

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ УНИВЕРСИТЕТ
(МГОУ)
Факультет специальной педагогики и психологии
Кафедра комплексной психолого-педагогической реабилитации

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от 09.03.2022 г. № 8
И.о.зав.кафедрой С. Н. Утенкова (Утенкова С.Н.)

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине
Основы невропатологии

Направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль: Коррекционная педагогика и специальная психология
Квалификация: бакалавр

Мытищи
2022

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания	3
Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	6
Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	22

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-5.Способен осуществлять контроль и оценку формирования результатов образования обучающихся, выявлять и корректировать трудности в обучении	1. Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа
ОПК-8.Способен осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

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

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала
ОПК-5	пороговый	1.Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	Знать способы контроля и оценки формирования результатов образования, обучающихся на основе данных неврологического исследования Уметь осуществлять контроль и оценку формирования результатов образования, обучающихся на основе данных неврологического исследования	Конспект, тестирование, презентация	Шкала оценив конспек Шкала оценив презент Шкала оценив тестиро я

	продвинутый	Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	Знать способы контроля и оценки формирования результатов образования, обучающихся на основе данных неврологического исследования Уметь осуществлять контроль и оценку формирования результатов образования, обучающихся на основе данных неврологического исследования Владеть способами осуществления контроля и оценки формирования результатов образования обучающихся, выявления и корректировки трудности в обучении на основе неврологического исследования	Конспект, тестирование, презентация	Шкала оценив консеп Шкала оценив презент Шкала оценив тестиро я
ОПК-8	пороговый	1.Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	Знать способы осуществления педагогической деятельности на основе специальных научных знаний, Уметь осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний.	Конспект, тестирование, презентация	Шкала оценив консеп Шкала оценив презент Шкала оценив тестиро я
	продвинутый	Работа на учебных занятиях 2.Самостоятельная работа	Знать множественные способы осуществления педагогической деятельности на основе специальных научных знаний Уметь осуществлять педагогическую деятельность на основе специальных научных знаний по невропатологии детского возраста Владеть способами осуществления педагогической деятельности на основе специальных научных знаний в медико-биологической области	Конспект, тестирование, презентация	Шкала оценив консеп Шкала оценив презент Шкала оценив тестиро я

Шкала оценивания конспекта

9-10 баллов – содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, приведено большое количество актуальных источников.

7-8 баллов – изложение материала носит описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако приведено количество источников.

6 - 4 балла – изложение материала отрывочное, слабо структурированное, неуверенное владение материалом, один источник.

0-3 баллов – хаотичный, не логичный конспект, в котором студент не ориентируется.

Шкала оценивания презентаций:

8-10 баллов – содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивает собственную точку зрения.

5-7 баллов – изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивает собственную точку зрения.

2-4 баллов – студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.

0-1 баллов – студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.

Шкала оценивания тестирования

0-20% правильных ответов оценивается (0-баллов);

30-50% правильных ответов оценивается (3-8 баллов);

60-80% правильных ответов оценивается (9-14 баллов);

80-100% правильных ответов оценивается (15-20 баллов).

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Примерный перечень вопросов к экзамену:

1. История неврологии.
2. Филогенез и онтогенез нервной системы.
3. Функциональные системы мозга.
4. Нейрогистология.
5. Полушария большого мозга (функциональная анатомия).
6. Ствол мозга (функциональная анатомия).
7. Спинной мозг (функциональная анатомия).
8. Периферическая нервная система (функциональная анатомия)
9. Цереброспинальная жидкость.
10. Кровоснабжение спинного и головного мозга.
11. Барьеры мозга.
12. Вегетативная нервная система.
13. Лимбико - ретикулярный комплекс.
14. Чувствительность и её нарушения.
15. Движение. Пирамидная система.
16. Движение. Экстрапирамидная система.
17. Черепные нервы. Обонятельный и зрительный нервы(I, II).
18. Черепные нервы. Глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы(III, IV и VI).
19. Черепные нервы. Тройничный нерв(V).
20. Черепные нервы. Лицевой и добавочный нервы(VII и XI).
21. Черепные нервы. Преддверно-улитковый нерв (VIII).
22. Черепные нервы. Языкоглоточный, блуждающий и подъязычный нервы(IX, X и XII).
23. Высшие психические функции.
24. Параклинические методы исследования.
25. Перинатальная патология развития нервной системы.
26. Аномалии развития нервной системы.
27. Наследственные системные дегенерации нервной системы.
28. Наследственные болезни обмена, протекающие с поражением нервной системы.
29. Наследственные болезни соединительной ткани.

30. Факамотозы.
31. Наследственные нейромышечные заболевания.
32. Нарушения мозгового кровообращения:
33. Инсульт.
34. Субарахноидальные кровоизлияния и внутричерепные аневризмы.
35. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения.
36. Инфекционные заболевания нервной системы:
37. Энцефалиты.
38. Менингиты.
39. Менингоэнцефалиты.
40. Энцефаломиелиты.
41. Лептоменингиты (арахноидиты).
42. Нейросифилис.
43. Нейроревматизм.
44. Медленные инфекции:
45. Рассеянный склероз.
46. Рассеянный энцефаломиелит.
47. Лейкоэнцефалиты.
48. Боковой амиотрофический склероз.
49. ВИЧ-инфекция и нейро-СПИД.
50. Опоясывающий герпес (лишай).
51. Черепно-мозговая травма.
52. Опухоли головного мозга .
53. Опухоли спинного мозга.
54. Эпилепсия и эпилептиформные синдромы.
55. Заболевания периферической нервной системы.
56. Болезни с преимущественным поражением вегетативной нервной системы.
57. Неврозы и неврозоподобные состояния.
58. Поражение нервной системы при отравлении этиловым спиртом.
59. Поражения нервной системы при отравлении спиртами, наркотиками, угарным газом, ртутью и др. токсическими веществами.
60. Травмы периферической нервной системы.

Примерные темы презентаций

Раздел №1 Общая неврология

Тема №1.

1. Как Вы представляете роль исторических этапов, предшествующих становлению неврологии как науки?
2. В чем заключается приоритет ученых-неврологов Западной Европы?
3. Перечислите ученых-неврологов России, - создателей различных школ и научных управлений.
4. Кто из неврологов России внес весомый вклад в становление и укрепление тесной взаимосвязи неврологии и дефектологии?
5. В чем сущность системы организации неврологической службы в современной России?

Тема №2

1. Как Вы можете объяснить специфику понятий «фило» - и «онтогенез» нервной системы?
2. В чем заключается научная обоснованность теории функциональных систем?
3. Что такое «системогенез» и «принцип гетерохронности»?
4. В чем выражаются особенности развития функций анализаторных систем?

Тема №3.

1. Что является морфологической основой нервной системы?
2. Раскройте основу понятий – нейрон, нервное волокно, нейроглия, синапс, нервный импульс, нервный центр.

3. Какие основные функции нервной системы?
4. Какие принципы функционирования нервной системы, с учетом их краткой характеристики, Вы знаете?
5. В чем выражаются особенности внешнего строения полушарий большого мозга?
6. Перечислите основные борозды и извилины коры полушарий большого мозга.
7. В чем проявляются топографические и функциональные особенности коры различных долей полушарий большого мозга?
8. Раскройте основную характеристику полей коры мозга и их функциональную значимость.
9. Что означают понятия – архитектоника и цитоархитектоника?
10. На чем основываются современные научные представления о локализации функций в коре полушарий большого мозга?
11. Что относят к белому веществу полушарий большого мозга?
12. Перечислите структуры ствола мозга и назовите их основные функции.
13. Сегментарный и проводниковый аппараты спинного мозга, назовите их анатомо-функциональные отличия.
14. Лимбико-ретикулярный комплекс. Расскажите об особенностях его функционирования в норме и при различных видах патологии.
15. Вегетативная нервная система. Дайте краткую характеристику строения, функций, методов исследования и клиники ее расстройств.
16. Мозговые оболочки. Раскройте их анатомо - функциональные особенности.
17. Какая роль виллизиева круга в системе кровоснабжения головного мозга?
18. Какие основные функции неспецифических и специфических барьеров мозга?
19. Периферическая нервная система. Представьте ее основную морфологическую характеристику.

Тема №4.

1. Зарисуйте на доске:
 - Схему болевой и температурной чувствительности;
 - Глубокой и тактильной чувствительности.
2. Перечислите особенности всех чувствительных путей.
3. Какие методы используются при исследовании различных видов чувствительности?
4. Раскройте основную характеристику семиотики чувствительных нарушений.

Тема №5.

1. Зарисуйте на доске – основной проводящий путь произвольных движений.
2. Перечислите методы исследования двигательной сферы.
3. Центральный и периферический параличи. Как проводятся их дифференциальная диагностика?
4. Стриопаллидарная система. Расскажите о функциональных особенностях и синдромах их поражений.
5. Какие симптомокомплексы развиваются при различных уровнях поражения основного пути произвольных движений?

Тема №6.

1. На какие виды подразделяют 12 пар черепных нервов?
2. Зарисуйте на доске схему зрительного нерва (II).
3. Расскажите о функциональной анатомии, методах исследования и патологии системы зрительного нерва.
4. В чем выражаются анатомо-функциональные особенности преддверно-улиткового нерва (VIII).
5. Какие из черепных нервов принимают непосредственное участие в организации речевой деятельности?
6. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы. В чем выражается их дифференциальная диагностика?

7. Имеется ли взаимосвязь между уровнем знаний дефектолога по теме черепные нервы и его профессиональной деятельностью?

Тема №7.

1. Перечислите высшие психические функции и представьте основную характеристику одной из них, по Вашему выбору.
2. Какие виды нарушений отмечаются при нарушении каждой отдельно взятой высшей психической функции?
3. Какие методы диагностики высших психических функций используются в клинической неврологии?
4. Какие клинические проявления выявляются при избирательном поражении левого и правого полушарий?

Тема №8.

1. В чем сущность понятия «параклинические или специальные методы исследования»?
2. Что относится к рентгенологическим методам исследования?
3. Перечислите и дайте краткую характеристику электро - физиологическим методам исследования.
4. Для диагностики каких нозологических форм болезней используются ультразвуковые методы и методы визуализации мозга?

Раздел II- Частная неврология

Тема №1.

1. Какие патологические состояния объединяют перинатальные поражения нервной системы?
2. Какие формы заболеваний занимают ведущее место в перинатальной патологии?
3. Какие клинические проявления характерны при гипоксии плода и новорождённого?
4. Какие изменения центральной нервной системы, возникшие в период родов, включены в понятие внутричерепная родовая травма?
5. Какие клинические синдромы могут возникать при детских церебральных параличах?
6. В чём проявляется характерная особенность детских церебральных параличей?
7. Раскройте сущность понятия аномалии развития нервной системы.
8. Какие формы патологии характерны для аномалий развития нервной системы?
9. Какими неврологическими и интеллектуальными нарушениями клинически сопровождается микроцефалия?
10. Как Вы представляете патофизиологический механизм гидроцефалии?
11. Какие клинические состояния объединены в понятие хромосомные синдромы?
12. Какими изменениями информации обусловлены наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы?
13. Какие группы заболеваний, нарушений и отдельных нозологических форм представлены в классификации наследственно-дегенеративных заболеваний нервной системы?
14. Какие клинические проявления характерны для наследственных нервно-мышечных заболеваний?
15. Какие симптомокомплексы выявляются при отдельных нозологических формах болезней с преимущественным поражением экстрапирамидной системы?
16. Какие симптомокомплексы выявляются при отдельных нозологических формах болезней с преимущественным поражением мозжечка и его связей?
17. Какие симптомокомплексы выявляются при отдельных нозологических формах болезней с преимущественным поражением пирамидных путей?
18. Какие наследственные болезни обмена протекают с поражением нервной системы?
19. Какие неврологические нарушения и характерные симптомы поражений кожных покровов и внутренних органов отмечается при факоматозах?

Тема №2

1. Какие нозологические формы нарушений мозгового кровообращения относят к хроническим и какие - к острым нарушениям мозгового кровообращения?

2. Какие болезни и патологические состояния приводит к нарушениям мозгового кровообращения?
3. Как проводится дифференциальная диагностика ишемического и геморрагического инсультов?
4. Какие основные клинические проявления ишемического и геморрагического инсультов?
5. Что лежит в основе патомеханизма развития субарахноидальных кровоизлияний?
6. Какие основные принципы лечения различных форм нарушений мозгового кровообращения?
7. Какие методы первичной профилактики нарушений мозгового кровообращения наиболее эффективны в условиях образовательных учреждений?

Тема №3

1. Какие формы нозологии включены в классификацию инфекционных заболеваний нервной системы?
2. Какой основной синдром характерен для клиники менингита?
3. Как проводится диагностика различных форм менингита?
4. Основные принципы лечения различных форм менингита.
5. Какие существуют классификации энцефалитов?
6. Расскажите о клинических проявлениях одной из форм энцефалитов, по Вашему выбору.
7. Лептоменингиты или арахноидиты. Какое из этих названий является более правильным и научно обоснованным?
8. Каким симптомокомплексом проявляется клиника малой хореи?
9. Какие клинические особенности характерны для медленных инфекций?
10. Какие особенности клинических проявлений и течения различных форм лейкоэнцефалитов?
11. Рассеянный склероз. Расскажите об эпидемиологии, этиопатогенезе, клинике, диагностике, лечении, прогнозе и профилактике этой болезни.
12. Какие основные синдромы бокового амиотрофического склероза?
13. По каким признакам проводится дифференциальная диагностика рассеянного склероза и острого рассеянного энцефаломиелита?

Тема №4.

1. Какие клинические проявления при сотрясении, ушибе и сдавлении головного мозга?
2. Какие виды внутримозговых кровоизлияний могут быть при закрытой черепно-мозговой травме?
3. При каких проявлениях закрытой черепно-мозговой травмы отмечается ликворея, и в чём заключается её патомеханизм?
4. Какие отдалённые симптомы и синдромы развиваются у больных с черепно-мозговой травмой?
5. Какие принципы лечения больных с черепно - мозговой травмой?
6. Какая патоморфологическая картина развивается при нейротравме в остром и отдалённом её периодах?
7. Травмы периферической нервной системы. Как вы поясните понятие валлеровское перерождение нервных волокон?
8. Какие основные клинические проявления развиваются при травмах позвоночника и спинного мозга?

Тема №5

1. По каким принципам построена классификация опухолей головного мозга?
2. Общемозговые и очаговые симптомы при опухолях головного мозга. В чём их принципиальное отличие?
3. Какие клинические проявления отмечаются при опухолях лобной доли?
4. Какие отличительные особенности опухолей ствола мозга по сравнению с опухолями мозга другой локализации?
5. Какие клинические проявления выявляются при опухолях гипофиза?

6. Опухоли и абсцессы головного мозга. Какие общие симптомы характерны при этих формах нозологии и в чём их дифференциально-диагностическое отличие?

Тема №6.

1. Какие факторы риска обуславливают развитие заболеваний периферической нервной системы?
2. Как Вы представляете себе классификацию заболеваний нервной системы?
3. Какие клиничко-неврологические проявления развиваются при остеохондрозе позвоночника?
4. В чём клиническая сущность понятий невропатии и полиневропатии?
5. Какие виды невропатии Вы знаете?

Тема №7.

1. Перечислите нозологические формы болезней и синдромы поражений вегетативной нервной системы.
2. Расскажите об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях и принципах лечения вегето-сосудистой дистонии.
3. Какие три основные формы неврозов обычно принято выделять по традиции в России?
4. В чём заключается сущность первичной профилактики неврозов у детей?

Тема №8.

1. Какие основные клинические проявления характерны для эпилепсии?
2. Какие клинические проявления могут быть при эпилептических припадках?
3. Перечислите основные эпилептиформные синдромы.
4. Какие психические расстройства отмечаются при эпилепсии?
5. Какие методы лечения эпилепсии используются в современной медицине?

Тема №9.

1. Какие виды отравлений приводит к поражению нервной системы?
2. Какие неврологические проявления развиваются при отравлении метиловым спиртом?
3. Какие клинические проявления отмечаются при отравлении этиловым спиртом?
4. В чём выражается опасность отравления угарным газом и ртутью?

Примерные тестовые задания

1. Кем было открыто первое в мире неврологическое отделение и кафедра неврологии?:
 - а) П. Брока;
 - б) К. Вернике;
 - в) Ж. Шарко;
 - г) В.К. Ротом.
2. Кто является основоположником российской невропатологии?:
 - а) Г.И. Россолимо;
 - б) А.Я. Кожевников;
 - в) В.М. Бехтерев;
 - г) И.М. Сеченов.
3. По какому принципу устроена примитивная нервная система?:
 - а) цефализации;
 - б) развития синапсов;
 - в) формирования ганглиев;
 - г) синцития.
4. Системогенез - это:
 - а) Изолированное развитие нервных элементов;
 - б) Системное развитие нервных элементов;
 - в) Посистемное созревание нервных элементов;
 - г) Бессистемное развитие нервных элементов.
5. Структурно - функциональной единицей нервной единицей является:
 - а) синапс;
 - б) глия;
 - в) нервное волокно;
 - г) нервная клетка (нейрон).
6. Серое вещество мозга – это скопление:
 - а) нервных клеток;
 - б) нервных волокон;
 - в) глиальных элементов;
 - г) соединительно-тканых волокон.
7. Головной мозг состоит из:
 - а) большого мозга, мозговых оболочек и ствола мозга;
 - б) большого мозга, мозжечка и ствола мозга;

- в) большого мозга и ствола мозга;
- г) полушарий большого мозга.

8. Полушария большого мозга включают в себя:

- а) кору мозга, базальные ядра и ножки мозга; образования промежуточного мозга и ножки мозга;
- б) кору и ножки мозга, базальные ядра и желудочки мозга;
- в) кору мозга, базальные ядра и образования промежуточного мозга;
- г) кору мозга, мозжечок и ствол мозга.

9. К базальным ядрам относятся:

- а) хвостатое и чечевицеобразное ядра;
- б) хвостатое ядро и ядра таламуса;
- в) ядра таламуса и ядра ствола мозга;
- г) чечевицеобразное ядро и ядра таламуса.

10. Мозговые желудочки подразделяются на:

- а) четыре боковых, пятый – V и шестой – VI;
- б) два боковых, третий – III и четвертый – IV;
- в) два боковых, третий – III, четвертый – IV и пятый – V;
- г) первый – I, второй – II, третий – III и четвертый – IV.

11. В каждом полушарии различают следующие доли:

- а) лобную, теменную, височную и затылочную;
- б) лобную, теменную, височную, затылочную и лимбическую;
- в) лобную, теменную, височную, затылочную и островок;
- г) лобную, теменную, височную, затылочную и стволую.

12. К стриарной системе мозга относятся:

- а) хвостатые и чечевицеобразные ядра;
- б) хвостатые ядра и бледные шары чечевицеобразных ядер;
- в) чечевицеобразные ядра и черная субстанция ствола мозга;
- г) хвостатые ядра и скорлупа чечевицеобразных ядер.

13. К паллидарной системе в функциональном отношении относят-ся:

- а) хвостатые ядра и черная субстанция ствола мозга;
- б) бледные шары чечевицеобразных ядер, красные ядра и черная субстанция ствола мозга;
- в) хвостатые и красные ядра;
- г) красные ядра и черная субстанция ствола мозга.

14. Головной и спинной мозг окружены следующими оболочками:

- а) мягкой, твердой и паутинной;
- б) твердой и паутинной;
- в) мягкой и твердой;
- г) мягкой и паутинной.

15. Первичные сенсорные или проекционные корковые поля обеспечивают:

- а) восприятие ощущений, определенной сенсорной модальности;
- б) глубокий анализ и синтез (первичное истолкование) чувствительной информации;
- в) высший анализ и синтез (осмысливание) всей афферентной информации;
- г) истолкование и осмысливание поступившей информации.

16. В сером веществе спинного мозга различают:

- а) задние рога и задние канатики;
- б) задние боковые и передние рога, а также переднюю и заднюю серые спайки;
- в) задние и передние рога, задние и передние канатики;
- г) переднюю и заднюю серые спайки.

17. Функции серого вещества спинного мозга:

- а) проводниковая, рефлекторная и тоническая;
- б) проводниковая, тоническая и трофическая;
- в) рефлекторная, проводниковая и трофическая;
- г) рефлекторная, тоническая и трофическая.

18. Центр моторной речи или центр речевого праксиса (центр Брока) расположен:

- а) в переднем отделе нижней лобной извилины, преимущественно левого полушария;

- б) в переднем отделе верхней и височной извилины, преимущественно левого полушария;
- в) в заднем отделе нижней лобной извилины, преимущественно левого полушария;
- г) в заднем отделе средней лобной извилины, преимущественно левого полушария;

19. Центр восприятия речи или акустико-гностический сенсорный центр речи (центр Вернике) находится:

- а) в верхней - боковой поверхности височной доли, преимущественно левого полушария;
- б) в задней части средней лобной извилины, преимущественно левого полушария;
- в) в задней части средней височной извилины, преимущественно левого полушария;
- г) в передней части средней височной извилины, преимущественно левого полушария;

20. Спинной мозг подразделяется на:

- а) 28 сегментов;
- б) 30 сегментов;
- в) 32 сегмента;
- г) 33 сегмента;

21. Сегмент спинного мозга – отрезок спинного мозга, дающий начало:

- а) двум парам спинномозговых нервов;
- б) одной паре спинномозговых нервов;
- в) четырем парам спинномозговых нервов;
- г) трем парам спинномозговых нервов;

22. В нервном стволе различают следующие соединительно-тканые оболочки:

- а) мягкая, арахноидальная и периневральная;
- б) мягкая, эпиневральная и эндоневральная;
- в) арахноидальная, эпиневральная и эндоневральная;
- г) эпиневральная, периневральная и эндоневральная.

23. Субарахноидальное пространство располагается:

- а) между листками мягкой мозговой оболочки под арахноидальным листком;
- б) под мягкой мозговой оболочкой;
- в) над арахноидальным листком и внутренним листком твердой мозговой оболочки;
- г) между листками твердой мозговой оболочки.

24. Субдуральное пространство находится:

- а) между листками мягкой мозговой оболочки под арахноидальным листком;
- б) под мягкой мозговой оболочкой;
- в) над арахноидальным листком и внутренним листком твердой мозговой оболочки;
- г) между листками твердой мозговой оболочки.

25. Основные звенья ликвообращения:

- а) ликвообразование, ликворораспределение и отток ликвора;
- б) ликвообразование, ликвороциркуляция и отток ликвора;
- в) ликвообразование, ликвороциркуляция и ликвораспределение;
- г) ликворораспределение и отток ликвора.

26. Виллизиев артериальный круг – это:

- а) замкнутый артериальный круг систем сонных артерий;
- б) замкнутый артериальный круг систем позвоночных артерий;
- в) замкнутый артериальный круг систем сонных и позвоночных артерий на основании мозга;
- г) замкнутый артериальный круг средних и задних мозговых артерий на основании мозга.

27. Различают следующие виды чувствительности:

- а) экстероцептивная, проприоцептивная и интероцептивная;
- б) экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная и сложные формы чувствительности;
- в) экстероцептивная и проприоцептивная;
- г) экстероцептивная и сложные формы чувствительности.

28. Все чувствительные пути являются:

- а) двухнейронными, нисходящими;
- б) трехнейронными, нисходящими;
- в) двухнейронными, восходящими;
- г) трехнейронными, восходящими.

29. Отсутствие, потеря того или иного вида чувствительности называется:

- а) анестезия;
- б) гипестезия;

- в) гиперестезия; г) гиперпатия.

30. Типы чувствительных нарушений:

- а) периферический, спинальный и церебральный;
б) периферический, сегментарный и церебральный;
в) периферический, спинальный и проводниковый;
г) периферический, сегментарный и проводниковый.

31. Нарушение способности узнавать предметы при помощи их ощупывания - это:

- а) астереогноз; в) полиэстезия;
б) синестезия; г) аллоэстезия.

32. Восприятие ощущение в какой-либо другой области-это:

- а) астереогноз в) синестизия;
б) аллохейрия; г) аллоэстезия.

33. Признаками поражения задних столбов спинного мозга являются:

- а) утрата поверхностной чувствительности ниже уровня поражения;
б) утрата глубокой и тактильной чувствительностей ниже уровня поражения;
в) утрата болевой и температурной чувствительности ниже уровня поражения;
г) утрата всех видов чувствительности.

34. Поражение задней центральной извилины коры головного мозга характеризуется выпадением:

- а) всех видов поверхностной чувствительности н своей половине тела;
б) всех видов глубокой чувствительности на противоположной половине тела;
в) всех видов чувствительности на противоположной половине тела;
г) всех видов чувствительности на своей половине тела.

35. Не узнавание части собственного тела-это:

- а) анозогнозия; в) амелия;
б) аутотопагнозия; г) псевдополимия.

36. Поражение медиальной петли в области ствола мозга проявляется:

- а) гемиянестезией на противоположной половине тела и сенситивной атаксией;
б) гемиянестезией на своей половине тела и сенситивной атаксией;
в) гемиянестезией всех видов поверхностной чувствительности на противоположной половине тела;
г) всех видов глубокой чувствительности на противоположной половине тела.

37. Сенситивная атаксия-это расстройство координации движения, которая:

- а) не компенсируется контролем зрения и обусловлено поражением мозжечковой системы;
б) не компенсируется контролем зрения и обусловлено поражением бокового(ых) столба(ов) спинного мозга;
в) компенсируется контролем зрения и обусловлено поражением заднего(их) столба(ов) спинного мозга;
г) не компенсируется контролем зрения и обусловлено поражением ствола мозга.

38. Произвольные движения (праксии) регулируются и контролируются:

- а) сегментарным аппаратом спинного мозга;
б) структурами мозгового ствола;
в) экстрапирамидной системой;
г) пирамидной системы.

39. Основной двигательный путь является:

- а) двухнейронным, нисходящим; в) трехнейронным, нисходящим;
б) двухнейронным, восходящим; г) трехнейронным, восходящим.

40. Клетки центральногомотонейрона (клетки Беца) располагаются:

- а) в верхней лобной извилине; в) в постцентральной извилине;
б) в прецентральной извилине; г) в средней лобной извилине.

41. Двигательные импульсы, инициирующие произвольные движения, зарождаются:

- а) в прецентральной извилине; б) в постцентральной извилине;

- в) в верхней теменной доле; г) В нижней теменной доле.

42. Центральный отдел двигательной системы, отвечающий за произвольные движения включается в себя:

- а) первичную моторную кору, стриопаллидарную систему и корково – мостовой путь;
б) первичную моторную кору, премоторную кору и корково – спинномозговой путь;
в) первичную моторную кору, корково – спинномозговой корково-ядерный пути;
г) первичную моторную кору, премоторную кору, корково-спинномозговой и корково-ядерный пути.

43. Волокна, пирамидного пути, формирующие корково-спинномозговой путь, проходят в следующих образованиях спинного мозга:

- а) боковых канатиках; в) боковых и передних канатиках;
б) передних канатиках; г) задних канатиках.

44. Волокна пирамидного пути, формирующие корково-ядерные пути у мотонейронов следующих черепных нервов:

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

45. Основными симптомами центрального паралича являются:

- а) гиперрефлексия, мышечная гипертония, отсутствие атрофии мышц, патологические рефлексия и клonusы стоп и коленных чашечек;
б) гиперрефлексия, мышечная гипотония, атрофия мышц;
в) гиперрефлексия, мышечная гипотония, атрофия мышц;
г) арефлексия, мышечная атония, атрофия мышц и реакция перерождения.

46. Основными симптомами периферического паралича являются:

- а) гиперрефлексия, мышечная гипертония, отсутствие атрофии мышц, патологические рефлексия и клonusы;
б) гиперрефлексия, мышечная гипотония, атрофия мышц;
в) гиперрефлексия, мышечная гипотония, атрофия мышц;
г) арефлексия, мышечная атония, атрофия мышц и реакция перерождения.

47. В круг Папеца (эмоциональный круг) объединены следующие структуры лимбико-ретикулярного комплекса:

- а) миндалевидное тело, поясная извилина, мозолистое тело, гипоталамус и гиппокамп;
б) поясная извилина, передние ядра таламуса, гипоталамус и гиппокамп и их связи;
в) поясная извилина, шишковидное тело и гипофиз;
г) гипофиз, гиппокамп, гипоталамус, ретикулярная формация и их связи.

48. Раздражение какой из структур лимбико-ретикулярного комплекса приводит к типичной реакции беспокойства, тревоги и развитию агрессивного поведения:

- а) мозолистое тело; в) шишковидное тело;
б) гиппокамп; г) миндалевидное тело.

49. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы представлен:

- а) вегетативными нейронами коры мозга, гипоталамусом и ретикулярной формацией;
б) вегетативными нейронами коры мозга и симпатическими нейронами спинного мозга;
в) вегетативными ядрами коры мозга и парными парасимпатическими ядрами ствола мозга;
г) структурами лимбической системы и чувствительной сферы.

50. Какие из перечисленных функций характерны для симпатикотонии (1), а какие – для ваготонии(2):

- а) мидриаз, экзофтальм, тахикардия и др.;
б) миоз, энофтальм, брадикардия и др.

51. К высшим психическим функциям относят:

- а) внимание, воображение, речь, память, гнозис, праксис и мышление;
б) речь, память, гнозис, праксис, мышление и сознание;
в) ощущение, внимание, воображение, речь, память и мышление;
г) память, мышление, чтение, письмо, счет, воображение и внимание.

52. Невозможность распознавания и определения назначения предмета при отчетливом его восприятии в целом - это:

- а) апперцептивная(предметная) агнозия;
- б) симультанная агнозия;
- в) цветовая агнозия;
- г) ассоциативная агнозия.

53. Нарушение динамики мыслительной деятельности проявляется:

- а) лабильностью и инертностью мышления;
- б) нарушением критичности и нарушением саморегуляции;
- в) бессвязностью и задержкой мышления;
- г) вязкостью и разорванностью мышления.

54. Чувствительные черепные нервы - это:

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

55. Подкорковый зрительный центр включает в себя:

- а) таламус, задние бугры, четверохолмие и зрительная лучистость;
- б) наружные коленчатые тела, подушка таламуса и передние бугры четверохолмия;
- в) внутренние коленчатые тела, стриатум и красные ядра;
- г) таламус, внутренние коленчатые тела и задние бугры четверохолмия;

56. Выпадение одноименных (правых и левых) половин полей зрения каждого глаза-это:

- а) гетеронимная гемианопсия;
- б) квадрантная гемианопсия;
- в) гемианопсия;
- г) гомонимная гемианопсия.

57. Птоз-это:

- а) выпячивание глазного яблока;
- б) западение глазного яблока;
- в) опущение верхнего века;
- г) расширение зрачка.

58. При поражении заднего продольного пучка могут возникать следующие виды расстройств:

- а) различные формы пареза взора, косоглазие и нистагм;
- б) сужение глазной щели, сужение зрачка и западение глазного яблока;
- в) различные формы офтальмоплегии;
- г) альтернирующий синдром Вебера.

59. Отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности их наконвергенция и аккомодацию обозначается как синдром:

- а) Клода Бернара-Горнера
- б) Мийяра-Гублера;
- в) АргайлаРобертсона;
- г) Броун-Секара.

60. В тройничном (гассеровом) узле располагаются:

- а) первые чувствительные нейроны V нерва;
- б) вторые - нейроны V нерва;
- в) третьи – нейроны V нерва;
- г) первые нейроны соматосенсорной чувствительности.

61. Признаки поражения гассерова узла или чувствительного корешка V нерва:

- а) нарушение всех видов чувствительности в зонах иннервации I и II ветвей тройничного нерва;
- б) нарушение болевой и температурной чувствительности в зонах иннервации всех трех ветвей тройничного нерва;
- в) нарушение всех видов чувствительности в зонах иннервации всех трех ветвей тройничного нерва, иногда наблюдается опоясывающий лишай;
- г) нарушение всех видов глубокой чувствительности.

62. Прозоплегия-это:

- а) паралич жевательных мышц;
- б) паралич мышц артикуляционного аппарата;
- в) паралич шейных мышц;
- г) паралич мимической мускулатуры.

63. Периферический паралич лицевого нерва на стороне поражения и спастическая гемиплегия на противоположной очагу стороне обозначаются как альтернирующий синдром:

- а) Вебера; в) Бенидикта;
- б) Мийяра – Гублера; г) Джексона.

64. Кортиев орган представляет собой рецепторный аппарат:

- а) зрительного анализатора; в) вкусового анализатора;
- б) обонятельного анализатора; г) слухового анализатора.

65. Первичная проекционная слуховая кора расположена:

- а) в задней части верхней височной извилины;
- б) в задней части средней височной извилины;
- в) на верхней губе сильвиевой борозды;
- г) на нижней губе сильвиевой борозды (поперечные извилины Гешля).

66. Бульбарный синдром проявляется следующим симптомо- комплексом:

- а) бульбарная дизартрия (анартрия), дисфония (афония), назозалия и дисфагия;
- б) псевдобульбарная дизартрия (анартрия), дисфония (афония), назозалия и дисфания;
- в) бульбарная дизартрия, агейзия, аносмия, диплопия;
- г) псевдобульбарная дизартрия, агейзия, аносмия, диплопия.

67. Коровый центр поворота глаз и головы в противоположную сторону расположен:

- а) в заднем отделе нижней лобной извилины;
- б) в верхней теменной дольке;
- в) в переднем отделе верхней лобной извилины;
- г) в заднем отделе средней лобной извилины.

68. Мостовой центр взора находится:

- а) в ножках мозга у ядра глазодвигательного центра;
- б) в переднем отделе моста у ядра отводящего нерва;
- в) в заднем отделе моста у дна четвертого желудочка;
- г) в нижнем отделе моста на границе с продолговатым мозгом.

69. К звуковоспринимающему аппарату относятся:

- а) барабанная перепонка, слуховые косточки и кортиев орган;
- б) наружный слуховой проход, барабанная перепонка, среднее ухо, слуховые косточки;
- в) кортиев орган, кохлеарная часть преддверно- улиткового нерва, мозговые структуры системы слухового анализатора;
- г) барабанная перепонка, кортиев орган, передние бугры четверохолмия.

70. К звукопроводящему аппарату относятся:

- а) барабанная перепонка, слуховые косточки и кортиев орган;
- б) наружный слуховой проход, барабанная перепонка, среднее ухо, слуховые косточки;
- в) кортиев орган, кохлеарная часть преддверно- улиткового нерва, мозговые структуры системы слухового анализатора;
- г) барабанная перепонка, кортиев орган, передние бугры четверохолмия.

71. Для клиники какого синдрома характерен следующий симптомокомплекс:

- дизартрия, дисфония, назозалия, дисфагия;
- неподвижность или ограничение подвижности мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани, мышц, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательной мускулатуры;
- повышение тонуса (гипертония), отсутствие атрофии или гипотрофии, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний мышц языка;
- повышение безусловных стволовых рефлексов- глоточного, небного, кашлевого и нижнечелюстного;
- рефлексы орального автоматизма - хоботковый, ладонно- подбородочный и др.;
- неконтролируемые эмоциональные реакции.

- а) бульбарного; в) альтернирующего;
- б) псевдобульбарного; г) подкоркового.

72. Какой синдром включает в себя симптомы периферического паралича мышц артикуляционного аппарата:

- а) бульбарный; в) альтернирующий;
- б) псевдобульбарный; г) подкорковый.

73. Какое количество общих ядер имеют языкоглоточный и блуждающий нервы (IX и X):

- а) одно; в) три;
- б) два; г) общих ядер IX и X нервы не имеют.

74. При поражении языкоглоточного нерва (XII) расстройство вкуса отмечается на:

- а) передней 2/3 языка; в) передней 1/3 языка;
- б) задней 2/3 языка; г) задней 1/3 языка.

75. К альтернирующим синдромам при поражении среднего мозга относят:

- а) синдромы Бриссо-Сикара, Мийяра- Гублера, Фовиля;
- б) синдромы Вебера, Бенедикта, Клода, Нотнагеля;
- в) синдромы Раймона-Сестана, Шмидта, Джексона, Авеллиса;
- г) синдромы Сестана-Шене, Валленберга- Захарченко, Тапия.

76. К альтернирующим синдромам при поражении продолговатого мозга относят:

- а) синдромы Вебера, Бенедикта и Клода;
- б) синдромы Бриссо-Сикара, Мийяра- Гублера и Фовиля;
- в) синдромы Нотнагеля и Раймона-Сестана;
- г) синдромы Джексона, Авеллиса, Шмидта, Сестана - Шене, Валленберга- Захарченко, Валлей- Штейна и Тапия.

77. «Периферический паралич или парез мышц языка на стороне очага и центральная гемиплегия или гемипарез на противоположной стороне» являются клиническими проявлениями альтернирующего синдрома:

- а) Джексона; в) Шмидта;
- б) Авеллиса; г) Валленберга- Захарченко.

78. К параклиническим методам визуализации мозга относятся:

- а) электроэнцефалография, доплерография и эхоэнцефалография;
- б) реоэнцефалография, вызванные потенциалы и контрастные методы исследования;
- в) краниография и спондилография;
- г) компьютерная томография, магнитно - резонансная томография и позитронная - эмиссионная томография.

79. Основными ритмами нормальной электроэнцефалографии являются:

- а) тета и дельта ритмы или волны;
- б) комплексы «пик - волна»;
- в) альфа и бета ритмы или волны;
- г) тета- ритмы и комплексы «пик- волна».

80. Наличие каких волн на электроэнцефалограмме указывает на очаговый патологический процесс в головном мозге (опухоль, абсцесс и др.):

- а) альфа и бета-ритмы;
- б) комплексы «пик - волна»;
- в) тета- волны комплексы «пик- волна»;
- г) тета и дельта- волны.

81. При проведении люмбальной пункции прокол специальной иглой с мандреном делается в промежутке между:

- а) I и II поясничными позвонками; г) XII грудным и I поясничным позвонками.
- б) II и III поясничными позвонками;
- в) III и IV поясничными позвонками;

82. Нормальному развитию возрастных двигательных навыков при детских церебральных параличах препятствуют:

- а) ограничение двигательной активности ребенка;
- б) недостаточный уровень эффективности реабилитационных мероприятий;
- в) сопутствующая соматогенная патология;

г) мышечная гипертония в сочетании с патологическими тоническими рефлексам.

83. Клиническая картина хронической стадии эпидемического энцефалита характеризуется признаками:

- а) синдрома паркинсонизма;
- б) хореического синдрома;
- в) мозжечкового синдрома;
- г) гипертензионного синдрома.

84. Клиническая картина острой стадии эпидемического энцефалита:

- а) синдрома иносмии;
- б) летаргического сна;
- в) синдрома гиперсомнии;
- г) синдрома парасимнии.

85. При спастической диплегии (синдром Литтля) двигательные нарушения проявляются в виде:

- а) моноплегии или монопареза;
- б) спастической гемиплегии или спастического гемипареза;
- в) двойной гемиплегии или спастического гемипареза;
- г) спастической тетраплегии или спастического тетрапареза.

86. Речевые нарушения, которые наиболее часто встречаются при детских церебральных параличах:

- а) афазия и алалия;
- б) дислексия и заикание;
- в) задержка речевого развития и дизартрия;
- г) дислалия и нарушение голоса.

87. Инсульт - это:

- а) преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК);
- б) тяжелая форма острого нарушения мозгового кровообращения;
- в) хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК);
- г) транзиторные ишемические атаки (ТИА).

88. Субарахноидальное кровоизлияние клинически проявляется остро возникшими признаками раздражения:

- а) стволовых структур мозга;
- б) коры полушарий большого мозга;
- в) мозговых оболочек;
- г) подкорковых структур мозга.

89. К основным менингеальным симптомам относятся:

- а) гемианестезия и гемиплегия;
- б) тетраанестезия и тетраплегия;
- в) дисфагия и дизартрия;
- г) ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского.

90. При каком виде нарушения мозгового кровообращения отмечаются следующие симптомы - потеря сознания, значительное повышение артериального давления (АД), наличие крови в ликворе и др.:

- а) геморрагическом инсульте;
- б) ишемическом инсульте;
- в) преходящем нарушении мозгового кровообращения;
- г) хроническом нарушении мозгового кровообращения.

91. Клиническая картина любой формы менингита проявляется следующим симптомокомплексом:

- а) локальная головная боль, снижение остроты зрения, диплопия, головокружение, тошнота, рвота;
- б) диффузная головная боль, рвота, гемиплегия, гемианестезия;
- в) проявление внутричерепной гипертензии и менингеальный синдром;
- г) менингеальные симптомы, отсутствие проявлений гипертензионного синдрома.

92. Единственным способом, позволяющим подтвердить диагноз менингита и определить его возбудителя является:

- а) магнитно-резонансная томография;
- б) анализ клинической картины;
- в) краниография;

г) исследование цереброспинальной жидкости.

93. Воспаление твёрдой мозговой оболочки называется:

- а) арахноидит; в) лептоменингит;
б) пахименингит; г) эпендиматит.

94. Клиническая картина любой формы энцефалита проявляется:

- а) гипертензионным и менингеальным синдромами;
- б) рассеянной неврологической и общемозговой симптоматикой;
- в) общеинфекционными признаками, гипертензионным синдромом и диффузной неврологической симптоматикой;
- г) общеинфекционными признаками, общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой.

95. Одним из первых проявлений рассеянного склероза (РС) наиболее часто бывает:

- а) пирамидная недостаточность;
- б) ретробульбарный неврит зрительных нервов;
- в) расстройство поверхностной чувствительности;
- г) горизонтальный нистагм.

96. «Классический симптомокомплекс», описанный Шарко (триада Шарко):

- а) нистагм, интенционное дрожание и мозжечковая дизартрия;
- б) церебральные парезы, отсутствие брюшных рефлексов и побледнение височных половин зрительных нервов;
- в) расстройство координации движений, гиперметрия и мозжечковая дизартрия;
- г) нистагм, церебральные парезы и отсутствие брюшных рефлексов.

97. «Классический симптомокомплекс», описанный Марбургом (триада Марбурга):

- а) нистагм, интенционное дрожание и мозжечковая дизартрия;
- б) церебральные парезы, отсутствие брюшных рефлексов и побледнение височных половин зрительных нервов;
- в) расстройство координации движений, гиперметрия и мозжечковая дизартрия;
- г) нистагм, церебральные парезы и отсутствие брюшных рефлексов.

98. «Классический симптомокомплекс», описанный Нонне (триада Нонне):

- а) нистагм, интенциональнодрожажение и мозжечковая дизартрия;
- б) церебральные парезы, отсутствие брюшных рефлексов и побледнение височных половин зрительных нервов;
- в) расстройства координации движений, гиперметрия и мозжечковая дизартрия;
- г) нистагм, церебральные парезы и отсутствие брюшных рефлексов.

99. Для раннего нейросифилиса характерны специфические признаки поражения:

- а) зрительных нервов; в) задних столбов спинного мозга;
б) ствола мозга; г) мозговых оболочек и сосудов.

100. Нейрохламидиоз, механизмы передачи инфекции:

- а) контактный (половой, бытовой), интранатальный (во время родов) и антенатальный (через плаценту);
- б) контактный (половой), воздушно-капельный, трансмиссионный (при укусах);
- в) контактный (бытовой), гемоконтактный и трансмиссионный;
- г) воздушно-капельный, гемоконтактный и трансплацентарный.

101. Синдром АргайллаРобертсона (характерен для позднего нейросифилиса):

- а) сохранность прямой и содружественной реакций зрачков на свет при отсутствии их реакции на конвергенцию и аккомодации;
- б) сохранность прямой реакции зрачков на свет и реакции на конвергенцию при отсутствии содружественной реакции зрачков на свет и их реакции и на аккомодацию;
- в) отсутствие прямой и содружественной реакции зрачков на свет, при сохранности их реакции на конвергенцию и аккомодацию;
- г) отсутствие реакции зрачков на свет и на конвергенцию и аккомодацию.

102. В каких случаях при гидроцефалии отмечается резкое снижение уровня умственного развития детей:

- а) при компенсирующей форме заболевания;
- б) при прогрессировании гидроцефалии, по мере нарастания атрофии мозга;
- в) при прогрессировании гидроцефалии даже без нарастания атрофии мозга;
- г) во всех случаях.

103. Ведущим симптомом при микроцефалии является:

- а) уменьшение размеров черепа;
- б) интеллектуальная недостаточность;
- в) нарушение функции глазодвигательных нервов;
- г) диспропорция между мозговой и лицевой частями черепа, между головой и туловищем.

104. Хромосомные синдромы можно подразделить на две группы:

- а) синдромы, обусловленные изменением числа или структуры аутосом;
- б) синдромы, обусловленные генными мутациями;
- в) синдромы, связанные с аномалиями половых хромосом;
- г) синдромы, обусловленные системной дегенерацией нервной системы.

105. Для наследственных болезней нервной системы характерны:

- а) не прогрессирующее течение, диффузное поражение различных структур нервной системы;
- б) не прогрессирующее течение с преимущественным поражением определенных систем мозга, периферической нервной системы и мышц;
- в) прогрессирующее течение с преимущественным поражением определенных систем мозга, периферической нервной системы и мышц;
- г) прогрессирующее течение с диффузным поражением различных структур нервной системы.

106. Для какого заболевания с преимущественным поражением мозжечка и его связей характерны симптомы сенситивной атаксии:

- а) семейная атаксия Фридрейха;
- б) семейная атаксия Мари;
- в) полиневритическая атаксия (болезнь Рефсума);
- г) атаксия - арефлексия (болезнь Руси - Леви).

107. В клинической картине хореи Гентингтона преобладают два важнейших признака:

- а) гиперкинетический синдром и мышечная гипотония;
- б) гипокинетический синдром и экстрапирамидное повышение мышечного тонуса;
- в) гиперкинетический синдром и сенсорные расстройства;
- г) гиперкинетический синдром и изменение психики.

108. Мозжечковая форма детского церебрального паралича характеризуется:

- а) мозжечковыми нарушениями;
- б) нарушениями координации в сочетании со спастическими параличами, атонически - астатическим синдромом;
- в) мозжечковыми нарушениями и спастическими параличами;
- г) спастическими параличами и атонически - астатическим синдромом.

109. Из сенсорных нарушений при детских церебральных параличах наиболее часто отмечаются снижение:

- а) остроты слуха;
- б) остроты зрения;
- в) обоняния;
- г) вкуса.

110. Из всех форм дизартрий у детей с церебральными параличами наиболее часто встречаются:

- а) бульбарная;
- б) псевдобульбарная;
- в) мозжечковая;
- г) экстрапирамидная.

111. Нарушение пространственных представлений (пространственный гнозис) у детей с церебральными параличами является следствием недоразвития или поражения:

- а) лобных долей мозга и нарушениями зрительного восприятия;

- б) височных долей мозга и нарушениями зрительного восприятия;
- в) теменных долей мозга и нарушениями зрительного восприятия;
- г) затылочных долей мозга.

112. Клиническая картина бокового амиотрофического склероза складывается из наличия:

- а) периферических параличей и симптомов поражения вегетативной нервной системы;
- б) периферических и центральных параличей, а так же бульбарных расстройств;
- в) центральных параличей и симптомов поражения вегетативной нервной системы;
- г) центральных параличей и симптомов поражения мозжечка.

113. Повышенная потливость с характерным мышиным запахом характерный симптом:

- а) фенилкетонурии;
- б) гистидинемии;
- в) амавротической идиотии;
- г) лейкодистрофии.

114. Остеохондроз позвоночника и спондилоартроз - это:

- а) проявления разных дегенеративно-дистрофических процессов;
- б) проявление единого дегенеративно-дистрофического процесса;
- в) проявление травматического повреждения позвоночника;
- г) проявление воспалительного характера межпозвоночных дисков.

115. Валлеровское перерождение нервных волокон – это:

- а) распад нервных волокон выше уровня рассечения или повреждения;
- б) распад нервных волокон ниже уровня рассечения или их поврежде-ния;
- в) распад нервных волокон в зоне повреждения нерва;
- г) распад нервных как выше уровня их повреждения, так и в зоне трав-мы ствола нерва.

116. Лейкоэнцефалиты – это варианты воспалительного поражения головного мозга, при которых преимущественно поражаются:

- а) кора полушарий большого мозга;
- б) структуры экстрапирамидной системы;
- в) образования лимбико-ретикулярного комплекса;
- г) проводящие пути, т.е. белое вещество мозга.

117. Самыми ранними клиническими признаками лейкоэнцефалитов являются:

- а) психические нарушения;
- б) чувствительные расстройства;
- в) расстройства вегетативной нервной системы;
- г) мозжечковые нарушения.

118. Наиболее характерными клиническими проявлениями при лейкоэнцефалитах являются:

А - головная боль;

- головокружения;
- судороги;
- нарушения сознания;

Б - афазические и апраксические расстройства;

- снижение зрения и слуха;
- спастические параличи и парезы;
- расстройства координации и глотания и др.

В - расстройства гнозиса;

- нарушение всех видов поверхностной и глубокой чувствительности;
- расстройства функций подкорковых узлов и др.
- гипоталамо-гипофизарные расстройства;
- развитие гипертензионного синдрома;
- снижение обоняния и вкуса и др.

119. К общемозговым симптомам относят:

- а) головную боль, головокружение, расстройство координации и психики;
- б) головную боль, головокружение, онемение конечностей, снижение зрительного и слухового восприятия;
- в) головную боль, головокружение, рвоту, судороги, нарушение сознания;

- г) головную боль, головокружение, повышенную сонливость и гипертермию.
120. Воспаление спинного мозга – это:
- а) энцефалит; в) неврит;
- б) менингит; г) миелит.
121. Мостовая форма полиомиелита характеризуется внезапным развитием паралича:
- а) мимических мышц лица;
- б) жевательных мышц;
- в) мышц артикуляторного аппарата;
- г) жевательных мышц и мышц артикуляционного аппарата.
122. Бульбарная форма полиомиелита характеризуется внезапным развитием паралича:
- а) мышц артикуляционного аппарата и расстройством жизненно важных функций;
- б) жевательных мышц;
- в) мимических мышц лица;
- г) жевательных мышц и мышц лица.
123. Симметричность поражения преимущественно дистальных отделов периферических нервов характерна для:
- а) мононевропатий; в) радикулоневропатий;
- б) множественных невропатий; г) полиневропатий.
124. Дистальные парезы конечностей, расстройства чувствительности, вегетативно-сосудистые и трофические нарушения – это клинические проявления:
- а) мононевропатий; в) радикулоневропатий;
- б) полиневропатий; г) множественных невропатий.
125. При закрытой черепно-мозговой травме выделяют следующие клинические формы поражения мозга:
- а) сотрясение и ушиб мозга;
- б) сотрясение, ушиб и сдавление мозга;
- в) сотрясение, ушиб и диффузное аксональное повреждение;
- г) сотрясение, ушиб, сдавление мозга и диффузное аксональное повреждение.
126. Эпидуральная гематома располагается и формируется:
- а) между костью и твердой мозговой оболочкой;
- б) между твердой и паутинным листком мягкой мозговой оболочек;
- в) внутри полушария большого мозга;
- г) между листками мягкой мозговой оболочки.
127. Субдуральная гематома формируется и располагается:
- а) между костью и твердой мозговой оболочкой;
- б) между твердой и паутинным листком мягкой мозговой оболочек;
- в) внутри полушария большого мозга;
- г) между листками мягкой мозговой оболочки.
128. По клинической картинке поражения периферических нервов различают следующие формы:
- а) сотрясение, ушиб и сдавление;
- б) сотрясение, ушиб, сдавление и растяжение;
- в) сотрясение, ушиб, сдавление, растяжение и частичный перерыв нерва;
- г) сотрясение, ушиб, сдавление, растяжение, частичный перерыв и полный перерыв нерва;
129. По форме повреждения периферических нервов выделяют:
- а) полный перерыв и частичный перерыв;
- б) перерыв, размозжение, сдавление и сдавление с разрывом;
- в) внутристволовая неврома и отечность на уровне повреждения нерва;
- г) полный перерыв, частичный перерыв и внутристволовая неврома.
130. Для какой формы повреждения периферического нерва в остром периоде характерны двигательные, чувствительные и вегетативные расстройства в зоне иннервации пораженного нерва ниже места его повреждения:
- а) сотрясение; б) ушиб;

в) внутривисцеральная неврома; г) полный перерыв нерва.

131. При полном анатомическом перерыве на уровне грудного отдела спинного мозга клиническая картина проявляется следующим симптомокомплексом:

- а) центральная параплегия, параанестезия всех видов чувствительности и нарушения функций тазовых органов;
- б) периферическая параплегия, параанестезия всех видов чувствительности и нарушения функций тазовых органов;
- в) центральная тетраплегия, тетраанестезия всех видов чувствительности и нарушения функций тазовых органов;
- г) периферическая тетраплегия, тетраанестезия всех видов чувствительности и нарушения функций тазовых органов.

132. Клинические проявления в виде –

- кратковременного выключения сознания (несколько секунд- несколько минут);
- головной боли, головокружения, шума в ушах и общей слабости;
- вегетативных расстройств (гипергидроз, гиперемия лица и др.);
- рассеянной неврологической симптоматикой (нистагм, негрубая сухожильная анизорефлексия, шаткость в позе усложненного Ромберга и др.)

характерны для следующей формы черепно-мозговой травмы:

- а) сотрясение головного мозга;
- б) ушибы головного мозга;
- в) сдавления головного мозга;
- г) диффузного аксонального повреждения.

133. Малый эпилептический припадок (простой абсанс) проявляется:

- а) отключением (на 50-60 сек.) сознания и обездвижимостью;
- б) отключением (на 30-40сек.) сознания и обездвижимостью;
- в) кратковременным отключением (на 15-20сек.) сознания и обездвижимостью;
- г) кратковременным отключением (на 5-10сек.) сознания и обездвижимостью;

134. При случайном или намеренном отравлении какими токсическими веществами или наркотическими препаратами развивается следующая клиническая картина –

- коматозное состояние;
- сужение зрачков (миоз) и вялая их реакция на свет;
- угнетение дыхания;
- повышение мышечного тонуса;
- гиперемия покровных тканей;
- иногда тонические или клонические судороги:

- а) ртутью;
- б) мышьяком;
- в) препаратами опия;
- г) окисью углерода (угарным газом).

135. Для клинической картины какого заболевания характерна следующая триада –

- помрачение и спутанность сознания;
- выраженный тремор;
- иллюзии, яркие зрительные и слуховые галлюцинации:

- а) корсаковский психоз;
- б) белая горячка (алкогольный делирий);
- в) обсессивно-фобический невроз;
- г) бешенство.

136. Воспаление мягкой мозговой оболочки именуются (с учетом его научного обоснования) как:

- а) арахноидит; в) лептоменингит;
- б) пахименингит; г) менингит.

137. При какой нозологической форме заболевания у детей раннего детского возраста первыми клиническими проявлениями являются –

- микроцефалия;
- задержка общего и интеллектуального развития;
- повышенный мышечный тонус;
- отложения кальция в базальных ядрах:

а) нейро - СПИД;

б) нейросифилис;

в) нейрохламидиоз

г) токсоплазмоз.

138. Системное недоразвитие речи, возникающее в результате поражения корковых речевых зон в доречевом периоде именуется как:

а) дислалия;

б) алалия;

в) афазия;

г) дизартрия.

139. Характерной особенностью церебростенического синдрома после черепно-мозговой травмы является:

- а) нарушение произвольных движений;
- б) нарушение координации;
- в) нарушение интеллектуальной деятельности;
- г) нарушение сна.

140. Комплексная реабилитация включает в себя следующие виды:

- а) медицинская и социальная;
- б) медицинская, социальная и психологическая;
- в) медицинская, социальная психологическая и юридическая;
- г) медицинская, социальная психолого-педагогическая и профессиональная.

ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ (заочная форма обучения)

Вариант 1

- 1. Анатомо-функциональные особенности мозговых оболочек.
- 2. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз и профилактика рассеянного склероза.

Вариант 2

- 1. Периферическая нервная система.
- 2. Характеристика нозологических форм болезней с преимущественным поражением пирамидных путей.

Вариант 3

- 1. Строение и функции вегетативной нервной системы.
- 2. Характеристика отдельных нозологических форм болезней с преимущественным поражением мозжечка и его связей.

Вариант 4

- 1. Особенности строения и функционирования лимбико-ретикулярного комплекса.
- 2. Характеристика симптомокомплексов, выявляющихся при отдельных нозологических формах болезней с преимущественным поражением экстрапирамидной системы.

Вариант 5

- 1. Особенности строения и функционирования структур ствола мозга.
- 2. Особенности и синдромов поражений стриопаллидарной системы.

Вариант 6

- 1. Клинические проявления поражения проекционных полей коры больших полушарий.
- 2. Роль дефектолога в процессе психолого-педагогической реабилитации детей с ДЦП

Вариант 7

- 1. Клинические проявления поражения ассоциативных полей коры больших полушарий.
- 2. Аномалии развития нервной системы (общие положения нервной системы, факторы риска, классификация).

Вариант 8

- 1. Функциональная асимметрия полушарий большого мозга.
- 2. Хромосомные синдромы (клиническая картина одного из синдромов, по выбору студента).

Вариант 9

- 1. Оболочки головного и спинного мозга.
- 2. Микроцефалия и гидроцефалия (этиология, патогенез, клиническая картина).

Вариант 10

- 1. Вегетативная нервная система (строение и функции).

2. Наследственно-дегенеративная заболевания нервной системы (общие положения, факторы риска, классификация).

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

В ходе освоения дисциплины в рамках текущего контроля предусмотрены следующие формы отчетности: подготовка конспектов, выполнение тестирования, а также подготовка презентаций.

Работа над **конспектами** включает в себя следующие этапы:

Во-первых, предварительное знакомство с содержанием материала. Цель: охватить содержание анализируемого материала или его части в целом.

Во-вторых, углубленное чтение, в процессе которого усваиваются основные положения и главные мысли, анализирует факты, доказательства, выводы.

В-третьих, составление плана прочитанного.

В-четвертых, собственно составление конспектов.

Лучшим вариантом чтения является чтение с «проработкой» содержания читаемого. Нужно взять себе за правило в процессе чтения ничего не оставлять неясным. Для выяснения всех встречающихся неясностей надо пользоваться справочной литературой и консультациями преподавателей.

Запись прочитанного побуждает к глубокому обдумыванию, она помогает лучше закрепить материал в памяти.

Составление конспекта - один из важнейших видов самостоятельной работы студентов. Правильно составленный конспект свидетельствует о высоком уровне понимания прочитанного. Конспект представляет собой краткий пересказ своими словами содержания прочитанного и осмысленного материала. Следует стремиться по возможности все записывать своими словами, так как записанная своими словами мысль уже переработана в сознании читающего и сформулирована им.

Различают два вида конспекта - простой и сложный. Простой конспект представляет собой сплошную запись без особого анализа и оценки текста. Составление сложного конспекта требует более высокого умения работы с материалом. Здесь необходимы навыки расчленения текста, критического рассмотрения и обобщения прочитанного. Сложный конспект включает несколько видов записей: план, тезисы, цитаты. Выводы даются по каждому разделу отдельно и по теме в целом. Нередко конспект составляется по нескольким источникам. Такой конспект называется сводным. При его составлении необходимо соблюдать следующую последовательность в работе над источниками: ознакомиться с планом практического или семинарского занятия, наметить последовательность изучения источников; составить рабочую запись каждого из источников в отдельности. В рабочих записях нужно отметить, к каким пунктам плана относятся те или иные части конспектированной книги, по отдельным пунктам плана надо объединить материалы из отдельных рабочих записей в один сводный конспект.

Конспект должен быть выполнен в указанные сроки и может содержать не только текстовое оформление, но и иллюстративное. Оформление конспекта должно соответствовать необходимым требованиям по оформлению: должно быть полностью представлено название конспектируемой работы или её части с указанием и названия части и названия источника; конспект должен представлять собой краткое содержание источника с выделением (цветом, подчёркиванием – на выбор) основных теоретических вопросов; если необходимо подтверждение примерами, включаются и они. В конце работы обязательно должен быть представлен список медиа-ресурсов (если использовались таковые), указаны источники иллюстраций. При защите конспекта, необходимо свободно ориентироваться в содержании конспекта, уметь давать полные и развернутые ответы на вопросы по материалам, делать необходимые выводы, устанавливать ключевые

закономерности.

Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией.

Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд автоматически в отличие от текстового документа. Бесспорным достоинством презентации является возможность при необходимости быстро вернуться к любому из ранее просмотренных слайдов или буквально на ходу изменить последовательность изложения материала. Презентация помогает самому выступающему не забыть главное и точнее расставить акценты. Структура презентации. Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти. Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации. Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект. Перед созданием презентации необходимо четко определиться с целью, создаваемой презентации, построить вступление и сформулировать заключение, придерживаясь основных этапов и рекомендуемых принципов ее создания.

Основные этапы работы над компьютерной презентацией:

1. Спланируйте общий вид презентации по выбранной теме, опираясь на собственные разработки и рекомендации преподавателя.
2. Распределите материал по слайдам.
3. Отредактируйте и оформите слайды.
4. Задайте единообразный анимационный эффект для демонстрации презентации.
5. Распечатайте презентацию.
6. Прогоните готовый вариант перед демонстрацией с целью выявления ошибок.
7. Доработайте презентацию, если возникла необходимость.

Промежуточная аттестация по очной и заочной формам обучения проводится в форме экзамена. Экзамен проходит в форме устного собеседования по вопросам в экзаменационном билете. В каждом экзаменационном билете по два теоретических вопроса.

Шкала оценивания ответа на экзамене

20-30 баллов: студент быстро и самостоятельно готовится к ответу; при ответе полностью раскрывает сущность поставленного вопроса; способен проиллюстрировать свой ответ конкретными примерами; демонстрирует понимание проблемы и высокий уровень ориентировки в ней; формулирует свой ответ самостоятельно, используя лист с письменным вариантом ответа лишь как опору, структурирующую ход рассуждения.

15-19 баллов: студент самостоятельно готовится к ответу; при ответе раскрывает основную сущность поставленного вопроса; демонстрирует понимание проблемы и достаточный уровень ориентировки в ней, при этом затрудняется в приведении конкретных примеров.

5-14 баллов: студент готовится к ответу, прибегая к некоторой помощи; при ответе не в полном объеме раскрывает сущность поставленного вопроса, однако, при этом, демонстрирует понимание проблемы.

0-4 балла: студент испытывает выраженные затруднения при подготовке к ответу, пытается воспользоваться недопустимыми видами помощи; при ответе не раскрывает сущность поставленного вопроса; не ориентируется в рассматриваемой проблеме; оказываемая стимулирующая помощь и задаваемые уточняющие вопросы не способствуют более продуктивному ответу студента.

Итоговая шкала оценивания результатов освоения дисциплины (экзамен)

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Количество баллов	Оценка по традиционной шкале
81-100	Отлично
61-80	Хорошо
41-60	Удовлетворительно
0-40	Неудовлетворительно

Контрольная работа по дисциплине для студентов заочной формы обучения является обязательным компонентом обучения. Контрольная работа должна быть представлена на кафедру не менее, чем за 10 дней до экзамена. Выбор варианта контрольной работы осуществляется по последней цифре в зачётной книжке, либо согласно указанию преподавателя. Оформление работы должно соответствовать требованиям, предъявляемым к контрольным работам в МГОУ и включать следующие компоненты:

- титульный лист должен быть оформлен в соответствии с требованиями кафедры и деканата факультета специальной педагогики и психологии (образец представляется кафедрой на стенде);

- содержание контрольной работы должно быть представлено на втором листе контрольной работы и включать указание варианта и весь перечень вопросов контрольной работы;

- основная часть работы должна включать в себя необходимый для полного ответа объём информации; ответ на вопрос должен начинаться с формулировки вопроса (дублирование содержания перед каждым вопросом); ответы на вопросы должны включать все необходимые элементы и раскрывать суть вопроса;

- список литературы и/или электронных источников – обязательный элемент контрольной работы (правильность оформления списка используемых источников – также является компонентом проверки формируемых компетенций и учитывается при оценивании работы); список должен быть оформлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003.

Промежуточная аттестация по заочной форме обучения проводится в форме защиты контрольной работы. Контрольная работа выполняется письменно.

Шкала оценивания контрольной работы

81-100 баллов – содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.

61-80 баллов – изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное

умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.

41-60 баллов – студент показал неуверенное владение материалом, материал не структурирован, отсутствуют основные разделы контрольной работы.

0-40 баллов – работа выполнена крайне небрежно, вопросы не раскрыты.

Итоговая шкала оценивания результатов освоения дисциплины (контрольная работа)

Количество баллов	Оценка по традиционной шкале
81-100	Зачтено
61-80	Зачтено
41-60	Зачтено
0-40	Не зачтено