Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Неврология

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование дисциплины)

по направлению подготовки (специальности)

37.05.01 Клиническая психология

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 Клиническая психология

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 2 от «28» октября 2016 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу

ПК-3 способность планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу | Знать основы смежных медицинских дисциплин. Объективные методы исследования нервной системы. Основные симптомы и синдромы поражения нервной системы. Этиологию, патогенез, клинику и диагностику основных заболеваний нервной системы. |
| Уметь оценить результаты основных и дополнительных методов исследования. Определить топику поражения. |
| Владеть методикой проведения опроса и собора анамнеза у неврологического больного, оценки неврологического статуса, выявления симптомов поражения нервной системы, установления неврологических синдромов. |
| ПК-3 способность планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик | Знать методы изучения функций головного мозга, анализа возникших нарушений психической деятельности, уточнения места повреждения головного мозга. |
| Уметь использовать приобретенные знания по анатомии и физиологии, основным диагностическим алгоритмам в неврологии для применения в практике клинического психолога. |
| Владеть методами психологической диагностики и коррекции нарушенных функций центральной нервной системы. |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Формы текущего контроля успеваемости по дисциплине «Неврология»: итоговое тестирование, зачет.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины «Неврология»**

**Тема 1.** Введение в неврология.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Определение неврологии как раздела медицины.
2. Задачи неврологии как науки и предмет неврологии.
3. Функции головного мозга (движения, чувствительность, зрение, слух и т. д., психическая деятельность человека).
4. Представления о психических функциях человека как сложной многоуровневой системе, опирающейся на большое количество нервных структур, социальной по своему происхождению и сознательной, произвольной, по способу своего осуществления.
5. Понятие о локализации функций в головном мозге.
6. Механизмы формирования неврологических симптомов и синдромов.
7. Неврологические методы обследования, применяемые для выявления нарушений функции нервной системы.
8. Роль психологических методов в неврологии.
9. Способы изучения функций головного мозга и определения места повреждения головного мозга.
10. Методы анализа возникших нарушений психической деятельности.

**Тема 2.** Высшие корковые функции и их нарушения.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:**устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Понятие о речевой функции, корковые центры речи (речь импрессивная, экспрессивная).
2. Виды афазий и их дифференциальная диагностика (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).
3. Гнозис. Виды гнозиса, локализация в коре мозга. Агнозии (зрительная, слуховая, сенсорная, вестибулярная, вкусовая, обонятельная).
4. Праксис, виды апраксий (моторная, идеаторная, конструктивная).
5. Механизмы памяти. Виды амнезий (антероградная, конградная, ретроградная, фиксационная, прогрессирующая).
6. Функции угловой извилины доминантного полушария мозга и их нарушения (акалькулия, амузия, алексия).
7. Синдромы угнетения и помрачения сознания. Шкала комы Глазго.
8. Посткоматозные состояния, дифференциальная диагностика.

**Тема 3.** Двигательная система и чувствительная сфера.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:**устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая анатомия и физиология двигательного анализатора (необходимо обратить внимание на особенности хода пирамидного пути в головном и спинном мозге, виды мотонейронов и их функции).

2. Безусловные рефлексы и их изменение (сухожильные, периостальные, кожные рефлексы и их оценка).

3. Тонус мышц и его изменения (обратить внимание на характерное изменение мышечного тонуса при поражении пирамидного пути).

4. Активные целенаправленные движения и их изменения (обратить внимание на пяти балльную оценку выраженности пареза).

5. Трофика мышц и ее изменение.

6. Патологические рефлексы (обратить внимание на механизм возникновения патологических рефлексов и наиболее постоянные кистевые и стопные патологические рефлексы).

7. Клинические варианты синкинезий.

8. Защитные рефлексы.

9. Клинические признаки периферического и центрального паралича (обратить внимание на состояние рефлексов, тонуса, трофики мышц).

10. Симптомокомплексы при поражении корково-мышечного пути на различных уровнях (корковый, подкорковый, стволовой, спинальный на верхне-небном уровне, на уровне шейного утолщения, на грудном уровне, на уровне поясничного утолщения, корешков конского хвоста, невральный).

11. Клиническая анатомия проводников поверхностной и глубокой чувствительности (болевой, температурной, проприоцептивной).

12. Методы исследования поверхностной чувствительности.

13. Методы исследования глубокой чувствительности.

14. Методы исследования сложных видов чувствительности.

15. Периферический тип расстройства чувствительности (невральный, полиневретический, корешковый, плексалгический).

16. Спинальный тип расстройства чувствительности (сегментарный, проводниковый).

17. Церебральный тип расстройства чувствительности (подкорковый, корковый).

**Тема 4.** Методы исследования в неврологии и нейрохирургии.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:**устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Рентгенологические методы исследования: краниография, спондилография, миелография и вентрикулография, компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, церебральная ангиография.
2. Магнитно-резонансная томография.
3. Ультразвуковые методы исследования головного мозга и его сосудов: эхоэнцефалоскопия, ультрасонография, дуплексное сканирование сосудов, допплер.
4. Функциональные методы исследования: электроэнцефалография, регистрация вызванных потенциалов мозга, электромиография.
5. Комплекс дополнительных методов исследования у больных с черепно-мозговой и позвоночно-спинальной травмой.
6. Комплекс дополнительных методов исследования у больных с судорожным синдромом.
7. Комплекс дополнительных методов исследования у больных с сосудистой патологией головного и спинного мозга.
8. Комплекс дополнительных методов исследования у больных с наличием объемного процесса головного и спинного мозга.

**Тема 5.** Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:**устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Клиническая анатомия сосудов каротидного и вертебробазиллярного бассейна.
2. Патоморфологическая классификация геморрагических инсультов.
3. Факторы риска развития инсульта.
4. Клиника геморрагического инсульта. Степени тяжести субарахноидально-паренхиматозного кровоизлияния по Ханту-Хессу.
5. Отек мозга и дислокационный синдром, клиника и КТ-диагностика.
6. Показания к оперативному лечению и методы оперативных вмешательств при спонтанных церебральных кровоизлияниях.
7. Классификация острых церебральных ишемий.
8. Факторы риска развития ишемического инсульта.
9. Клиника ишемического инсульта в каротидном и вертебро-базилярном бассейне.
10. Степени тяжести ишемического инсульта.
11. Патогенетические подтипы ишемического инсульта
12. Этиология и патогенез дисциркуляторной энцефалопатии (гипертоническая, атеросклеротическая).
13. Клиника дисциркуляторной энцефалопатии.
14. Клиническая, нейропсихологическая и МРТ-диагностика дисциркуляторной энцефалопатии.
15. Дифференциальная диагностика дисциркуляторной энцефалопатии.
16. Основные подходы к лечению и психологической помощи больным с дисциркуляторной энцефалопатией.

**Тема 6.** Опухоли головного и спинного мозга.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:**устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Механизмы онкогенеза и факторы риска развития опухолей ЦНС.
2. Эпидемиологии опухолей головного и спинного мозга.
3. Принципы классификации опухолей головного и спинного мозга (по локализации, гистологическая, по степени злокачественности).
4. Основные звенья патогенеза опухолей головного мозга и механизмы формирования клинических синдромов.
5. Клиническая картина опухолей головного мозга (общемозговые, первично-очаговые, вторично-очаговые симптомы) и спинного мозга (корешковый синдром и проводниковые расстройства).
6. Современные методы диагностики опухолей головного и спинного мозга (КТ, МРТ, ПЭТ, иммуногистохимия).
7. Методы хирургического лечения нейроонкологических больных (способы операций, лучевая и химиотерапия).

**Тема 7.** Черепно-мозговая и позвоночно-спинномозговая травма.

**Форма текущего контроля** **успеваемости:**устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Основные механизмы ЧМТ и ПСМТ и звенья патогенеза.
2. Классификация ЧМТ по тяжести повреждения мозга (сотрясение, ушиб) и ПСМТ по тяжести повреждения спинного мозга (сотрясение, ушиб, частичный или полный перерыв), уровню повреждения и стабильности позвоночника (стабильные и нестабильные).
3. Классификация и механизмы образования травматических оболочечных гематом, повреждений черепа.
4. Особенности клинической картины различных повреждений и нарушений высших корковых функций при контузии головного мозга.
5. Современные подходы к диагностике, маршрутизации и лечению больных с ЧМТ и ПСМТ.
6. Психологическая помощь пострадавшим в остром периоде и комплексной терапии последствий ЧМТ и ПСМТ.

Перечень тестовых вопросов для итогового тестирования по дисциплине «неврология»:

# Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона

+ снижается

повышается

не изменяется

# Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона

снижается

+ повышается

не изменяется

# К патологическим пирамидным знакам на верхней конечности не относится

+ Бабинского

Оппенгейма

Россолимо

Шеффера

# Гипотрофия мышц характерна для поражения

центрального двигательного нейрона

+ периферического двигательного нейрона

мозжечка

# Появление патологических рефлексов характерно для поражения

периферического двигательного нейрона

+ центрального двигательного нейрона

мозжечка

# Глубокие рефлексы при поражении центрального двигательного нейрона

+ повышаются

не изменяются

понижаются

# Глубокие рефлексы при поражении периферического двигательного нейрона

+ повышаются

снижаются

не изменяются

# При поражении периферического двигательного нейрона отмечается

+ гипотрофия мышц

гипертрофия мышц

трофика мышц не изменена

# При поражении центрального двигательного нейрона синкинезии

могут наблюдаться

+ наблюдаются всегда

не наблюдаются

# Признаком поражения внутренней капсулы является

+ гемипарез

парапарез

моноплегия

# Признаком поражения центрального двигательного нейрона является

фибрилляция мышц

гипорефлексия

атония мышц

+ патологические рефлексы

# Признаком поражения периферического двигательного нейрона является

спастический тонус мышц

+ гипотония мышц

повышение сухожильных рефлексов

# Признаком поражения периферического нерва является

патологические рефлексы

защитные рефлексы

+ арефлексия

# Признаком поражения пирамидного пути является

гемипарез

+ повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах

снижение мышечного тонуса

# Признаком поражения передних рогов спинного мозга является

гипотония мышц

+ фибриллярные подергивания

патологические рефлексы

# К глубокой чувствительности относят

болевую

+чувство давления

температурную

# Стереогноз исследуют

при помощи кисточки

рисуют сложные фигуры на коже

+дают в руку знакомый предмет

# Полиневритический тип расстройства проявляется  
+снижением всех видов чувствительности в дистальных отделах

конечностей

исчезновением глубокой чувствительности в руках

снижением поверхностной чувствительности в дистальных отделах

конечностей

# Перекрест проводников *–* глубокой и тактильной чувствительности

находится на уровне

спинного мозга

+продолговатого мозга

подкорковых структур

# Церебральный тип расстройства чувствительности возникает

при повреждении спинного мозга

+при повреждении таламуса

при повреждении периферического нерва

# Чувствительность это способность организма воспринимать

любые раздражители

+внешние и внутренние раздражители

раздражители внешней среды

# Тельце Мейсснера воспринимает раздражение

давление

+прикосновение

температура

# Волокна длинных проводников чувствительности расположены в пределах канатика спинного мозга

в центре

внутри

+кнаружи

# К поверхностной чувствительности относят

проприоцептивную

+температурную

стереогноз

# Дискриминационное чувство исследуют при помощи

карандаша

иглы

+циркуля Вебера

# При поражении спинномозгового корешка возникает

нарушение болевой чувствительности в зоне иннервации

+нарушение всех видов чувствительности в дерматоме

выпадение глубокой чувствительности в дерматоме

# Интерорецепторы расположены

в стенке сосудов

в слизистой оболочке

+во внутренних органах

# Тактильную чувствительность исследуют при помощи

+кисточки

иглы

камертона

# Какие симптомы не относят к симптомам натяжения

Нери

Ласега

+Бабинского

# Медиальная петля состоит из проводников

болевой и температурной чувствительности

глубокой чувствительности

+всех видов чувствительности

# При поражении ствола мозга характерен тип расстройства чувствительности

+проводниковый

корешковый

сегментарный

# Анализатор состоит из частей

+рецепторной, проводниковой, корковой

периферической, сегментарной, корковой

периферической, подкорковой, корковой

# Симпаталгия развивается при повреждении

периферического нерва

+нервного сплетения

спинного мозга

# При повреждении периферического нерва развивается тип расстройства чувствительности

проводниковый

+невральный

сегментарный

# К сложным видам чувствительности не относится

стереогноз

+топанестезия

двухмерно-пространственное чувство

# Фантомная боль это

боль в дерматоме

+боль в отсутствующей конечности

боль в дистальном отделе конечности

# Перекрест проводников болевой и температурной чувствительности происходят на уровне

+спинного мозга

продолговатого мозга

медиальной петли

# Восходящий тип расстройства чувствительности развивается при повреждении проводников в отделах канатика

наружных

+внутренних

центральных

# Перекрест проводников глубокой чувствительности происходит на уровне

спинного мозга

+продолговатого мозга

среднего мозга

# Для церебрального типа расстройства чувствительности не характерна

+гемианестезия

псевдомелия

астереогноз

# Каузалгия это

+приступообразные боли жгучего характера

тянущие боли в конечности

боли в конечности с высыпаниями

# Синдром Броун-Секара характеризуется расстройствами чувствительности по типу

плексалгическому

+проводниковому

сегментарному

# Нисходящий тип расстройства чувствительности развивается при повреждении проводников в отделах канатика

центральных

+наружных

внутренних

# Проприорецепторы расположены в

коже

+связках

слизистых оболочках

# Диссоциация расстройств чувствительности это

+выпадение одних видов чувствительности при сохранности других

изолированное выпадение вибрационной чувствительности

расстройство чувствительности на разных участках кожи конечности

# Сегментарный тип расстройства чувствительности характеризуется

выпадением всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей

+диссоциированным расстройством чувствительности на симметричных участках кожи грудной клетки и конечностей

выпадением глубоких видов чувствительности на коже симметричных участков грудной клетки

# Экспрессивная речь это

понимание устной и письменной речи

активная устная речь

+активная устная речь и письмо

# Амнестическая афазия развивается при повреждении участков коры мозга

задних отделов лобной доли

затылочной доли

+задних отделов височной доли

# Фиксационная амнезия это

нарушение запоминания прошедших событий

+нарушение запоминания текущих событий

нарушение памяти на события перед утратой сознания

# Аграфия развивается при повреждении участков коры мозга

задних отделов верхней височной извилины

+задних отделов второй лобной извилины

задних отделов нижней лобной извилины

# Моторная афазия развивается при повреждении участка коры мозга

задних отделов верхней височной извилины

задних отделов второй лобной извилины

+задних отделов нижней лобной извилины

# Акалькулия развивается при повреждении участков коры мозга?

задних отделов верхней височной извилины

+задних отделов второй лобной извилины

задних отделов нижней лобной извилины

# Сенсорная афазия характеризуется

нарушением восприятия устной речи

+нарушением восприятия устной речи окружающих и своей

нарушением восприятия устной речи и письма

# При повреждении центра Вернике возникает афазия

моторная

амнестическая

+сенсорная

# При идеаторной апраксии страдает

+замысел сложных действий

направление действий

воспроизведение действий по заданию

# К синдромам помрачения сознания не относится

делирий

транс

+сопор

# Апраксия это

утрата плана сложных действий

+утрата навыков, выработанных в процессе индивидуального опыта

утрата правильного направления сложных действий

# Конструктивная апраксия характеризуется

утратой плана сложных действий

утратой навыков, выработанных в процессе индивидуального опыта

+утратой правильного направления сложных действий

# Моторная афазия характеризуется нарушением

+всех компонентов экспрессивной речи

восприятия устной речи

восприятия сложных речевых конструкций

# Расстройство чтения и понимания прочитанного называется

аграфия

афазия

+алексия

# Семантическая афазия характеризуется нарушением восприятия

устной и письменной речи

импрессивной речи

+сложных смысловых конструкций

# Слуховая агнозия развивается при повреждении участков коры мозга

+верхней височной извилины

задних отделов лобной извилины

затылочной доли

# При повреждении коркового центра Брока возникает

семантическая афазия

+моторная афазия

амнестическая афазия

# Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга по Шмидту не содержит пункт

заболевания и патологические состояния, приводящие к нарушениям кровообращения мозга

характер нарушений мозгового кровообращения

локализация очага поражения мозга

характер и локализация изменений сосудов

состояние трудоспособности

+степень тяжести нарушения мозгового кровообращения

характеристика клинических синдромов

# Какое заболевание является главной причиной нарушений кровообращения мозга

+атеросклероз

гипертоническая болезнь

артериальная гипотония

инфекционные и аллергические васкулиты

аномалии сердечно-сосудистой системы.

болезни крови и изменения ее физико-химических свойств

заболевания эндокринной системы

# Наиболее частым из общемозговых симптомов при геморрагическом инсульте является

+снижение уровня бодрствования

головная боль.

тошнота, рвота.

афазия

нарушение памяти

судорожный припадок

# Какие симптомы преобладают в клинической картине ишемического инсульта

общемозговые

+очаговые

менингеальные

# Какая степень тяжести ишемического инсульта не включена в классификацию

малый инсульт

+ишемический инсульт легкой степени

ишемический инсульт средней тяжести

тяжелый инсульт

# Регресс очаговой неврологической симптоматики при малом инсульте наступает

через 2 недели

через 4 недели

+через 3 недели

# К патогенетическим подтипам ишемического инсульта не относится

гемодинамический

лакунарный

кардиоэмболический

+атеросклеротический

# В классификацию субарахноидальных кровоизлияний не включены

спонтанные

травматические

+базальные

# Наиболее частой причиной субарахноидальных кровоизлияний является

гипертоническая болезнь

атеросклероз

инфекции

травмы

+аневризмы сосудов мозга

# К базисной терапии инсультов не относиться

коррекция функции внешнего дыхания;

коррекция сердечно-сосудистых нарушений

+стимуляция гемостаза

коррекция водно-солевого и энергетического баланса

борьба с отеком мозга

# К первичным нейропротективным средствам относят

магния сульфат

аминалон

+глицин

пирацетам (ноотропил)

пикамилон

# К патологоанатомическим вариантам инфаркта мозга не относят

белые

красные

+серые

# Наиболее часто встречаются артериальные аневризмы

+мешотчатые

блистерные

фузиформные

# В клиническом течении аневризм не выделяют период

догеморрагический

геморрагический

постгеморрагический

+восстановительный

# Ведущую роль в диагностике субарахноидального кровоизлияния играет

серийная ангиография

ЭХО-энцефалография

МР-ангиография

+исследование ликвора

# Наиболее эффективной считается госпитализация больных с инсультом в течение первых

6 часов

+4 часов

8 часов

# Показанием к хирургическому лечению внутримозгового кровоизлияния является

+сдавление мозга внутримозговой гематомой

предагональное состояние

нарастающий перифокальный отек

# В клинической картине поражений сонных артерий наиболее часто встречается синдром

эпилептический

вестибуло-атактический

+оптико-пирамидный

# Показанием к хирургическому лечению ишемических поражений головного мозга является

временный эффект от консервативной терапии

+прогрессирующий отек мозга

неполноценность коллатерального кровообращения

# Для определения степени тяжести больных с субарахноидальным кровоизлиянием используют

шкалу Глазго

+шкалу Ханта-Хесса

шкалу Orgogozo

# Укажите преимущественную локализацию медуллобластомы

полушария большого мозга

ствол мозга

+червь мозжечка

# Для узловых опухолей головного мозга характерны эпилептические припадки

генерализованные

+очаговые

полиморфные

# По частоте встречаемости общемозговые симптомы опухолей головного мозга распределяются следующим образом

тошнота, рвота, головокружение, головная боль

головокружение, головная боль, тошнота, рвота

+головная боль, тошнота, рвота, головокружение

# Какая опухоль головного мозга имеют капсулу

астроцитома

+невринома

глиобластома

# Темп нарастания симптомов опухоли головного мозга в большей степени зависит от

размеров

локализации

+гистологического варианта

характера роста

# Внутрижелудочковую локализацию имеет

медуллобластома

астроцитома

невринома

+эпендимома

# Первично-очаговые симптомы при опухолях головного мозга обусловлены

размерами

+локализацией

характером роста

# Укажите наиболее злокачественную опухоль головного мозга

астроцитома

невринома

+глиобластома

# В клинической картине экстрамедуллярной опухоли нет стадии

паралитической

корешковой

синдрома Броун-Секара

+синдрома Фовиля

# Наиболее частая локализация олигодендроглиомы

височная доля

мозжечок

+лобная доля

затылочная доля

# По ликворным путям способна метастазировать опухоль головного мозга

астроцитома

эпендимома

+медуллобластома

# Хиазмальный синдром характерен в клинической картине

менингиомы площадки основной кости

+аденомы гипофиза

глиомы лобной доли

# К доброкачественным опухолям головного и спинного мозга относится

анапластическая астроцитома

+менингиома

глиобластома

# Первой клинической стадией аденомы гипофиза является

рентгенологическая

+эндокринологическая

офтальмологическая

# Синдром четверохолмия встречается при опухоли

ствола мозга

четвертого желудочка

+шишковидной железы

намета мозжечка

# Наиболее характерным симптомом при опухоли теменной доли головного мозга является

анизорефлексия

+сенсорные очаговые эпиприступы

гемипарез

астереогноз

# Вероятную локализацию экстрамедуллярной опухоли спинного мозга определяют по

распределению пареза в конечностях

диссоциации расстройств чувствительности

+границе проводниковых расстройств чувствительности

нисходящему проводниковому типу расстройств чувствительности

# В клинической картине интрамедуллярной опухоли чаще встречается

+нисходящий проводниковый тип расстройств чувствительности

корешковый болевой синдром

синдром Броун-Секара

# Развитие в клинической картине сенсорной афазии наиболее вероятно при локализации опухоли в

+левой лобной доле

затылочной доле доминантного полушария

височной доле доминантного полушария

# Укажите опухоль головного мозга с высоким темпом роста

астроцитома

+медуллобластома

невринома

# Астроцитома по гистологической классификации входит в группу опухолей

оболочек мозга

эмбриональных опухолей

+глиом

# Синдром Фостера-Кеннеди характерен для опухоли

основания лобной доли

+бугорка турецкого седла

задней черепной ямки

крыла основной кости

# В клиническую картину гипертензионного синдрома не входит

застойный диск зрительного нерва

головная боль

рвота

+анизокория

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **Представление презентации** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся в полном объеме представлена информация по теме, соблюдена логика изложения материала, слайды оформлены качественно, содержат информацию сбалансированную в текстовом и графическом формате, демонстрируется свободное владением материалом и терминологией, соблюден регламент, ответы на вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если в в информация по теме представлена не в полном объеме, изложение материала недостаточно логичное, слайды оформлены качественно, но содержат информацию не сбалансированную в текстовом и графическом формате, демонстрируется хорошее владением материалом и терминологией, соблюден регламент, ответы на вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если информация по теме представлена не в полном объеме, не соблюдена логика изложения материала, слайды оформлены недостаточно качественно и содержат информацию, не сбалансированную в текстовом и графическом формате, владение материалом недостаточно свободное, некоторые термины интерпретируются ошибочно, не соблюден регламент, ответы на вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если информация по теме представлена однобоко, не соблюдена логика изложения материала, слайды оформлены не качественно и содержат информацию не сбалансированную в текстовом и графическом формате, владением материалом поверхностное, термины интерпретируются ошибочно, не соблюден регламент, ответы на вопросы не четкие, с ошибками, или отсутствуют. |
|  |  |
|  |
|  |
|  |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в письменной форме по зачетным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации:**

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

Рд=Рт+Рб+Рз,

**Рб -** бонусный рейтинг;

**Рд -** дисциплинарные рейтинг;

**Рз -** зачетный рейтинг;

**Рт -** текущий рейтинг;

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Неврология как раздела медицины, задачи неврологии как науки и предмет неврологии.
2. Функции головного мозга (движения, чувствительность, зрение, слух и т. д., психическая деятельность человека).
3. Психические функции человека, локализации функций в головном мозге.
4. Механизмы формирования неврологических симптомов и синдромов.
5. Неврологические методы обследования, применяемые для выявления нарушений функции нервной системы.
6. Способы изучения функций головного мозга и определения места повреждения головного мозга.
7. Понятие о речевой функции, корковые центры речи (речь импрессивная, экспрессивная).
8. Виды афазий и их дифференциальная диагностика (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).
9. Гнозис. Виды гнозиса, локализация в коре мозга. Агнозии (зрительная, слуховая, сенсорная, вестибулярная, вкусовая, обонятельная).
10. Праксис, виды апраксий (моторная, идеаторная, конструктивная).
11. Механизмы памяти. Виды амнезий (антероградная, конградная, ретроградная, фиксационная, прогрессирующая).
12. Функции угловой извилины доминантного полушария мозга и их нарушения (акалькулия, амузия, алексия).
13. Синдромы угнетения и помрачения сознания. Шкала комы Глазго.
14. Посткоматозные состояния, дифференциальная диагностика.
15. Клиническая анатомия и физиология двигательного анализатора.
16. Клинические признаки периферического и центрального паралича (обратить внимание на состояние рефлексов, тонуса, трофики мышц).
17. Клиническая анатомия проводников поверхностной и глубокой чувствительности (болевой, температурной, проприоцептивной).
18. Типы расстройства чувствительности (периферический, спинальный, церебральный).
19. Объективные методы исследования структуры головного и спинного мозга, мозгового кровообращения (МРТ, КТ, ПЭТ, церебральная ангиография, УСГ, ДС, УЗДГ).
20. Методы исследования функции центральной и периферической нервной системы (ЭЭГ, ВП, ЭМГ).
21. Патоморфологическая классификация геморрагических инсультов.
22. Клиника геморрагического инсульта. Степени тяжести субарахноидально-паренхиматозного кровоизлияния по Ханту-Хессу.
23. Классификация острых церебральных ишемий.
24. Клиника ишемического инсульта в каротидном и вертебро-базилярном бассейне.
25. Патогенетические подтипы ишемического инсульта
26. Дисциркуляторная энцефалопатия. Клиническая, нейропсихологическая и МРТ-диагностика дисциркуляторной энцефалопатии.
27. Основные подходы к лечению и психологической помощи больным с дисциркуляторной энцефалопатией.
28. Принципы классификации опухолей головного и спинного мозга (по локализации, гистологическая, по степени злокачественности).
29. Клиническая картина опухолей головного и спинного мозга.
30. Методы лечения нейроонкологических больных (способы операций, лучевая и химиотерапия).
31. Классификация ЧМТ по тяжести повреждения головного и спинного мозга.
32. Классификация и механизмы образования травматических оболочечных гематом, повреждений черепа.
33. Особенности клинической картины различных повреждений и нарушений высших корковых функций при контузии головного мозга.
34. Психологическая помощь пострадавшим в остром периоде и комплексной терапии последствий ЧМТ и ПСМТ.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(на бумажных носителях, в информационной системе Университета)

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра неврологии, медицинской генетики

направление подготовки (специальность): клиническая психология

Дисциплина: неврология

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Локализация функций в головном мозге.
2. Классификация острых церебральных ишемий.

Заведующий кафедрой: проф. А.М. Долгов

Декан факультета фармацевтического, высшего сестринского образования,

клинической психологии: доц. И.В. Михайлова

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу | Знать основы смежных медицинских дисциплин. Объективные методы исследования нервной системы. Основные симптомы и синдромы поражения нервной системы. Этиологию, патогенез, клинику и диагностику основных заболеваний нервной системы. | Вопросы №1-6; 21-34 |
| Уметь оценить результаты основных и дополнительных методов исследования. Определить топику поражения. | Вопросы №19. |
| Владеть методикой проведения опроса и собора анамнеза у неврологического больного, оценки неврологического статуса, выявления симптомов поражения нервной системы, установления неврологических синдромов. | Вопросы №1-14 |
| 2 | ПК-3 способность планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик | Знать методы изучения функций головного мозга, анализа возникших нарушений психической деятельности, уточнения места повреждения головного мозга. | Вопрос №20 |
| Уметь использовать приобретенные знания по анатомии и физиологии, основным диагностическим алгоритмам в неврологии для применения в практике клинического психолога. | Вопрос №27. |
| Владеть методами психологической диагностики и коррекции нарушенных функций центральной нервной системы. | Вопросы №27,34 |

1. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы

Зачетный рейтинг у студентов факультета клинической психологии (максимально 30 баллов) складывается по результатам:

- ответа по зачетному билету (2 вопроса, каждый по 15 баллов);

Критерии оценки ответа на вопросы зачетного билета:

- владение материалом (0 – не владеет; 1 – частично владеет; 2 – владеет);

- полнота ответа (0 – не отвечает; 1 – не полный ответ; 2 – полный ответ);

- структура ответа (0 – не структурированный ответ; 1 – частично структурированный ответ; 2 – структурированный ответ);

- владение терминологией (0 – не владеет; 1 – частично владеет; 2 – владеет);

- владение знаниями смежных дисциплин (0 – не владеет; 1 – владеет не в полной мере; 2 – владеет).

Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему

|  |  |
| --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | Оценка по дисциплине |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) |
| 50 – 69 баллов | 3 (удовлетворительно) |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) |