-Кеннеди указывает на расположение опухоли в:

- Затылочной доле
- Стволе мозга
- Мозжечке
- Базальных отделах лобной доли
- Височной доле

XV. Синдром Бурденко-Крамера (тенториальный) указывает на локализацию опухоли в:

- Базальных отделах лобной доли
- Базальных отделах затылочной доли
- Стволе мозга
- Височной доле
- Теменной доле

XVI. Сенсорные джексоновские припадки указывают на расположение доброкачественной опухоли в области:

- Верхней теменной дольке
- Нижней теменной дольке
- Постцентральной извилине
- Конвекситальной области лобной доли
- Височной доле

XVII. Простые зрительные галлюцинации возникают при локализации опухоли в:

- Лобной доле
- Стволе мозга
- Мозжечке
- Затылочной доле
- Теменной доле

XVIII. Сенсорная афазия развивается при локализации опухоли в:

- Премоторной зоне
- Верхней теменной дольке
- Задних отделах верхневисочной извилины
- Стволе мозга
- Мозжечке

XIX. Для опухолевого поражения лобной доли характерны:

- Астериогнозия
- Двигательные нарушения
- Нарушения чувствительности

- Аутопрогнозия
- Нарушения психики

XX. Симптомы, характерные для опухолей теменной доли:

- Монопарез
- Моторная афазия
- Астереогнозия
- Апраксия
- Фотопсии

Тема 3.2 Травма нервной системы. Заболевания периферической нервной системы.

I. При какой патологии актуальной остается обзорная краниография?

- Менингит
- ЧМТ
- Опухоли головного мозга
- Сосудистые заболевания головного мозга
- Демиелинизирующие заболевания

II. При какой патологии необходимой является обзорная спондилография?

- Боковой амиотрофический склероз
- Сирингомиелия
- Опухоли конского хвоста
- Травма позвоночника
- Полиомиелит

III. Травматические вдавленные переломы черепа диагностируются с помощью:

- Ангиография
- КТ (костный режим)
- МРТ
- ЭЭГ
- Обзорная краниография

IV. Для диагностики внутричерепной травматической гематомы наиболее информативными являются:

- Краниография
- МРТ
- Ангиография
- ЭЭГ
- КТ

V. Проявления алкогольной полиневропатии:

- Периферический парез стоп
- Спастический гемипарез
- Боли и парестезии в ногах
- Нарушение болевой чувствительности по типу «носков»
- Вегето-трофические нарушения в ногах

VII. Какой тип расстройства чувствительности характерен для полиневропатии?

- Сегментарный
- Корешковый
- Диссоциированный
- Полиневритический («носки», «гольфы», «перчатки»)
- Проводниковый

VIII. Наиболее характерный симптом полиневропатии Гийена-Барре

- Восходящий тип двигательных нарушений
- Джексоновские припадки
- Нарушение психики
- Гипертемия
- Тазовые нарушения

IX. Какой тип расстройства чувствительности характерен для полиневропатии?

- Корешковый
- Сегментарный
- Проводниковый
- Полиневритический
- Диссоциированный

X. Наиболее характерные симптомы радикулопатии L5 корешка.

- Отсутствие коленного рефлекса
- Отсутствие ахиллова рефлекса
- Слабость разгибателя 1 пальца стопы
- Симптом Бабинского
- Невозможность стоять на пальцах стопы

XI. Наиболее характерный симптом радикулопатии S1 корешка:

- Отсутствие коленного рефлекса
- Отсутствие ахиллова рефлекса
- Слабость разгибателя 1 пальца стопы
- Симптом Оппенгейма
- Невозможность стоять на пятках

XII. Клиническая картина невралгии V нерва характеризуется:

- Нарушением болевой чувствительности на лице
- Наличием курковых зон на лице
- Парезом мимических мышц
- Пароксизмами сильнейших болей в области II и III ветвей
- Лагофthalmом

XIV. Нейропатия лицевого нерва проявляется:

- Болевым синдромом на лице
- Парезом жевательных мышц
- Синдромом Бела
- Невозможностью наморщить лоб
- Опущением угла рта

XV. Наиболее эффективным препаратом в купировании болей при невралгии V нерва является:

- Анальгин
- Карбамазепин
- Циннаризин
- Винпоцетин
- Лирика (прегабалин)

XVI. К легкой черепно-мозговой травме относятся:

- Сотрясение головного мозга
- Ушиб головного мозга средней степени
- Сдавление головного мозга
- Диффузное аксональное поражение
- Ушиб головного мозга легкой степени

XVII. Для сотрясения головного мозга типично:

- Кратковременное нарушение сознания
- Стойкая очаговая симптоматика
- Субарахноидальное кровоизлияние
- Ретроградная амнезия
- Перелом костей черепа

XVIII. В ликворе при сотрясении головного мозга отмечается:

- Повышенный плеоцитоз
- Понижение сахара
- Повышение белка

- Нормальное содержание белка
- Белково-клеточная диссоциация

XX. Для сотрясения головного мозга характерны следующие симптомы:

- Гемипарез
- Тетрапарез
- Общемозговые симптомы
- Застойные диски зрительных нервов
- Оболочечные симптомы

Тема 3.3 Сосудистые заболевания ЦНС.

I. Основными методами выявления аневризм сосудов головного мозга являются:

1. Пневмомиелография
2. Ангиография
3. МРТ
4. КТ
5. МРА

II. Наиболее частая причина мозгового инфаркта:

1. Атеросклероз
2. Язвенная болезнь желудка
3. Парапроктит
4. Черепно-мозговая травма
5. Пневмония

III. Наиболее частая причина геморрагического инсульта:

1. Цирроз печени
2. Пневмония
3. Гипертоническая болезнь
4. Язвенная болезнь желудка
5. Парапроктит

IV. Причиной проходящих нарушений мозгового кровообращения является:

1. Сосудистая дисциркуляция
2. Спазм мозговых артерий
3. Тромбоз мозговых артерий
4. Эмболия сосудов головного мозга
5. Нарушение проницаемости сосудистой стенки

V. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма является:

1. Повышение вязкости крови
2. Повышение активности свертывающей системы крови
3. Ухудшение реологических свойств крови
4. Снижение системного перфузионного давления
5. Повышение агрегации форменных элементов крови

VI. К развитию тромбоза мозговых артерий приводит:

1. Снижение артериального давления и замедление кровотока
2. Повышение артериального давления
3. Повышение фибринолитической активности крови
4. Снижение фибринолитической активности крови
5. Снижение уровня кальция

VII. К развитию нетромботического ишемического инсульта приводит:

1. Спазм артерий
2. Кадиальная эмболия
3. Мерцательная аритмия
4. Повышение артериального давления
5. Артерио-артериальные микроэмболии

VIII. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке:

1. До 24 часов
2. До 2 суток
3. До 3 суток
4. До недели
5. До 3 недель

IX. Для ТИА характерны:

1. Гемипарез
2. Афазия
3. Парциальный эпилептический приступ
4. Гемигипестезия
5. Кома

X. Какой симптом не характерен для тромбоза основной артерии?

1. Корковая слепота
2. Альтернирующий синдром
3. Бульбарный паралич

4. Глазодвигательные нарушения

5. Псевдобульбарный паралич

XI. Головокружение при дисциркуляторной энцефалопатии сочетается с:

1. Неустойчивостью при ходьбе

2. Синдром Бернара-Горнера

3. Гемипарезом

4. Зрительными нарушениями

5. Мигренозными головными болями

XII. Для САК обязательным является:

1. Гемипарез

2. Смещение М-эхо

3. Бульбарный синдром

4. Нарушение зрения

5. Менингеальный синдром

XIII. При кровоизлиянии в мозжечок наблюдается:

1. Нарушение чувствительности

2. Моторная афазия

3. Альтернирующие синдромы

4. Грубые координаторные нарушения

5. Нарушение зрения

XIV. Для диагноза ТИА в вертебро-базиллярном бассейне характерно наличие:

1. Джексоновских моторных припадков

2. Моторной афазии

3. Сенсорная афазия

4. Координаторных нарушений

5. Простых зрительных галлюцинаций

XV. Характерным признаком тромбоза экстракраниальной части сонной артерии является:

1. Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко

2. Альтернирующий оптико-пирамидный синдром

3. Тотальная афазия

4. Тетраплегия

5. Битемпоральная гемианопсия

XVI. Наиболее информативным методом в диагностике ишемического инсульта является:

1. Эхоэнцефалоскопия
2. ЭЭГ
3. Дуплексное сканирование
4. КТ головного мозга
5. Обзорная краниография

XVII. Ишемический инсульт проявляется:

1. Менингеальными симптомами
2. Гемипарезом
3. Предшествующими ТИА
4. Выраженной головной болью в дебюте заболевания
5. Повышенной температурой тела

XVIII. Кровь в ликворе характерна для:

1. Внутримозгового кровоизлияния
2. Геморрагического инфаркта мозга
3. Субарахноидального кровоизлияния
4. Лакунарного инсульта
5. Атеротромботического инсульта

XIX. Основными методами диагностики САК являются:

1. Люмбальная пункция
2. УЗДГ
3. Ангиография
4. КТ
5. МРТ

XX. КТ головного мозга выявляет САК:

1. В первые сутки
2. На 3-й день
3. На 7-й день
4. На 14-й день
5. На 21-й день

Тема 3.4 Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания нервной системы.

Паразитарные заболевания нервной системы.

I. При менингovasкулярном сифилисе наблюдается:

1. Когнитивные нарушения

2. Острые нарушения мозгового кровообращения
3. Утрата глубокой чувствительности
4. Все в/у верно
5. Все в/у неверно

II. Дифференциальный диагноз эпидурального абсцесса проводят с:

1. Первичной опухолью
2. Острым рассеянным склерозом
3. Метастазами
4. Всё вышеуказанное верно
5. Всё вышеуказанное неверно

III. Туберкулезный менингит:

1. Чаще поражает конвекситальные отделы мозга
2. Обязательно сочетается с активным ТВС процессом в других органах
3. Сопровождается снижением уровня сахара в ликворе
4. Все в/у верно
5. Все в/у неверно

VI. Решающим в диагностике менингита является:

1. Краниография
2. Анализ мочи
3. Анализ крови
4. Ликворологическое исследование
5. Неврологические данные

V. Люмбальная пункция противопоказана при:

1. Лицевом гемиспазме
2. Назальной ликворее
3. Синдроме дислокации головного мозга
4. Посттравмотическом менингите .
5. Сотрясении головного мозга

VI. Наиболее частотой клинической формой острой стадии эпидемического энцефалита является:

1. Окуло-летаргическая
2. Менингеальная
3. Полиомиелитическая
4. Энцефалитическая

5. Кожевниковской эпилепсии

VII. Выберите клиническую форму хронической стадии эпидемического энцефалита:

1. Полиомиелитическая
2. Гиперкинетическая
3. Вестибулярная
4. Эндокринная
5. Психосенсорная

VIII. Наиболее характерная клиническая форма острой стадии клещевого энцефалита:

1. Гиперкинетическая
2. Полиомиелитическая
3. Эндокринная
4. Психосенсорная
5. Вестибулярная

IX. Выберите клиническую форму, характерную для хронической стадии клещевого энцефалита:

1. Вестибулярная
2. Эндокринная
3. Менингеальная
4. Кожевниковской эпилепсии
5. Смешанная

X. Какой отдел мозга больше всего страдает при клещевом энцефалите?

1. Средний мозг
2. Мост
3. Передние рога спинного мозга
4. Зрительный бугор
5. Задние рога спинного мозга

XI. Возбудителем клещевого энцефалита является:

1. Иксодовый клещ
2. Пневмококк
3. Стафилококк
4. Нейротропный вирус
5. Палочка Коха

XII. Для первичного гнойного менингита характерно наличие:

1. Высокой температуры
2. Гемипареза
3. Парипареза
4. Менингеальных симптомов
5. Психомоторного возбуждения

XIII. Какие клетки преобладают в ликворе у больных с серозным менингитом?

1. Нейтрофилы
2. Лимфоциты
3. Эозинофилы
4. Моноциты
5. Базофилы

XIV. Какие клетки преобладают в ликворе у больных с гнойным менингитом?

1. Лимфоциты
2. Моноциты
3. Базофилы
4. Нейтрофилы
5. Эозинофилы

XV. Какой из перечисленных менингитов относится к серозному?

1. Отогенный
2. Менингококковый
3. Пневмококковый
4. Туберкулезный
5. Риногенный

XVI. Какое из перечисленных менингитов относится к гнойным?

1. Туберкулезный менингит
2. Отогенный менингит
3. Менингит, вызванный вирусами Коксаки и ЕСНО
4. Конвекситальный арахноидит
5. Базальный арахноидит

XVII. Наиболее информативный метод диагностики менингита:

1. Ангиография
2. Краниография

3. Люмбальная пункция

4. КТ

5. МРТ

XVIII. Возбудителями серозных менингитов являются:

1. Микробы

2. Грибки

3. Вирусы

4. Вирусы Коксаки и ЭСНО

5. Палочка Коха

XIX. Какой из перечисленных симптомов характерен для конвексительного арахноидита?

1. Кожевниковская эпилепсия

2. Парк инсонизм

3. Гипертонически-гипокинетический синдром

4. Джексоновская эпилепсия

5. Когнитивные нарушения

XX. Какой из черепных нервов страдает при арахноидите мосто-мозжечкового угла?

1. III

2. X

3. XII

4. VIII

5. II

Тема 3.5 Демиелинизирующие заболевания. Хронические прогрессирующие и пароксизмальные заболевания нервной системы.

I. Где располагается эпилептический очаг при простых парциальных чувствительных с маршем (джексоновских) эпилептических припадках?

а) верхняя теменная доля

б) интерпариетальная борозда

в) нижняя теменная доля

г) задняя центральная извилина

д) зрительный бугор.

II. Где располагается эпилептический очаг при простых парциальных моторных с маршем (джексоновских) эпилептических припадках?

- а) верхняя теменная доля
- б) передняя центральная извилина
- в) нижняя теменная доля
- г) задняя центральная извилина
- д) зрительный бугор.

III. При раздражении каких участков головного мозга возникают простые парциальные адверсивные эпилептические припадки?

- а) кора лобной доли
- б) кора височной доли
- в) кора теменной доли
- г) кора затылочной доли
- д) зрительный бугор

IV. Эпилептиформную активность позволяет верифицировать:

- а) эхоэнцефалоскопия
- б) электромиография
- в) электроэнцефалография
- г) магнитно-резонансная томография
- д) позитронно-эмиссионная томография.

VI. Медиатором тормозного действия является:

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин
- д) глутамат

VII. Определите максимальную длительность потери сознания у больных с тонико-клоническим припадком:

- а) 1 час
- б) 30 мин.
- в) 3 мин.
- г) 10 мин.
- д) 20 мин.

VIII. Кожевниковская эпилепсия в большинстве случаев представляет собой одну из хронических форм:

- а) менингококкового менингита
- б) клещевого энцефалита

- в) нейротоксоплазмоза
- г) энцефалита Экономо
- д) рассеянного склероза.

IX. Прекратить лечение противоэпилептическими средствами можно в случае, если припадков не было по меньшей мере:

- а) 6 месяцев
- б) 10 лет
- в) 1,5 года
- г) 3 года
- д) 6 лет.

X. Сложные парциальные эпилептические припадки отличаются от простых:

- а) сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
- б) сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
- в) сочетанием вегетативной и моторной симптоматики
- г) нарушением сознания происходящего
- д) наличием когнитивных нарушений.

XI. Электроэнцефалографическим признаком эпилептиформной активности является наличие пароксизмальных:

- а) ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах
- б) ритмических феноменов в дельта-диапазоне
- в) ритмических феноменов в тета-диапазоне
- г) комплекса пик-волна
- д) сочетание ритмических феноменов в бета- и тета-диапазонах.

XII. Решающим диагностическим признаком типичного простого абсанса является:

- а) возникновение множественных миоклоний
- б) развитие фокальной или генерализованной атонии мышц
- в) кратковременная утрата сознания
- г) симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей
- д) асимметричный тонический спазм мускулатуры конечностей.

XIII. Какие из перечисленных эпилептических приступов не относятся к генерализованным:

- а) абсансы
- б) миоклонические
- в) тонические

г) височные псевдоабсансы

д) клонические.

XIV. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену:

а) маннитола

б) диазепама

в) тиопентала натрия

г) гексенала

д) строфантина

XV. При каких из перечисленных признаков эпилептический приступ нельзя отнести к генерализованному:

а) клонические судороги во всех конечностях

б) тонические судороги во всех конечностях

в) кратковременная утрата сознания

г) клонические судороги в правых конечностях

д) генерализованные сенсорные эквиваленты.

XVI. Где локализуется эпилептический очаг при простых парциальных слуховых эпилептических приступах:

а) верхняя теменная доля

б) верхняя височная извилина

в) передняя центральная извилина

г) задняя центральная извилина

д) затылочная доля.

XVII. Какой из нижеперечисленных препаратов не относится к антиэпилептическим:

а) карбамазепин

б) гексамидин

в) гентамицин

г) вальпроевая кислота

д) фенобарбитал.

XVIII. При генерализованных тонико-клонических эпилептических приступах эффективны все нижеперечисленные препараты, за исключением:

а) фенобарбитала

б) карбамазепина

в) этосуксимида

- г) гексамидина
- д) вальпроата натрия.

XIX. Где локализуется эпилептический очаг при простых парциальных вегетативно-висцеральных эпилептических припадках:

- а) верхняя височная извилина
- б) средняя височная извилина
- в) амигдало-гиппокампальная область
- г) передняя центральная извилина
- д) задняя центральная извилина.

XX. При развитии парциальных эпилептических припадков в диагностический комплекс, наряду с электроэнцефалографией, обязательно проведение следующего исследования:

- а) электромиография
- б) рентгенографии черепа
- в) магнитно-резонансной (компьютерной) томографии
- г) соматосенсорных вызванных потенциалов
- д) реоэнцефалографии.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 90 % тестовых заданий.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 75 % тестовых заданий.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, ответившему правильно на 60 % тестовых заданий и более.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, ответившему правильно менее чем на 60 % тестовых заданий.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.3. Кейс- задания (ситуационные задачи)

1. Ситуационные кейс-задачи для итогового контроля

Задача №1

У больного 58 лет, периодически отмечалось повышение АД. После эмоционального напряжения на фоне головной боли внезапно развилось онемение и слабость в правых конечностях.

При осмотре в неврологическом статусе: сознание сохранено, но отмечается заторможенность, вялость, аспонтанность. Легкий симптом Кернинга с 2-х сторон. Правосторонняя гемианопсия. Центральный парез VII и XII пар ЧМН справа. Выявляются рефлексы орального автоматизма, насильственный плач. Правосторонний афферентный гемипарез, преимущественно выраженный в дистальном отделе руки, мышечный тонус в правых конечностях снижен, сухожильные рефлексы слева выше, чем справа, патологические знаки не вызываются. Атаксия при выполнении координаторных проб справа. Правосторонняя гемигипестезия с грубым нарушением суставно-мышечного чувства.

Объективный статус: АД 190/100 мм рт.ст. PS 100 уд/мин, ритмичный, гиперемия лица. ЧД 20/мин.

Анализ СМЖ: ликвор розового цвета, вытекает частыми каплями, белок 3,87 г/л, лимфоцитарный плеоцитоз 187/3, глюкоза 0,9 ммоль/л; эритроциты покрывают все поле зрения.

Общий анализ крови: Нв– 120 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 25 мм/ч, сахар крови – 5,5 ммоль/л.

КТ головного мозга: в левом полушарии выявляется очаг округлой формы повышенной плотности, окруженный зоной пониженной плотности.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: дексаметазон, маннит, глиатилин.

Задача №2

У больной 20 лет после поездки в электричке, где она сидела у открытого окна, появились боли в заушной области. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается, рот перетянут в правую сторону, жидкая пища выливается из левого угла рта.

При осмотре в неврологическом статусе: отмечается асимметрия лица, на левой половине лобные складки сглажены, левый глаз шире правого, не закрывается, носогубная складка сглажена. Рот перетянут вправо. При нахмуривании левая бровь кверху не поднимается. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может.

Соматический статус: АД 175/90 мм рт.ст. PS 76 уд/мин, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ СМЖ: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 120 мм вод.ст., белок 0,33 г/л, цитоз 8/3, глюкоза 3,3 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв– 130 г/л, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 25 мм/ч, сахар крови – 4,8 ммоль/л.

МРТ головного мозга: очаговых изменений не выявлено.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: метипред, витамин В12, берлитион.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №3

Больной Г., 47 лет. Заболевание началось 2 года назад, когда появились приступы головной боли. В последующем головные боли стали практически постоянными. Три дня назад развился общий судорожный припадок с потерей сознания. На следующий день появились

подергивания левой стопы, длившиеся около минуты. В течение суток отмечались четыре подобных приступа без потери сознания.

При осмотре в неврологическом статусе: опущен левый угол рта, язык уклоняется вправо. Отмечаются рефлексы орального автоматизма. Сила рук и ног достаточная, сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, слева выше, чем справа, вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре наблюдался приступ подергивания левой стопы с последующей генерализацией судорог и потерей сознания.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – 8000×10^9 , эозинофилы – 7.

Острота зрения – 1,0 на оба глаза. Глазное дно: застойные диски зрительных нервов.

ЭЭГ: дезорганизация основных биоритмов; выявляются единичные острые волны в лобных отведениях.

СМЖ: белок – 1,6 г/л; лимфоцитарный плеоцитоз – 149/3, эозинофилия; РСК с цистицеркозным антигеном положительная.

Краниограмма: усиление сосудистого рисунка, выраженный остеопороз спинки турецкого седла, множественные обызвествленные цисты.

КТ головного мозга: выявляются признаки внутренней гидроцефалии.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: маннит, дексаметазон, диакарб.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №4

Больная 72 лет, перенесла 3 года назад инфаркт миокарда, после которого стала отмечать общую слабость, одышку при физической нагрузке, иногда отеки на ногах. Днем внезапно нарушилась речь, не смогла ответить на вопросы окружающих; бригадой скорой медицинской помощи доставлена в стационар.

При осмотре в неврологическом статусе: сознание ясное, однако контакт затруднен из-за речевых нарушений. Обращенную речь не понимает, выполняет лишь простейшие задания; собственная речевая продукция значительно нарушена, отмечаются вербальные и латеральные парафазии. Сухожильные рефлексы $D > S$.

Соматический статус: выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких с 2-х сторон. Сердечные тоны глухие. АД 165/90 мм рт.ст. PS 86 уд/мин, ритмичный. При аускультации сосудов шеи – систолический шум на левой сонной артерии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пастозность голени. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ СМЖ: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 150 мм вод.ст., белок – 0,33 г/л, цитоз – 6/3, глюкоза – 2,6 ммоль/л.

Общий анализ крови: Нв – 127 г/л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 17 мм/ч, сахар крови – 5,0 ммоль/л.

Рентгенография грудной клетки: границы сердца расширены, усилена тень грудной аорты.

ЭХО-ЭГ: смещение М-ЭХО не выявлено.

Краниограмма: патологии не выявлено.

Глазное дно: границы дисков зрительных нервов четкие, артерии сетчатки сужены, извиты, склерозированы.

При проведении КТ головного мозга через 6 часов от начала заболевания изменений не выявлено.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: танакан, церебролизин, трентал.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №5

Больная 35 лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области, иррадирующую в левую ногу по заднее-наружной поверхности бедра и голени. Впервые боли в пояснице возникли 2 года назад после физической нагрузки. Лечилась домашними средствами. В последующем было два ухудшения.

При осмотре в неврологическом статусе: отмечается сглаженность поясничного лордоза, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение продольных мышц спины. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во все стороны. Болезненность паравerteбральных точек L5 – S1 и точек Валле слева. Симптом Ласега слева – 40 градусов. Гипалгезия позадне-наружной поверхности левого бедра и голени. Левый ахиллов рефлекс снижен.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: заднелатеральная грыжа межпозвонкового диска в области L4– L5.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: эторикоксиб, Витамин B1, мидокалм .

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №6

Больную Д., 46 лет, в течение трех месяцев беспокоят сильные боли по передней поверхности правого бедра, колена и голени. Боли возникли после падения на правое колено.

При осмотре в неврологическом статусе: ходьба затруднена из-за трудности разгибания голени в коленном суставе. Отмечается атрофия четырехглавой мышцы бедра. Правый коленный сустав рефлекс не вызывается. Снижена чувствительность передней поверхности (в нижних двух третях) бедра и передне-внутренней поверхности голени справа. Симптомы натяжения Мацкевича и Вассермана положительные.

Рентгенограмма правого бедренного и коленного суставов: патологии не обнаружено.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: без патологии.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: мелоксикам, берлитион, катадолон.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №7

Больной Г., 42 года, трубоукладчик. При подъеме тяжести у него внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах, затем появилась рвота, потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в неврологическое отделение. Черепно-мозговую травму отрицает.

При осмотре в неврологическом статусе: больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон, общая гиперестезия. Выявляется птоз справа, правый зрачок

шире левого. Реакция на свет правого зрачка вялая, левого – живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет.

Соматический статус: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. PS 52 уд/мин, ритмичный, напряженный. Температура тела 38°C.

Общий анализ крови: СОЭ– 8мм/ч, лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л.

Анализ СМЖ: равномерная примесь крови в трех пробирках, белок– 1,2 г/л, плеоцитоз – 242/3.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

КТ головного мозга: зоны гипертенсивности в субарахноидальном пространстве.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: маннит, дексаметазон, глиатилин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №8

Больной К., 16 лет, родился в срок, развивался нормально. Заболел в трехлетнем возрасте, когда после введения противокоревой сыворотки возник эпилептический припадок. В последующем припадки повторялись 1–2 раза в месяц. Поступил в клинику для обследования.

При осмотре в неврологическом статусе признаков очагового поражения нервной системы не выявлено. В клинике наблюдался припадок, длившийся около 3-х минут. Во время припадка лицо стало багровым с цианотичным оттенком, изо рта выделялась кровянистая пена, зрачки широкие, на свет не реагировали, наблюдались тонические и клонические судороги конечностей. После припадка уснул. На следующий день отмечены следы прикуса бокового края языка.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л.

Анализ СМЖ: давление – 180 мм.вод.ст., белок – 0,33 г/л, цитоз – 12/3.

ЭЭГ: обнаружены высоковольтные разряды, единичные острые волны, комплексы «волна–пик», пароксизмы медленных волн в обоих полушариях.

Краниограмма: патологии не выявлено.

Глазное дно: без патологических изменений.

МРТ головного мозга: очаговых изменений не обнаружено.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: депакин-хроно, пантогам, диакарб.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №9

Больной А., 30 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной боли в затылочной области. В последующем она периодически повторялась в различное время суток, нередко сопровождаясь головокружением и шумом в ушах. Стали беспокоить нарушение сна, эмоциональная лабильность, снижение памяти, изменился характер и поведение больного. Два месяца спустя на работе почувствовал резкую слабость в левой руке и ноге, сознание не терял.

При осмотре в неврологическом статусе: легкая ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Сглажена носогубная складка слева. Слух сохранен. Язык при высовывании отклоняется влево, атрофии его мышц нет. Сила левой руки и ноги резко снижена, тонус мышц в них повышен избирательно: на руке – в сгибателях предплечья и пронаторах, на ноге – в разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные кожные рефлексы отсутствуют слева, отмечаются патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма на этой же стороне. Определяется левосторонняя гемипарезия.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/70 мм рт.ст.

Общий анализ крови: СОЭ – 16 мм/ч, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л. СРБ (–), серомукоид не повышен.

Анализ СМЖ: белок – 0,9 г/л, лимфоцитарный плеоцитоз – 180/3. Реакция Вассермана, РИФ в крови и СМЖ положительные.

ЭХО-ЭГ: смещение М-ЭХО не выявлено.

Краниограмма: патологии не обнаружено.

Глазное дно: не изменено. Острота зрения 1,0 на оба глаза.

КТ головного мозга: выявляется гипертензивный очаг в правом полушарии.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: маннит, дексаметазон, глиатилин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №10

Больной К., 28 лет. Заболел остро в конце мая, когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до 39°C . На четвертый день болезни присоединилась икота, одышка, паралич правой руки, отяжелела голова и стала свисать на грудь. Доставлен в клинику.

При осмотре в неврологическом статусе: больной поддерживает голову рукой, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы невозможны. Плечи опущены. Правая рука висит, как плеть, активные движения ее отсутствуют. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидной формы: нижние углы отведены кнаружи и вверх, приведение их к позвоночнику невозможно. Выявляется атрофия грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, а также шеи, надплечья и правой руки, атония мышц правой руки. Рефлексы с сухожилия двуглавой, трехглавой мышц и лучезапястный рефлекс справа не вызываются. Чувствительность сохранена.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт.ст.

Общий анализ крови: СОЭ – 26 мм/ч, лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л. СРБ (–), серомукоид не повышен.

Анализ СМЖ: белок – 0,9 г/л, лимфоцитарный плеоцитоз – 200/3.

Методом ПЦР обнаружены фрагменты генома вируса клещевого энцефалита в крови и СМЖ.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: прозерин, метипред, церебролизин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №11

Больной К., 52-х лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти, нарушение сна, раздражительность, тремор конечностей, пошатывание при ходьбе, периодически опоясывающая боль в левом подреберье. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

При осмотре в неврологическом статусе: объем активных движений в конечностях неограничен. Снижена сила кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексy снижены. Коленные рефлексy равномерные, средней живости, ахилловы – не вызываются. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Снижена поверхностная чувствительность по типу «перчатки, носки». Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка петушиная. Отечность стоп и кистей.

Соматический статус: кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, подкожно-жировой слой уменьшен. Тоны сердца приглушены, аритмичные. При перкуссии печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: СОЭ – 8 мм/ч, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л. СРБ (–), серомукоид не повышен.

Анализ СМЖ: белок – 0,3 г/л, цитоз – 2/3. Реакция Вассермана отрицательная.

ЭКГ: признаки мерцательной аритмии.

ЭХО-ЭГ: смещение М-ЭХО не выявлено.

Краниограмма: патологии не обнаружено.

Глазное дно: не изменено.

МРТ головного мозга: атрофия коры лобных долей.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: берлитион, витамин В12, ипидакрин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №12

Больного Н., 57-и лет, в течение года беспокоят боли в пояснично-крестцовой области и в обеих ногах. Два дня назад во время подъема тяжести возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией в ноги. На следующий день появились слабость нижних конечностей, задержка мочи и стула.

При осмотре в неврологическом статусе: определяется слабость ног, особенно в дистальных отделах. Мышечный тонус снижен. Коленные, ахилловы и подошвенные рефлексy отсутствуют. Чувствительность на задней наружной поверхности ног снижена, в области промежности – повышена. Симптомы натяжения Ласега, Нери, Дежерина положительные с обеих сторон.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ СМЖ: давление 100 ммвод.ст., выявляются положительные пробы Квекенштедта, Пуссепа, Стукея, ликвор ксантохромный (желто-зеленоватого цвета), желеобразный, белок – 5,3 г/л, цитоз – 26/3.

Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника: выявлены диффузные признаки остеохондроза.

Миелография: остановка контрастного вещества (майодил) на уровне 3-го поясничного позвонка.

МРТ: в спинномозговом канале на уровне L3позвонка выявляется дополнительное мягкотканое образование с компрессией корешков конского хвоста и стенозом позвоночного канала.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: дексаметазон, маннит, сирдалуд.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №13

Больной Г., 18 лет. Заболел остро: внезапно, среди полного благополучия возникли сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах затылка, шеи, туловища, поясницы, рук и ног, невыносимый озноб. Температура тела повысилась до 39,5 °С. Доставлен в клинику. На третий день болезни на губах и крыльях носа появились пузырьковые высыпания, стали беспокоить шум в ушах и резкое снижение слуха.

При осмотре в неврологическом статусе:заторможен, резко выражены ригидность мышц затылка, симптомы Кернинга, Брудзинского (верхний, средний и нижний),Бехтерева с обеих сторон. Слух снижен с обеих сторон,с укорочением костной проводимости. Сила рук и ног достаточная, сухожильные и надкостничные рефлексy симметричные, патологических рефлексy нет. Наблюдается световая, тактильная и болевая гиперестезия.

Соматический статус:кожные покровы бледные, на губах и крыльях носа – герпетические высыпания. PS 90 уд/мин,ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: СОЭ – 29 мм/ч, лейкоциты – $18,0 \times 10^9$ /л.

Анализ СМЖ: жидкость мутная, давление 700 ммвод.ст., белок – 3,0 г/л, цитоз – 20000/3, преимущественно нейтрофилы, сахар – 3,5 ммоль/л. При бактериоскопическом анализе в крови и ликворе обнаружены менингококки.

Глазное дно: гиперемия дисков зрительных нервов. Острота зрения на оба глаза 0,7 – 0,8.

МРТ головного мозга: расширение желудочков головного мозга и субарахноидального пространства.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: цефтриаксон, маннит, метипред.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

Задача №14

Больная Г., 30 лет. Заболевание началось год назад с резкого снижения зрения на правый глаз. В течение месяца лечилась у офтальмологов по поводу ретробульбарного неврита зрительного нерва. Зрение улучшилось. Спустя полгода появилось двоение перед глазами, слабость ног, пошатывание при ходьбе, затруднение при мочеиспускании.

При осмотре в неврологическом статусе: недостаточно отводит кнаружи правое глазное яблоко, диплопия при взгляде вправо. Сглажена левая носогубная складка. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Язык уклоняется влево, атрофии его мышц нет, речь скандированная. Сила рук и особенно ног снижена, тонус мышц повышен в разгибателях голени, сухожильные и надкостничные рефлексy высокие как с рук, так и с ног, зоны вызывания их расширены, вызываютсяклонусы надколенников, стоп. Кожные, брюшные рефлексy отсутствуют, патологические рефлексy Бабинского, Оппенгейма, Россолимо («кистевые», «стопные») вызываются с обеих сторон. В пробе Ромберга отклоняется в различные стороны, походка «пьяная», повороты совершает с трудом, неуклюже, пошатание при этом увеличивается. При пальценосовой и пяточно-коленной пробах отмечается

промахивание с обеих сторон; выявляются гиперметрия, адиадохокинез, асинергия движений, выявленная пробой Бабинского, мегалография. Установлено снижение вибрационной чувствительности с ногтевых фаланг стоп, с лодыжек и надколенников.

Соматический статус: со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При исследовании крови: реакция Вассермана отрицательная.

Острота зрения на правый глаз – 0,1. На глазном дне отмечается бледность височной половины диска правого зрительного нерва.

МРТ головного мозга: выявляются множественные гипертензивные очаги, расположенные асимметрично, перивентрикулярно и в мозжечке.

Анализ СМЖ: лимфоцитарный плеоцитоз 60/3; методом изоэлектрического фокусирования определяются олигоклональные антитела из группы Ig G; индекс Ig G составляет 0,8.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: бетаферон, фенотропил, кортексин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

ЗАДАЧА №15

Пробанд - мальчик, 9 лет; рожден от 1-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины (тошнота, рвота); рожден в срок, роды - физиологические; оценка по шкале Апгар 8/9 б., масса при рождении 3200, рост - 51 см.; голову держит с 3 месяцев, сидит - с 6 месяцев, ходит без опоры - с 1 г. 3 мес. Вскармливание - грудное. В 3-х летнем возрасте родители стали отмечать повышенную утомляемость ребенка, частые падения, изменение походки по типу “утиной”, увеличение в объеме икроножных мышц; течение заболевания - прогрессирующее. **В неврологическом статусе**: со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено. Чувствительных нарушений не выявлено; периостально-сухожильные рефлексy: карпорадиальные, ахилловы - вызываются, коленные, а также с mm. Vicepsis, tricepsis brachii - не вызываются; отмечается гипотрофия мышц бедер, плечевого пояса со снижением в них силы до 3-х баллов, псевдогипертрофии икроножных и дельтовидных мышц. Кроме того, отмечаются специфические симптомы: одутловатое, амимичное лицо, “крыловидные лопатки”, “осиная талия”, “симптом свободных надплечий”, “симптом вставания с пола лесенкой”, гиперлордоз поясничного отдела позвоночника. Функция ходьбы без опоры утрачена. Симптомов поражения мозжечковой системы не выявлено. Интеллект снижен до степени дебильности. **Результаты параклинических исследований**: креатинфосфокиназа сыворотки - 550 Ед; на ЭКГ: блокада правой ножки пучка Гиса; при электронейромиографическом исследовании выявлено снижение амплитуды потенциала действия мышечных волокон при сохранной частоте сокращений и скоростей проведения импульса по периферическим нервам; при ЭХО-КС обнаружена дилатация левых отделов сердца. При генеалогическом анализе установлено, что у сестры бабушки пробанда по материнской линии, был сын, имевший похожее проявление заболевания с летальным исходом в 17-летнем возрасте.

Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: бетаферон, глиатилин, кортексин.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

ЗАДАЧА №16

Пробанд - девочка, 3-х лет; рождена от 4-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза первой половины беременности (тошнота, рвота); отмечалось вялое шевеление плода; рождена в срок, роды - физиологические; оценка по шкале Апгар 5/6 б., масса при рождении 2900, рост - 48 см.; голову держит с 8 мес., сидит - с 1г., не ходит без опоры. Вскармливание - грудное до 1 мес. С раннего возраста родители заметили наличие тремора подбородка и пальцев рук. В интеллектуальном развитии ребенок развивается удовлетворительно. В ходе **клинико-генеалогического обследования** установлено, что родители являются троюродными сибсами; 1-я беременность закончилась выкидышем на 3-м месяце; 2-я - рождением девочки, у которой отмечалась выраженная диффузная гипотония, задержка физического развития, после очередной пневмонии произошел летальный исход; 3-я беременность завершилась рождением здорового мальчика. У двоюродной сестры матери пробанда по материнской линии также имелись случаи летальности детей в раннем возрасте с похожими клиническими проявлениями (два случая), причем ее супруг происходил с того же села, однако не состоял с ней в родственных отношениях. У отца пробанда имелось три брата и две сестры без отклонений в соматическом статусе. Все они имели здоровое потомство, однако у сына его старшей сестры установлен диагноз "детский церебральный паралич". Дед пробанда по линии матери умер в 65 лет от рака желудка, а бабушка по отцовской линии - в 68 лет от инсульта. **В неврологическом статусе:** патологии со стороны черепно-мозговых нервов, чувствительных нарушений не выявлено. В двигательной сфере - диффузная арефлексия, диффузная гипотония; отмечаются гипотрофии мышц, скрытые подкожной жировой клетчаткой, со снижением в них силы до 3 баллов; девочка поднимается с трудом из положения «лежа», используя вспомогательные приемы; отмечается тремор пальцев рук, гипермобильность в межфаланговых суставах, фибриллярные подергивания в мышцах языка. Ходьба без опоры невозможна. Интеллектуальное развитие не снижено. Симптомов поражения мозжечковой системы не выявлено. **Результаты параклинических исследований:** креатинфосфокиназа сыворотки - 25 Ед; на ЭКГ: блокада правой ножки пучка Гиса; при электронейромиографическом исследовании выявлено: положительные острые волны, потенциалы фибрилляций, "ритм частотола" при нормальных скоростях проведения импульса по периферическим нервам.

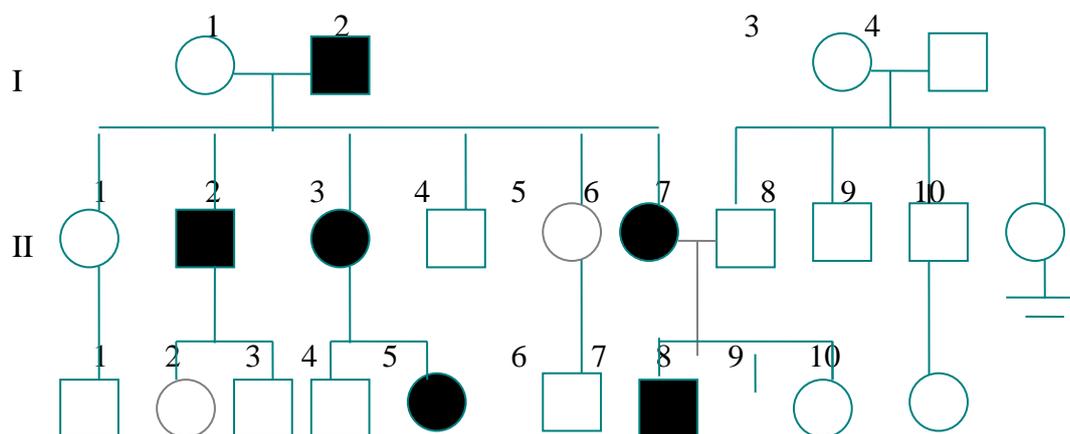
Определите синдромологический, топический и клинический диагноз.

Сформулируйте основные принципы лечения. Рецепты: ипидакрин, фенотропил, берлитион.

Какие заболевания могут вызывать описанную клиническую картину?

ЗАДАЧА №17

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для сибсов пробанда.



III

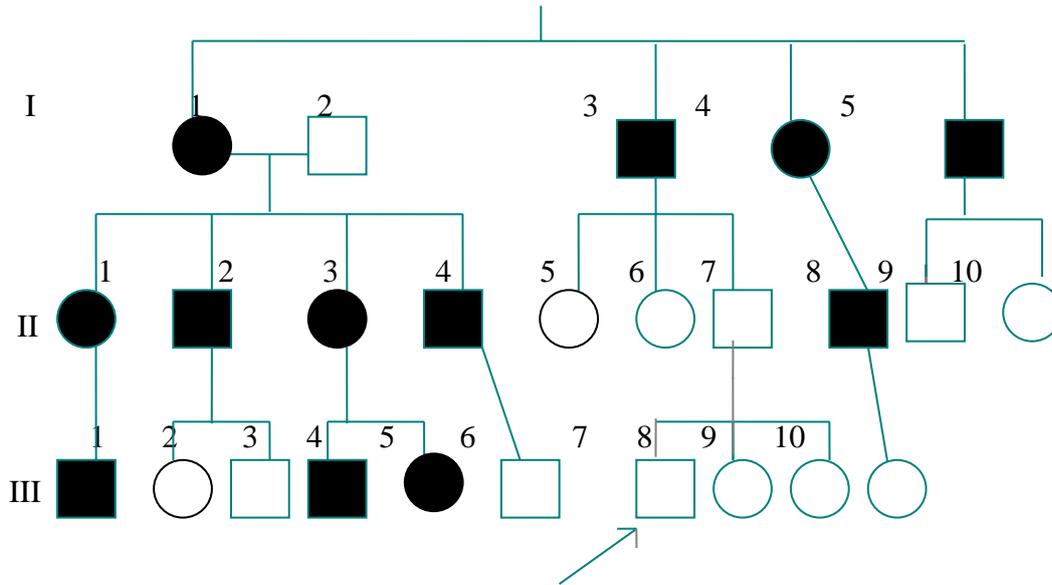


Дайте определение терминам:

понятие макроаномалии, синофриз, скафоцефалия, "гарголизм", гипертелоризм, птериgium, колобома, аниридия, страбизм, фильтр.

ЗАДАЧА № 18

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.

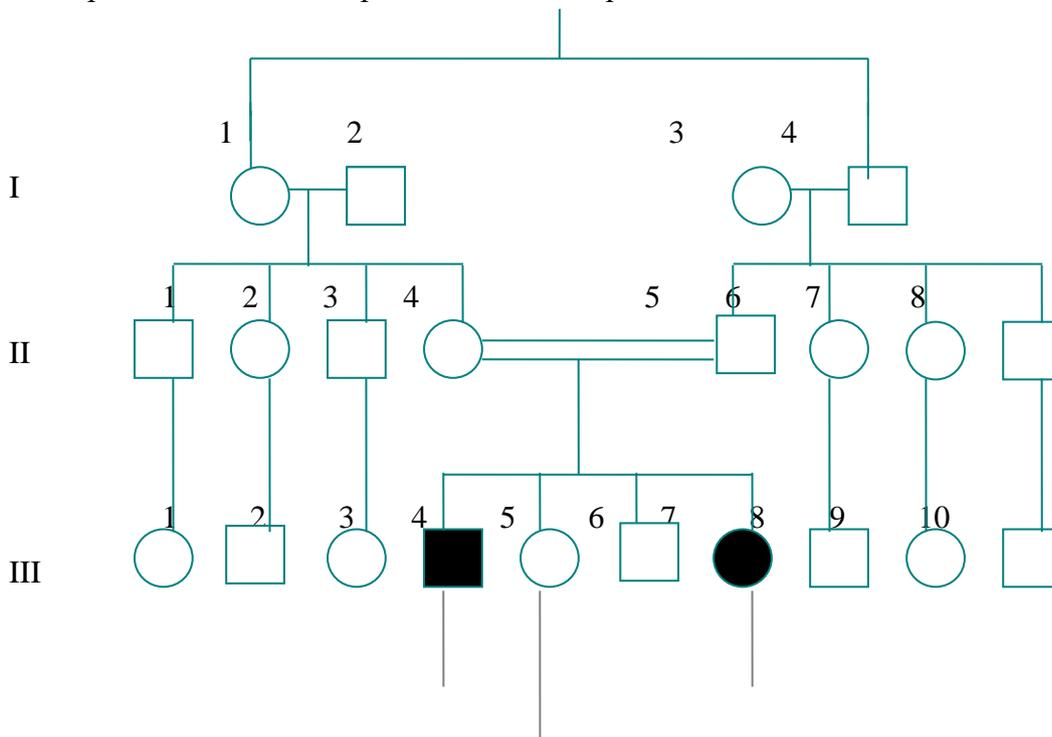


Дайте определение терминам:

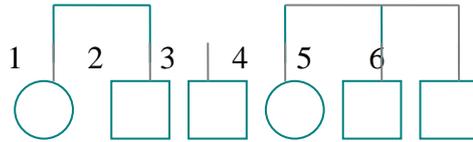
микроаномалия, плагиоцефалия, стопа Фридрейха, эпикант, тристихиаз, ретрогнатия, палатоскиз, изодактилия, камптодактилия, ризомелическое укорочение.

ЗАДАЧА № 19

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.



IV

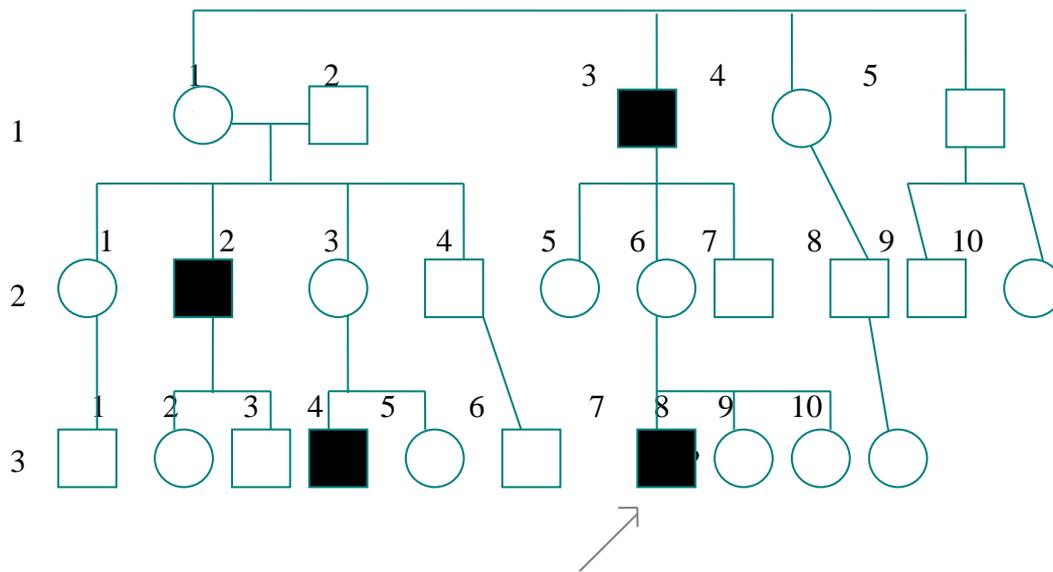


Дайте определение терминам:

Гидроцефалия, "гаргоилизм", гипертелоризм, антимонголоидный разрез глазных щелей, колобома, фильтр, прогения, палатоскиз, микростомия, птеригиум.

ЗАДАЧА № 20

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.

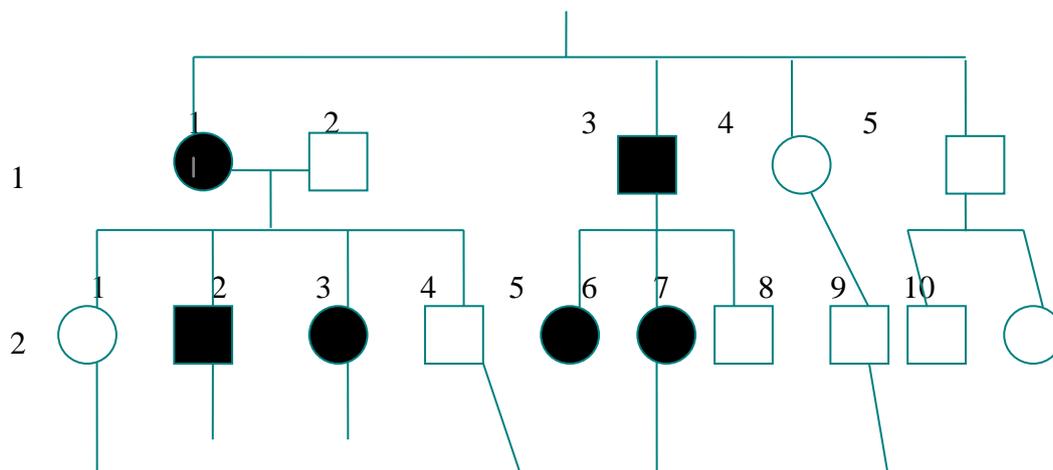


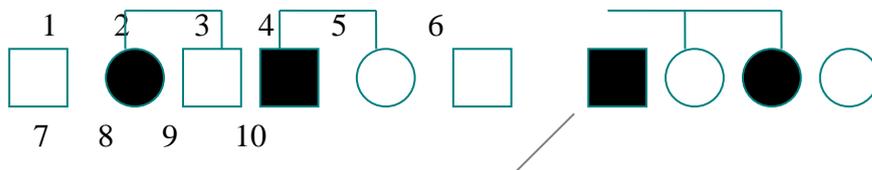
Дайте определение терминам:

генетическая гетерогенность, синофриз, эпикант, гипертелоризм,, пахионихия, гидроцефалия, атрезия, фильтр, ретрогнатия, гибус.

ЗАДАЧА № 21

1. Определить тип наследования, обосновать в соответствии с критериями наследования, указать повторный генетический риск для sibсов пробанда.





Дайте определение терминам и понятиям:

макроаномалия, пахионихия, плагиоцефалия, микротия, атрезия, гипотелоризм, гидроцефалия, макрокорнеа, оксифалия, фильтр.

Критерии оценивания компетенций (результатов) :

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: в полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.4. Методические рекомендации к написанию академической истории болезни курируемого больного.

Основной самостоятельной работой по дисциплине **«Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»** является написание академической истории болезни курируемого больного.

Общие положения

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни. Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе

теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

История болезни предусматривается учебным планом и программой изучения дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия». Требования к структуре и содержанию академической истории болезни определяются кафедрой на основе типовой истории болезни и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебным и учебно-тематическим планом по дисциплине. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

Общие требования

Академическая история болезни должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Академическая история болезни представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений, базироваться на сведениях, полученных из литературных источников, посвященных изучаемым нозологическим единицам. Материал, используемый из литературных источников, должен быть переработан, органически увязан с избранной студентом темой; изложение темы должно быть конкретным, насыщенным фактическими данными, логически обоснованным. Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы больного (при поступлении или на момент курации, анамнез развития заболевания и анамнез жизни больного, объективный статус с изложением по системам, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз с обоснованием, план лечения с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием), рекомендациями, прогнозом заболевания и указанием списка использованных источников.

Выбор тематики академической истории болезни

Профиль тематики историй болезни по блоку изучаемых тем дисциплины обсуждается и утверждается на заседании кафедры в начале учебного года. Преподавателем, ведущим практические занятия, на первом занятии цикла предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Написание академической истории болезни

1. Работа с научным руководителем начинается сразу же после выбора больного для курации по избранной теме. Научный руководитель рекомендует студенту основную базовую литературу, являющуюся обязательной при разработке данной темы: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

2. Следующим этапом работы студента с научным руководителем является составление рабочего плана написания истории болезни.

3. После составления рабочего плана и получения задания от научного руководителя студент приступает к курации больного, а также к изучению основной и

дополнительной литературы по тематике работы. Подбор литературы – это самостоятельная работа студента, успех которой зависит от его инициативности и умения пользоваться каталогами, библиографическими справочниками и т.п.

4. Одним из наиболее ответственных и трудных этапов при подготовке академической истории болезни является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии с индивидуальным заданием научного руководителя и отражает специфику разрабатываемой темы истории болезни.

Общие требования к содержанию академической истории болезни.

Клиническая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного неврологического статуса, а также предусматривает анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, обоснование клинического диагноза и лечебной тактики и дневники наблюдения за больным. История болезни заканчивается оформлением эпикриза и указанием использованной литературы.

Содержание работы должно быть конкретным и целиком опираться на данные, полученные при курации больного. Следует обратить внимание на стилистику, язык работы, её оформление. Все разделы работы должны быть связаны между собой. Поэтому особое внимание нужно обращать на логические переходы от одного параграфа к другому и связь между ними.

Все содержание истории болезни должно иметь как бы единый стержень, все ее части должны быть связаны между собой, должны дополнять и углублять одна другую. После заключения студент должен поставить дату окончания работы и свою подпись, а также привести список использованной литературы.

Оформление академической истории болезни проводится в соответствии с утвержденной схемой написания истории болезни.

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист (заполняется по одной форме, его форма приведена ниже).
2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам).
3. Список использованных источников.

Работа выполняется на одной стороне листа формата А4, в рукописном или машинописном варианте. Все листы академической истории болезни должны быть пронумерованы. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.

Студент несет ответственность за точность приносимых данных, а также за объективность изложения мыслей других авторов. Общий объем работы не может ограничиваться определенным числом страниц. Список использованной литературы и других источников составляется в следующей последовательности:

Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

Оценка академической истории болезни

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

Высшая оценка **«отлично»** ставится за всестороннее полное обследование больного, постановку точного диагноза, определения полной схемы лабораторного и инструментального обследования, правильного обоснования клинического диагноза, проведения полного дифференциального диагноза, определения и обоснования лечебной тактики, прогноза заболеваний, установления правильных и точных рекомендаций для последующего этапа лечения и объективного оформления (этапного или выписного) эпикриза. Работа хорошо оформлена в четком соответствии со схемой обследования больного.

Оценка **«хорошо»** ставится при нарушении одного из вышеизложенных требований, но при условии глубокой и самостоятельной проработки темы, а также соблюдении всех других требований.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится за работу, содержание которой свидетельствуют о том, что студент добросовестно провел курацию больного, оформил историю болезни в соответствии с требованиями, однако допустил ошибки в различных разделах (диагнозе, сопоставлении физикальных данных и данных инструментального (лабораторного) обследования, плане обследования или лечения и др.).

Работа, которую преподаватель признал неудовлетворительной, возвращается для переработки с учетом высказанных в отзыве замечаний. История болезни должна быть написана в сроки, устанавливаемые кафедрой (как правило, за три дня до окончания цикла занятий).

При несвоевременном представлении истории болезни на кафедру снижается оценка на 1 балл, а непредставление ее к началу сессии приравнивается к неявке на экзамен. Поэтому студент, *не сдавший без уважительных причин историю болезни, получает неудовлетворительную оценку по истории болезни, считается не прошедшим промежуточную аттестацию по дисциплине и не допускается к сдаче экзамена по данной дисциплине.*

По решению кафедры отлично написанные академической истории болезни могут быть защищены и в виде доклад с мультимедийной презентацией на заседании научного студенческого общества и представлены на внутривузовский и иные конкурсы студенческих научных работ.

4.5. Написание рефератов по дисциплине

1) Подготовка рефератов и презентаций по тематике (примеры):

1. Острые нарушения мозгового кровообращения (разные патогенетические варианты).
2. Рассеянный склероз.
3. Опухоли головного и спинного мозга.
4. Паркинсонизм.
5. Травмы нервной системы.
6. Миастения.
7. Пороки нервной системы.
8. Менингиты, энцефалиты.
9. Нервно-мышечные заболевания.

10. Методы диагностики, применяемые в неврологии, медицинской генетике, нейрохирургии.
11. Дегенеративные заболевания позвоночника.
12. Методы функциональной нейрохирургии.
13. Генотерапия, клеточная терапия.
14. Методы пренатальной диагностики.

Реферат по дисциплине «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия» выполняется в соответствии с утвержденными на кафедре методическими рекомендациями и оценивается в соответствии с установленными критериями по 4-х бальной шкале:

5 баллов – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания и техническими требованиями оформления реферата; реферат имеет четкую композицию и структуру; в тексте реферата отсутствуют логические нарушения в представлении материала; корректно оформлены и в полном объеме представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте реферата; отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

4 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в целом реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания реферата, но есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет четкую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объеме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объеме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть единичные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

3 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет четкую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объеме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объеме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть частые орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой достаточно самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, присутствуют единичные случаи фактов плагиата;

2 балла – содержание реферата не соответствует заявленной в названии тематике или в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть ошибки в техническом оформлении; есть нарушения композиции и структуры; в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; не в полном объеме представлен список использованной литературы, есть ошибки в его оформлении; отсутствуют или некорректно оформлены и не в полном объеме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть многочисленные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат не представляет собой самостоятельного исследования, отсутствует анализ найденного материала, текст реферата представляет собой непереработанный текст другого автора (других авторов).

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.6. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (зачет)

- Строение головного мозга.
- Доли мозга, строение коры, ассоциативные волокна.
- Экстрапирамидные структуры, лимбико-ретикулярный комплекс.
- Строение спинного мозга.
- Сосудистые бассейны сонной артерии, вертебро-базилярной артерии. Вилизиев круг. Венозная система ЦНС.
- Формирование цереброспинальной жидкости, основные показатели, пути оттока, цистерны.
- Компоненты гематоэнцефалического барьера, роль в функционировании ЦНС.

- Определение понятия «чувствительность».
- Виды анализаторов.
- Строение проводников поверхностной и глубоких видов чувствительности.
- Методика обследования чувствительности.
- Патология чувствительности. Варианты распределения расстройств чувствительности.
- Расстройства чувствительности при поражении спинного мозга в зависимости от уровня поражения.

- Движения и их расстройства.
- Мышечный тонус, его изменения.
- Патологические рефлекс: сгибательные и разгибательные, клонусы, синкинезии.
- Строение пирамидного пути.
- Признаки центрального и периферического паралича.
- Признаки поражения пирамидного пути на различных участках, симптомы, синдромы.
- Примеры заболеваний с нарушением движения.

- Строение экстрапирамидной системы.
- Виды гиперкинезов, проявления.
- Акинетико-ригидный синдром, проявления. -
- Гиперкинетический синдром, проявления. -
- Строение мозжечка. -
- Мозжечковые пути (восходящие, нисходящие).
- Методика обследования мозжечка.
- Симптомы поражения мозжечка, примеры заболеваний.

- Обонятельный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Зрительный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Глазодвигательный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Отводящий нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Блоковый нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Тройничный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.

- Лицевой нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Предверно-улитковый нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Языкоглоточный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.

- Блуждающий нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Добавочный нерв: строение, методика обследования, синдромы поражения и причины.
- Подъязычный нерв: строение, методика обследования, симптомы поражения и причины.
- Альтернирующие синдромы среднего мозга.
- Альтернирующие синдромы моста.
- Альтернирующие синдромы продолговатого мозга.
- Бульбарный и псевдобульбарный параличи, дифференциальная диагностика.

- Симпатическая система: строение.
- Симпатическая система: функция, методика обследования, пробы, тесты.
- Симпатическая система: синдромы поражения, причины, примеры заболеваний.
- Парасимпатическая система: строение.
- Парасимпатическая система: функция, методика обследования, пробы, тесты.
- Парасимпатическая система: синдромы поражения, причины, примеры заболеваний.

- Цитоархитектонические особенности строения различных участков коры больших полушарий.
- Речь и ее расстройства. Формы афазий, дизартрия, алалия, алексия, аграфия, мутизм.
- Гнозис и его расстройства. Виды агнозий.
- Праксис и его расстройства. Основные виды апраксий.
- Расстройства памяти, виды, причины.
- Расстройства мышления, виды, причины.
- Расстройства сознания, виды, причины.
- Дополнительные психологические методы исследования в неврологической практике.

- Методы нейровизуализации (МРТ, СКТ, ПЭТ): показания, противопоказания, информативность.
- Электроэнцефалография: показания, противопоказания, информативность
- Электромиография, электронейромиография: показания, противопоказания, информативность.
- Метод вызванных потенциалов: показания, противопоказания, информативность.
- Допплерография сосудов головного мозга: показания, противопоказания, информативность.
- Ангиография: показания, противопоказания, информативность.
- Эхоэнцефалоскопия: показания, противопоказания, информативность.
- Реоэнцефалография: показания, противопоказания, информативность.
- Рентгенография: показания, противопоказания, информативность.

- Этапы обследования неврологического статуса.
- Сознание, аффект, ориентировка: методика исследования, синдромы поражения.
- Высшие мозговые функции: методика исследования, синдромы поражения.
- Черепные нервы: методика исследования, синдромы поражения.
- Чувствительность: методика исследования, синдромы поражения.
- Двигательная сфера: методика исследования, синдромы поражения.
- Основные синдромы поражения центральной и периферической нервной систем в зависимости от уровня.
- Синдромологический диагноз в зависимости от отдела поражения нервной системы

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка « **отлично** » выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия», излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.

3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка «**хорошо**» – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия», при этом полностью раскрывает содержание материала в объёме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объёме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».
3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка «**неудовлетворительно**» – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия».
3. Плохо знает специальную терминологию.
4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: : 4х балльная:

- отлично, хорошо, удовлетворительно – итоговое значение «зачтено»

- неудовлетворительно – итоговое значение «не зачтено»

Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.7. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (экзамен)

1. Основные этапы истории развития отечественной неврологии.
2. Строение нервной ткани (нейрон, нервные волокна. проводящие пути, нейроглия).
3. Анатомия головного мозга, отделы. Строение внутренней капсулы.
4. Строение спинного мозга; сегменты, столбы, серое вещество. Поперечный разрез спинного мозга.
5. Строение периферической нервной системы: корешки, спинномозговые узлы нервы, сплетения.

6. Спинномозговая жидкость и ее циркуляция, показатели. Оболочки мозга.
7. Кровоснабжение головного и спинного мозга. Понятие о гематоэнцефалическом барьере.
8. Путь импульсов болевой и температурной чувствительности. Методика исследования.
9. Путь импульсов глубокой чувствительности. Методика исследования.
10. Клинические варианты нарушений чувствительности в зависимости от очага поражения.
11. Понятие о рефлексе и рефлекторной дуге. Обратная афферентация. Схема простого и сложного рефлекса. Характеристика врожденных рефлексов.
12. Современные представления о двигательном анализаторе. Движения и их расстройства. Мышечный тонус и его изменения. Методика обследования.
13. Симптомы периферического и центрального параличей.
14. Симптомы поражения пирамидного анализатора в зависимости от локализации патологического процесса.
15. Альтернирующие синдромы, возникающие при поражении в области ствола в зависимости уровней.
16. Бульбарные и псевдобульбарные параличи. Рефлексы орального автоматизма.
17. Симптомы поражения корешков, сплетений, периферических нервов.
18. Анатомические, биохимические и физиологические особенности строения экстрапирамидной системы. Синдромы поражения подкорковых ганглиев: акинетико-ригидный и гиперкинетический. Методика обследования.
19. Анатомофизиологические особенности мозжечка. Восходящие и нисходящие проводящие пути. Симптомы и синдромы поражения мозжечка. Методика обследования.
20. Классификация черепно-мозговых нервов, строение ромбовидной ямки. 1 пара, строение, функция, симптомы поражения, методика обследования.
21. 2 пара черепно-мозговых нервов, строение, функция, симптомы поражения, методика обследования.
22. 3 пара черепно-мозговых нервов, строение, функции, методика обследования.
23. 4 и 6 пары черепно-мозговых нервов, строение, функции, симптомы поражения, методика обследования. Иннервация зрения. Клинические проявления поражения медиального продольного пучка.
24. Клинические проявления поражения медиального продольного пучка.
25. 5 пара черепно-мозговых нервов, строение, функции, симптомы поражения, методика обследования.
26. 7 пара черепных нервов, строение, функции, симптомы поражения, методика обследования.
27. 8 пара черепных нервов, строение, функции, симптомы поражения, методика обследования.
28. 9 и 10 пары черепных нервов, строение, функции, симптомы поражения, методика обследования.

29. 11 и 12 пары черепных нервов строение, функции, симптомы поражения. Методика обследования.

30. Анатомофизиологические особенности вегетативной нервной системы: сегментарные и надсегментарные отделы симпатической и парасимпатической нервной системы. Клинические проявления нарушений функций вегетативной нервной системы.

31. Методика обследования вегетативных функций, основные рефлексы и пробы.

32. Архитектоника коры мозга. Проекционные и ассоциативные поля коры. Понятие о доминантности полушарий. Представление о системной локализации функций в коре больших полушарий.

33. Симптомы и синдромы поражения ассоциативных полей коры (апраксия, астереогноз, алексия, аграфия, акалькулия и др.)

34. Формирование и расстройства речевых функций (афазия, дизартрия).

35. Внутричерепная гипертензия, менингеальный синдром.

36. Давление и состав ликвора в норме при патологии. Ликвородинамические пробы.

37. Методы функциональной диагностики: электроэнцефалография, реоэнцефалография, электромиография, эхоэнцефалография.

38. Рентгенологические методы обследования. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ПЭТ.

39. Классификация сосудистых заболеваний нервной системы.

40. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, диагностика, лечение.

41. Преходящие нарушения мозгового кровообращения, клиника, лечение.

42. Ишемический инсульт: патогенез, клинические проявления в зависимости от очага поражения.

43. Геморрагический инсульт - этиологии; патогенез, клиника. Субарахноидальное кровоизлияние.

44. Дифференциально-диагностические признаки различных форм инсульта.

45. Недифференцированное и дифференцированное лечение в острой стадии инсульта.

46. Нарушение кровообращение в спинном мозге: этиология, клиника, лечение.

47. Первичные и вторичные гнойные менингиты: клинические проявления, лечение.

48. Серозные менингиты: лимфоцитарный, энтеровирусный, паротитный. Туберкулезный менингит. Клиника, лечение.

49. Арахноидиты: классификация, клиника, лечение.

50. Эпидемический энцефалит Экономо: этиология, патогенез, клиника, лечение.

51. Клещевой энцефалит: этиология, патогенез, клиника, лечение.

52. Особенности течения, клиника полисезонных, поствакцинальных энцефалитов. Ревматический энцефалит: клиника, лечение.

53. Миелиты: клиника, диагностика, лечение. Профилактика осложнений.
54. Острый полиомиелит: клиника и формы заболевания, лечение, профилактика.
55. Ранние и поздние формы нейросифилиса: клиника, диагностика, лечение.
56. Опоясывающий герпес: этиология, патогенез, клинические формы, лечение.
57. Боковой амиотрофический склероз: этиология, патогенез, клиника, лечение.
58. Рассеянный склероз: этиология, клиника, лечение, прогноз.
59. Острый рассеянный энцефаломиелит и болезнь Шильдера: клиника, лечение.
60. Строение позвоночного столба, позвоночного сегмента. Этиология, патогенез развития корешковых и спинальных синдромов при остеохондрозе.
61. Неврологические проявления остеохондрозов на различных уровнях. Лечение остеохондроза в зависимости от уровня локализации процесса и ведущих клинических проявлений.
62. Туннельные синдромы верхних и нижних конечностей.
63. Невриты локтевого, лучевого, срединного нервов. Этиология, клиника, лечение.
64. Невриты седалищного, большеберцового, малоберцового нервов. Этиология, клиника, лечение.
65. Неврит тройничного нерва. Этиология, клиника, лечение.
66. Невриты и невралгии лицевого нерва. Этиология, клиника, лечение.
67. Полирадикулоневропатия Гийена-Барре. Клиника, лечение. Восходящий паралич Ландри.
68. Токсические и метаболические полирадикулоневропатии; дифтерийные, диабетические, алкогольные. Клиника, лечение.
69. Гистогенетическая классификация опухолей мозга. Этиология и патогенез, характеристика роста. Общемозговые симптомы, выявляемые при опухолях головного мозга.
70. Дополнительные методы обследования в диагностике опухолей головного и спинного мозга.
71. Клинические проявления субтенториальных опухолей мозга.
72. Опухоли гипофизарно-гипоталамической области. Клиника, основные стадии развития.
73. Опухоли больших полушарий. Симптомы и синдромы поражений.
74. Экстра- и интрамедуллярные опухоли спинного мозга.
75. Клинические особенности опухолей спинного мозга в зависимости от уровня локализации.
76. Метастатические опухоли головного и спинного мозга: клинические особенности проявления, диагностика, лечение.
77. Абсцесс головного мозга. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика

78. Паразитарные заболевания мозга эхинококкоз, цистециркоз, токсоплазмоз. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
79. Закрытая черепно-мозговая травма; сотрясение; клиника, диагностика, лечение.
80. Ушиб, сдавление головного мозга: клиника, диагностика, лечение.
81. Клинические особенности открытых черепно-мозговых травм, травм позвоночника и спинного мозга.
82. Сирингомиелия: этиология, патогенез, клиника, лечение, прогноз.
83. Миастения. Этиология, клиника, лечение.
84. Болезнь Паркинсона, этиология, клиника, лечение.
85. Гепато-церебральная дистрофия. Этиология, клиника, лечение.
86. Этиология и патогенез эпилепсии. Классификация эпилептических приступов. Клиника эпилептических приступов.
87. Эпилептический статус, клиника, лечение. Диагностика и лечение эпилепсии.
88. Мигрень: патогенез, формы, лечение.
89. Токсические поражения нервной системы: отравление свинцом, ртутью.
90. Токсические поражения нервной системы, отравление окисью углерода, метиловым спиртом.
91. Ботулизм: этиология, клиника, лечение, профилактика.
92. Поражение нервной системы, обусловленное вибрационным воздействием.
93. Радиационное поражение нервной системы. Этиология, клиника, лечение.
94. Неврозы: этиология, патогенез, классификация, клиника, профилактика.
95. Поражение нервной системы при СПИДе.
96. Современные представления о молекулярной организации генома. Понятие о гене как о структурно-функциональной единице наследственности. Мутации. Виды мутаций. Их биологическое значение.
97. Варианты и типы наследования признаков (АД, АР, ХР, ХД, материнское, полигенное). Критерии наследования. Примеры заболеваний.
98. Клинико-генеалогический метод. Особенности обследования больных с наследственной патологией. Понятие о микро-, макроаномалиях развития (примеры).
99. Методы диагностики наследственных болезней обмена. Массовый и селективный скрининг.
100. Цитогенетический метод. Показания, методика рутинного цитогенетического исследования. Понятия FISH-диагностики. Формула кариотипа частых болезней (с. Дауна, Клайнфельтера, Шерешевского–Тернера, Патау, Эдвардса)
101. Характеристика и частота врожденной и наследственной патологии. Популяционно-статистический метод, значимость для практического здравоохранения.

102. ДНК-диагностика, показания, методика ПЦР; значение для медико-генетического консультирования.
103. Наследственная моногенная патология, частота, принципы классификации. ПМД Дюшенна/Беккера.
104. Общая характеристика хромосомных болезней. Особенности клинической картины, диагностика, прогноз и профилактика.
105. Мультифакториальные заболевания. Этиологическая роль генетических и средовых факторов. Современные достижения генетики.
106. Понятие, этиология макро- и микроаномалий развития, тератогенные периоды. Тактика профилактики и предупреждения (пренатальная диагностика, периконцепционная профилактика).
- 107 Предупреждение наследственной патологии. Виды пренатальной диагностики, сроки и методики проведения.
- 108 Медико-генетическое консультирование. Основные задачи и структура медико-генетической службы. Показания для медико-генетического консультирования. Биоэтика в медицинской генетике. Понятие о генетическом риске.
109. Синдромологическая диагностика НБО (Фенилкетонурия, синдром Марфана Элерса-Данлоса. Врожденный гипотиреоз, мукополисахаридозы). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
110. Спинальные мышечные атрофии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
111. Нейрофиброматоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
112. Наследственные мото-сенсорные невропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
113. Хорея Гентингтона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
114. Болезнь Штрюмпеля. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
115. Генотерапия, основные представления. Терапевтическое клонирование человека.

б) пример экзаменационного билета:



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
 «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
 Обнинский институт атомной энергетики – филиал федерального государственного
 автономного образовательного учреждения высшего образования
 «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)
 Медицинский факультет
 Дисциплина – неврология, медицинская генетика, нейрохирургия



Экзаменационный билет № 1

1. Современные представления о молекулярной организации генома. Понятие о гене как о

структурно-функциональной единице наследственности, строение.

2. 1 пара, строение, функция, симптомы поражения, методика обследования.
3. Опухоли гипофизарно-гипоталамической области. Клиника, основные стадии развития.

зав. кафедрой внутренних болезней, доцент _____ А.В. Перепелов

«__» _____ 20__ г.

в) критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: в полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал; глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных; обладает клиническим мышлением; способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ; понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; показывает правильные, но нетвердые знания по дисциплине (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, методов профилактики наследственной и мультифакториальной патологии, допускает в ответе грубые ошибки.

в) описание шкалы оценивания: 4-х бальная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 бальную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.8. Выписывание рецептов

а) Типовые задания (вопросы) - образец:

1. Выписать в рецептах препараты для лечения больного в остром периоде атеротромботического инсульта средней степени тяжести.
2. Выписать в рецептах препараты для лечения больного с рассеянным склерозом в стадии обострения.
3. Выписать в рецептах препараты для лечения больного с миастенией.

б) Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** Назначает оптимальное лечение в соответствии с федеральными и международными рекомендациями. Не допускает ошибок в выписывании рецептов.

Оценка **«хорошо»** Назначает оптимальное лечение в соответствии с федеральными и международными рекомендациями. Допускает не более 2-х ошибок при выписывании рецептов.

Оценка **«удовлетворительно»** Назначает не все основные этиотропные и патогенетические средства, соответствующие федеральным и международным рекомендациям. Допускает более 2-х ошибок при выписывании рецептов.

Оценка **«неудовлетворительно»** Не может назначить лечение, соответствующее федеральным и международным рекомендациям. Допускает ошибки при выписывании рецептов.

в) описание шкалы оценивания: 4-х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».