

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Функциональная диагностика в неврологии»

Специальность 31.08.42. «Неврология»

Кафедра: неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО

Форма обучения очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Функциональная диагностика в неврологии»

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Функциональная диагностика в неврологии» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Современные методы клинической нейрофизиологии в диагностике заболеваний нервной системы	Тестовые задания
		Раздел 2. Электроэнцефалография и эхоэнцефалография: электрофизиологические основы метода, аппаратура	Тестовые задания
		Раздел 3. Электронейромиография: физиологические основы метода, методики, семиотика, диагностические возможности	Тестовые задания
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Вопросы к зачету

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий.

4.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6.

<i>Раздел 1. Современные методы клинической нейрофизиологии в диагностике заболеваний нервной системы</i> <i>Раздел 2. Электроэнцефалография и эхоэнцефалография: электрофизиологические основы метода, аппаратура</i>	
1.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ ПАРАЛИЧ а) Наружной прямой мышцы б) Верхней прямой мышцы в) Нижней прямой мышцы г) Нижней косой мышцы
2.	НЕУСТОЙЧИВОСТЬ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ЗАКРЫВАНИИ ГЛАЗ ЗНАЧИТЕЛЬНО УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ а) Сенситивной атаксии б) Мозжечковой атаксии в) Вестибулярной атаксии г) Лобной атаксии
3.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ВОЗНИКАЕТ а) Гомонимная гемианопсия б) Биназальная гемианопсия в) Битемпоральная гемианопсия г) Нижнеквадрантная гемианопсия
4.	ПРИ КАКОМ НАРУШЕНИИ ИМЕЮТСЯ ПАРАЛИЧИ ИЛИ ПАРЕЗЫ РЕЧЕВОЙ МУСКУЛАТУРЫ: А. дизартрии Б. заикании В. дислалии Г. афазии
5.	ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Височной доли б) Теменной доли в) Обонятельной луковицы г) Обонятельного бугорка
6.	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО КОНТРОЛЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕХАНИЗМ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ? А. кинестетического Б. зрительный В. слухового Г. обонятельного
7.	ПОЛОВИННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА (СИНДРОМ БРОУН-СЕКАРА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА СТОРОНЕ ОЧАГА В СОЧЕТАНИИ: а) С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага б) С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне

	<p>в) С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага</p> <p>г) С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага</p>
8.	<p>ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ АТАКСИЯ:</p> <p>а) Статическая</p> <p>б) Динамическая</p> <p>в) Вестибулярная</p> <p>г) Сенситивная</p>
9.	<p>ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРОВОДНИКОВЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ ТН 10 ДЕРМАТОМА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ СЕГМЕНТА:</p> <p>а) Th8 или Th9</p> <p>б) Th6 или Th7</p> <p>в) Th9 или Th10</p> <p>г) Th10 или Th11</p>
10.	<p>ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЯДРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ ИННЕРВИРУЮЩИЕ МЫШЦЫ ГЛОТКИ?</p> <p>А. продолговатом мозге</p> <p>Б. мосте</p> <p>В. среднем мозге</p> <p>Г. мозжечке</p>
11.	<p>ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРЕЗЕ ЛЕВОГО ЛИЦЕВОГО НЕРВА, СХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ ЗА СЧЕТ ЛЕВОГО ГЛАЗА, ГИПЕРЕСТЕЗИИ В СРЕДНЕЙ ЗОНЕ ЗЕЛЬДЕРА СЛЕВА, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСАХ СПРАВА ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:</p> <p>а) В мосту мозга слева</p> <p>б) В левом мостомозжечковом углу</p> <p>в) В правом полушарии мозжечка</p> <p>г) В области верхушки пирамиды левой височной кости</p>
12.	<p>СОЧЕТАНИЕ БОЛИ И ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ И НА УШНОЙ РАКОВИНЕ, НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ УЗЛА:</p> <p>а) Коленчатого</p> <p>б) Вестибулярного</p> <p>в) Крылонебного</p> <p>г) Гассерова</p>
13.	<p>АЛЕКСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Угловой извилины</p> <p>б) Верхней лобной извилины</p> <p>в) Парагиппокампальной извилины</p> <p>г) Таламуса</p>
14.	<p>ПОРАЖЕНИЕ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <p>а) Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути</p> <p>б) Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами</p>

	<p>в) Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи</p> <p>г) Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов</p>
15.	<p>ИСТИННЫЙ АСТЕРЕОГНОЗ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ:</p> <p>а) Теменной доли</p> <p>б) Лобной доли</p> <p>в) Височной доли</p> <p>г) Затылочной доли</p>
16.	<p>ВЫПАДЕНИЕ ВЕРХНИХ КВАДРАНТОВ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Язычной извилины</p> <p>б) Глубинных отделов теменной доли</p> <p>в) Первичных зрительных центров в таламусе</p> <p>г) Наружных отделов зрительного перекреста</p>
17.	<p>БОЛЬНОЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИЕЙ:</p> <p>а) Видит предметы, но не узнает их</p> <p>б) Плохо видит окружающие предметы, но узнает их</p> <p>в) Видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной</p> <p>г) Не видит предметы по периферии полей зрения</p>
18.	<p>БОЛЬНОЙ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ:</p> <p>а) Понимает обращенную речь, но не может говорить</p> <p>б) Не понимает обращенную речь и не может говорить</p> <p>в) Может говорить, но не понимает обращенную речь</p> <p>г) Может говорить, но речь скандированная</p>
19.	<p>АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Стыка височной и теменной долей</p> <p>б) Лобной доли</p> <p>в) Теменной доли</p> <p>г) Стыка лобной и теменной долей</p>
20.	<p>СОЧЕТАНИЕ ПАРЕЗА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ МЯГКОГО НЕБА, ОТКЛОНЕНИЯ ЯЗЫЧКА ВПРАВО, ПОВЫШЕНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НА ПРАВЫХ КОНЕЧНОСТЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева</p> <p>б) Продолговатого мозга на уровне X нерва слева</p> <p>в) Колена внутренней капсулы слева</p> <p>г) Заднего бедра внутренней капсулы слева</p>
21.	<p>КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <p>а) Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p>

	г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
22.	<p>ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС (ЯНИШЕВСКОГО) ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Лобной доли</p> <p>б) Теменной доли</p> <p>в) Височной доли</p> <p>г) Затылочной доли</p>
23.	<p>ДЕЦЕРЕБРАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА МОЗГА НА УРОВНЕ:</p> <p>а) Красных ядер</p> <p>б) Верхних отделов продолговатого мозга</p> <p>в) Нижних отделов продолговатого мозга</p> <p>г) Моста мозга</p>
24.	<p>АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ФОВИЛЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕРВОВ:</p> <p>а) Лицевого и отводящего</p> <p>б) Лицевого и глазодвигательного</p> <p>в) Языкоглоточного и блуждающего</p> <p>г) Подъязычного и добавочного</p>
25.	<p>КОНСТРУКТИВНАЯ АПРАКСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Теменной доли доминантного полушария</p> <p>б) Теменной доли недоминантного полушария</p> <p>в) Лобной доли доминантного полушария</p> <p>в) Лобной доли недоминантного полушария</p>
26.	<p>РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ТИПА КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Медио-базальных отделов височной доли</p> <p>б) Верхних отделов теменной доли</p> <p>в) Верхних отделов затылочной доли</p> <p>г) Нижних отделов лобной доли</p>
27.	<p>КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <p>а) Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p> <p>г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p>
28.	<p>АСТЕРЕОГНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Верхней теменной дольки</p> <p>б) Язычной извилины теменной доли</p> <p>в) Нижней лобной извилины</p>

	г) Верхней височной извилины
29.	<p>ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА:</p> <p>а) В среднем отделе передней центральной извилины справа</p> <p>б) В колене внутренней капсулы</p> <p>в) В нижних отделах передней центральной извилины слева</p> <p>г) В верхних отделах передней центральной извилины слева</p>
30.	<p>СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК НАЧИНАЕТСЯ С ПАЛЬЦЕВ ЛЕВОЙ НОГИ В СЛУЧАЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОЧАГА:</p> <p>а) В верхнем отделе передней центральной извилины справа</p> <p>б) В переднем адверсивном поле справа</p> <p>в) В верхнем отделе задней центральной извилины справа</p> <p>г) В нижнем отделе передней центральной извилины справа</p>

Ответы к тестам

Номер тестового задания	Номер ответа эталона
1.	A
2.	A
3.	A
4.	A
5.	A
6.	A
7.	A
8.	A
9.	A
10.	A
11.	A
12.	A
13.	A
14.	A
15.	A
16.	A
17.	A

18.	A
19.	A
20.	A
21.	A
22.	A
23.	A
24.	A
25.	A
26.	A
27.	A
28.	A
29.	A
30.	A

Раздел 3 Электронейромиография: физиологические основы метода, методики, семиотика, диагностические возможности

1.	<p>1. КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ</p> <p>а) Кавернозной части внутренней сонной артерии</p> <p>б) Глазничной вены</p> <p>в) Трабекулярных артерий</p> <p>г) Яремной вены</p>
2.	<p>2. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Повреждение апоневроза</p> <p>б) Перелом костей черепа</p> <p>в) Ушиб головного мозга</p> <p>г) Повреждение твердой мозговой оболочки</p>
3.	<p>3. ВЕЛИЧИНА ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ММ ВОДНОГО СТОЛБА</p> <p>а) 120</p> <p>б) 100</p> <p>в) 80</p> <p>г) 210</p>
4.	<p>4. ФЕНОМЕН КУШИНГА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) Артериальной гипертензией и брадикардией</p> <p>б) Артериальной гипотензией и тахикардией</p>

	<p>в) Низким венозным давлением и экстрасистолией г) Высоким содержанием белка в ликворе</p>
5.	<p>5. ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ</p> <p>а) Дислокации ствола мозга б) Кровотечения в) Гипертермии г) Внутримозговой гематомы</p>
6.	<p>6. ПРИЧИНОЙ ВАЗОГЕННОГО ОТЕКА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Нарушения гематоэнцефалического барьера б) Рефлекторный вазоспазм в) Гемодинамический эффект г) Повышение внутричерепного давления</p>
7.	<p>7. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ</p> <p>а) Области передней центральной извилины б) Височной области в) Полюса лобной доли г) Мозолистого тела</p>
8.	<p>8. РАННИМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Шум в ухе б) Двусторонняя глухота в) Шум в голове г) Односторонняя глухота</p>
9.	<p>9. ПОРАЖЕНИЕ VII НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ВЫЗЫВАЕТ</p> <p>а) Периферический ипсилатеральный парез мимических мышц б) Центральные контралатеральный парез мимических мышц в) Гипестезию на ипсилатеральной половине лица г) Снижение вкуса на задней трети языка</p>
10.	<p>10. ЧАСТЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Головные боли, потливость, слабость, зрительные нарушения, расстройство половых функций б) Нарушение сна, нижний парапарез, дисфагия в) Головная боль, тошнота, дисфония г) Головная боль, парезы верхних конечностей, джексоновские припадки</p>
11.	<p>11. ЗРИТЕЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Битемпоральная гемианопсия б) Биназальная гемианопсия в) Амавроз г) Квадрантная гемианопсия</p>
12.	<p>12. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p>

	<p>а) Обызвествлением опухоли или ее капсулы</p> <p>б) Платибазией или базиллярной импрессией</p> <p>в) Признаками гидроцефально-гипертензионного синдрома</p> <p>г) Остеодистрофией костей свода черепа</p>
13.	<p>13. КРАНИОФАРИНГИОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ</p> <p>а) Кармана Ратке</p> <p>б) Аденогипофиза</p> <p>в) Дна III желудочка</p> <p>г) Нейрогипофиза</p>
14.	<p>14. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭНДОКРИННО-ОБМЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Импотенция или аменорея</p> <p>б) Несахарный диабет</p> <p>в) Адипозо-генитальный синдром</p> <p>г) Гипотензия</p>
15.	<p>15. К ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОПУХОЛЯМ СПИННОГО МОЗГА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Эпендимомы</p> <p>б) Невриномы</p> <p>в) Менингиомы</p> <p>г) Шванномы</p>
16.	<p>16. ОПУХОЛИ МОЗГОВОГО КОНУСА СПИННОГО МОЗГА ВЫЗЫВАЮТ</p> <p>а) Недержание мочи</p> <p>б) Боли в одной ноге</p> <p>в) Задержку мочи</p> <p>г) Боли в межлопаточной области</p>
17.	<p>17. СИМПТОМ «ОСТИСТОГО ОТРОСТКА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) Локальную болезненность при надавливании и постукивании по остистому отростку позвонка</p> <p>б) Боль в ногах при перкуссии остистых отростков позвонков</p> <p>в) Локальные боли в спине после нагрузки по оси позвоночника</p> <p>г) Боли при ходьбе с иррадиацией в конечности</p>
18.	<p>18. ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ПОРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) Черная субстанция</p> <p>б) Красное ядро</p> <p>в) Прецентральная извилина</p> <p>г) Мозжечок</p>
19.	<p>19. ПРИ УРОВНЕ В КРОВИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ В 40-50 РАЗ, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ</p> <p>а) Лице-лопаточно-плечевую мышечную дистрофию</p> <p>б) Диабетическую полиневропатию</p> <p>в) Генерализованную миастению</p> <p>г) Ревматическую полимиалгию</p>
20.	<p>20. ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ АТАКСИИ ФРИДРАЙХА ЯВЛЯЕТСЯ</p>

	<p>а) Аутосомно-рецессивный б) Аутосомно-доминантный в) Х-сцепленный г) Полигенный</p>
21.	<p>21. К СИМПТОМАМ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ОТНОСЯТ</p> <p>а) Кольцо Кайзера-Флейшера б) Атрофию зрительного нерва в) Помутнение хрусталика г) Отек дисков зрительных нервов</p>
22.	<p>22. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Образование антител к ацетилхолиновым рецепторам постсинаптической мембраны б) Гипопродукция ацетилхолинэстеразы в) Образование антител к миелину г) Гиперпродукция ацетилхолина</p>
23.	<p>ДОМИНИРУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Общемозговые (головная боль, тошнота, рвота, нарушение сознания, эпилептические припадки) б) Очаговые «полушарные» (гемипарезы, афазия, гемианопсия) в) Мозжечковые (расстройство координации движений, нистагм) г) Характерные для поражения черепных нервов (диплопия, прозопарез, монокулярное снижение зрения, скотомы)</p>
24.	<p>ОСОБОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ИШЕМИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ОБЛАДАЮТ</p> <p>а) Гиппокамп, кора больших полушарий и кора мозжечка б) Продолговатый мозг и черепные нервы в) Передние отделы варолиева моста и среднего мозга г) Базальные ганглии и внутренняя капсула</p>
25.	<p>ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ОЧАГ В СПИННОМ МОЗГЕ ПО ДАННЫМ МЕГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЗАНИМАЕТ ПО ДЛИНЕ _____ СЕГМЕНТОВ</p> <p>а) Два или менее б) Три или менее в) Четыре или более г) Пять или более</p>
26.	<p>ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ</p> <p>а) Вирус простого герпеса 1 типа б) Пневмококк в) Гемофильная палочка г) Менингококк</p>
27.	<p>У ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО РАЗВИЛСЯ ВТОРИЧНЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОТИТА И СИНУСИТА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Пневмококк</p>

	б) Менингококк в) Вирус простого герпеса г) Стафилококк
28.	ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ _____ ПОЛУШАРИЯ а) Пирамидных путей доминантного и недоминантного б) Пирамидных и мозжечковых путей доминантного в) Чувствительных и мозжечковых путей недоминантного г) Чувствительных и экстрапирамидных путей доминантного
29.	ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ а) Снижение системного перфузионного давления б) Повышение вязкости крови в) Повышение активности свертывающей системы г) Ухудшение реологических свойств крови
30.	СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОККЛЮЗИИ а) Нижней задней артерии мозжечка б) Коротких циркулярных артерий варолиева моста в) Длинных циркулярных артерий продолговатого мозга г) Парамедианных артерий среднего мозга

Ответы к тестам

Номер тестового задания	Номер ответа эталона
1.	А
2.	А
3.	А
4.	А
5.	А
6.	А
7.	А
8.	А
9.	А
10.	А
11.	А
12.	А
13.	А

14.	A
15.	A
16.	A
17.	A
18.	A
19.	A
20.	A
21.	A
22.	A
23.	A
24.	A
25.	A
26.	A
27.	A
28.	A
29.	A
30.	A

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.2. Вопросы к зачёту по дисциплине «Функциональная диагностика в неврологии»

Вопрос		Код компетенции (согласно РПД)
1.	Нейрофизиологические основы электроэнцефалографии.	УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2.	Современные возможности электроэнцефалографии.	
3.	Нейрофизиологические основы электронейромиографии	
4.	Современные возможности различных методик электромиографии	

5.	Ультразвуковые методы исследования при заболеваниях нервной системы: анатомо-физиологические предпосылки и диагностические возможности
6.	Дифференциальная диагностика транзиторных изменений сознания
7.	Современная классификация эпилепсии
8.	Эпилептический статус
9.	Туннельные синдромы верхних конечностей
10.	Туннельные синдромы нижних конечностей
11.	Диагностика аксональных полинейропатий
12.	Диагностика демиелинизирующих полинейропатий
13.	Синдром Гийена-Барре
14.	Топическая диагностика при поражениях бульбарной группы краниальных нервов.
15.	Возможности электронейромиографии в диагностике миастении и миастенического синдрома. Декремент тест
16.	Воспалительные и невоспалительные миопатии
17.	Игольчатая электромиография. Интерпретация результатов миограмм

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Гузанова Елена Владимировна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней.

Руина Екатерина Андреевна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней.