



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Актуальные вопросы эпилептологии»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	д.м.н., профессор,	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии
Р.А. Зорин	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры неврологии и нейрохирургии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.М. Лапкин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой нормальной физиологии с курсом психофизиологии
Д.С. Петров	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1.. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

1. В определении эпилептического приступа основным компонентом является

- а) связь клинических проявлений с развитием гиперсинхронного/избыточного нейронального разряда в головном мозге
- б) связь клинических проявлений с развитием острой сосудистой недостаточности
- в) наличием патологических изменений в области задней черепной ямки
- г) связь клинических проявлений с острой интоксикацией

а

2. В определении эпилепсии основным является:

- а) наличие одного спровоцированного приступа
- б) наличие двух и более непровоцированных приступов
- в) наличие клинического эффекта при назначении антиконвульсантов
- г) наличием выраженных нейропсихологических нарушений у пациента

б

3. Не выделяют следующие типы эпилепсии по локализации

- а) фокальные лобные
- б) фокальные височные
- в) фокальные затылочные
- г) фокальные подкорковые

г

4. К фокальным приступам не относятся

- б) моторные
- в) сенсорные
- г) когнитивные
- д) абсансы

д

5. К эпилептиформным паттернам на ЭЭГ относятся

- а) ритм с частотой 8-12 в затылочных отведениях в расслабленном бодрствовании
- б) пик-волновая активность билатерально-синхронно 3-4 Гц
- в) медленно-волновая активность более 50% записи в 4 стадии сна
- г) снижение амплитуды и индекса альфа-колебаний при открывании глаз

б

6. ЭЭГ-паттерном типичного абсанса является

- а) региональное замедление основного ритма в затылочных отведениях
- б) региональная остро-медленноволновая активность в правой височной доле
- в) пик-волновая активность 3-4 колебания в секунду билатерально-синхронно
- г) доброкачественные эпилептиформные паттерны детства в центральных отведениях

в

7. К высоко эпилептогенным субстратам по данным магнитно-резонансной томографии относят:

- а) фокальная кортикальная дисплазия
- б) ретроцеребеллярная киста

- в) объёмные образования мостомозжечкового угла
- г) внутренняя гидроцефалия

а

8. К фокальным эпилепсиям относится
- а) детская абсансная эпилепсия
 - б) юношеская миоклоническая эпилепсия
 - в) детская эпилепсия с центрo-темпоральными спайками
 - г) юношеская абсансная эпилепсия

в

9. К генерализованным эпилепсиям относится
- а) эпилептический синдром Гасто
 - б) роландическая эпилепсия
 - в) эпилептический синдром Панайотопулос
 - г) детская абсансная эпилепсия

г

10. Препаратом, влияющим на AMPA рецепторы, является
- а) карбамазепин
 - б) вальпроевая кислота
 - в) перампанел
 - г) лакосамид

в

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования и для контрольных работ

1. Определение понятия эпилептический приступ, острый симптоматический приступ, эпилепсия (концептуальное и рабочее определение).
2. Классификация эпилептических приступов (МПЭЛ, 2017; предыдущие версии классификации).
3. Понятие о фокальных эпилептических приступах. Классификация фокальных эпилептических приступов
4. Понятие о генерализованных приступах (приступы с генерализованным началом). Классификация приступов с генерализованным началом.
5. Понятие о неэпилептических приступах. Виды неэпилептических приступов.
6. Неэпилептические приступы: синкопальные эпизоды, панические атаки.
7. Характеристика различных типов фокальных эпилептических приступов: фокальные моторные приступы без нарушения сознания, фокальные немоторные приступы; фокальные приступы с нарушением сознания и автоматизмами.
8. Характеристика различных типов генерализованных эпилептических приступов: тонико-клонические, миоклонические, атонические, миатонические, эпилептические спазмы, абсансы.
9. Локализационные и латерализационные знаки при описании эпилептических приступов.

10. Клиническая электроэнцефалография. Общие представления о методе. Варианты монтажных схем и их значение.
11. Характеристика ЭЭГ паттернов по локализации: региональная, мультирегиональная, латерализованная, генерализованная (билатерально-синхронная).
12. Характеристика эпилептиформных паттернов ЭЭГ: спайки, острые волны, комбинация спайк-медленная волна, острая-медленная волна, доброкачественные эпилептиформные паттерны детства.
13. Клинико-электроэнцефалографическая характеристика абсансов, генерализованных миоклонических приступов, фокальных приступов. Понятие о гипсаритмии.
14. Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике эпилепсии. Общая характеристика метода.
15. Понятие об эпилептогенных структурных изменениях при проведении магнитно-резонансной томографии.
16. Роль лабораторных (биохимических, иммунологических, молекулярно-генетических исследований) методов в диагностике эпилепсии.
17. Понятие о фокальных эпилепсиях. Характеристика височно-долевых приступов.
18. Характеристика лобно-долевых приступов.
19. Характеристика теменно-долевых, затылочно-долевых приступов.
20. Структурные фокальные эпилепсии: височная и лобная эпилепсия.
21. Генетические фокальные эпилепсии: доброкачественная эпилепсия детского возраста с центрально-темпоральными спайками; генетические затылочные эпилепсии.
22. Иммунные формы эпилепсии: энцефалит Расмуссена-Кожевникова, лимбический энцефалит, энцефалит с антителами к NMDA рецепторами.
23. Генерализованные эпилепсии. Генетические генерализованные эпилепсии: детская абсансная эпилепсия, юношеская абсансная эпилепсия, юношеская миоклоническая эпилепсия.
24. Понятие эпилептической энцефалопатии: синдром Веста, синдром Леннокса-Гасто.
25. Фармакотерапия эпилепсии. Принципы лечения. Характеристика основных групп препаратов.
26. Фармакотерапия фокальных эпилепсий.
27. Фармакотерапия генерализованных эпилепсий: лечение абсансной эпилепсии, юношеской миоклонической эпилепсии.
28. Оперативное лечение эпилепсии. Основные принципы; виды операций.
29. Понятие о кетогенной диете. Паллиативные операции в лечении эпилепсии (стимуляция блуждающего нерва, BDS).
30. Эпилептический статус. Определение. Диагностика и лечение.

Критерии оценки при собеседовании:

Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

<p>ЗАДАЧА 1</p> <p>Пациент С., 20 в течение последних 5 лет возникают приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение несколько секунд и прекращаются самопроизвольно или же после них наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и недержание мочи. Приступ продолжается в течение нескольких минут, после приступа обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной не помнит. Приступы участились за последнее время до одного в месяц. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. МРТ головного мозга: гиперинтенсивный сигнал в медиальных отделах правой височной доли, уплощение правого гиппокампа, расширение нижнего рога правого бокового желудочка. ЭЭГ: регистрируется «остро-медленноволновая активность» в левой височной области. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.</p>	<p>Ответ: фокальные сенсорные эпилептические приступы, фокальные приступы с переходом в билатеральные тонико-клонические приступы.</p> <p>Клинический диагноз: фокальная височная эпилепсия (склероз правого гиппокампа).</p>
<p>ЗАДАЧА 2</p> <p>Пациентка Н., 17 лет. С 15 лет по утрам, особенно после недостаточного сна отмечает вздрагивания в руках вследствие чего роняет предметы из рук; возникает внезапное ощущение «подгибания» ног из-за чего приседает, не падает. В 15 лет утром после пробуждения возник приступ расстройства сознания с судорогами; подобные приступы повторились через полгода, через год. Был назначен финлепсин, вследствие чего утренние вздрагивания и приступы потери сознания с</p>	<p>Ответ: генерализованные миоклонические приступы.</p> <p>Клинический диагноз: юношеская миоклоническая эпилепсия.</p>

<p>судорогами участились. Объективно: очаговых неврологических расстройств не выявлено. МРТ головного мозга: органических изменений головного мозга не выявлено. ЭЭГ: единичные и множественные пики в лобных отведениях билатерально-синхронно. Описать неврологические синдромы, установить клинический диагноз.</p>	
<p>ЗАДАЧА 3</p> <p>Пациент М., 50 лет, год назад перенес операцию по поводу центрального рака легкого. В течение двух месяцев отмечает приступы клонических судорог в правой кисти длительностью несколько минут без утраты сознания. В течении последней недели в момент приступов отмечает расстройство речи - не может произносить слова, однако, понимает обращенную речь. При неврологическом осмотре отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. МРТ головного мозга: объёмное образование в левой лобной доле с выраженным перифокальным отёком. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз и клинический диагноз.</p>	<p>Ответ: фокальные когнитивные (дисфазические) приступы, фокальные моторные клонические приступы, центральный рефлекторный правосторонний гемипарез.</p> <p>Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли.</p> <p>Клинический диагноз: Вторичное метастатическое поражение головного мозга (левой лобной доли). Острые симптоматические приступы.</p>

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 8 семестре – зачёт.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут. Билет состоит из 3 вопросов. Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины «Актуальные вопросы эпилептологии»

ПК-2

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Определение понятия эпилептический приступ, острый симптоматический приступ, эпилепсия (концептуальное и рабочее определение).
2. Классификация эпилептических приступов (МПЭЛ, 2017; предыдущие версии классификации).
3. Понятие о фокальных эпилептических приступах. Классификация фокальных эпилептических приступов
4. Понятие о генерализованных приступах (приступы с генерализованным началом). Классификация приступов с генерализованным началом.
5. Понятие о неэпилептических приступах. Виды неэпилептических приступов.
6. Неэпилептические приступы: синкопальные эпизоды, панические атаки.
7. Характеристика различных типов фокальных эпилептических приступов: фокальные моторные приступы без нарушения сознания, фокальные немоторные приступы; фокальные приступы с нарушением сознания и автоматизмами.
8. Характеристика различных типов генерализованных эпилептических приступов: тонико-клонические, миоклонические, атонические, миатонические, эпилептические спазмы, абсансы.
9. Локализационные и латерализационные знаки при описании эпилептических приступов.
10. Клиническая электроэнцефалография. Общие представления о методе. Варианты монтажных схем и их значение.
11. Характеристика ЭЭГ паттернов по локализации: региональная, мультирегиональная, латерализованная, генерализованная (билатерально-синхронная).

12. Характеристика эпилептиформных паттернов ЭЭГ: спайки, острые волны, комбинация спайк-медленная волна, острая-медленная волна, доброкачественные эпилептиформные паттерны детства.
13. Клинико-электроэнцефалографическая характеристика абсансов, генерализованных миоклонических приступов, фокальных приступов. Понятие о гипсаритмии.
14. Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике эпилепсии. Общая характеристика метода.
15. Понятие об эпилептогенных структурных изменениях при проведении магнитно-резонансной томографии.
16. Роль лабораторных (биохимических, иммунологических, молекулярно-генетических исследований) методов в диагностике эпилепсии.
17. Понятие о фокальных эпилепсиях. Характеристика височно-долевых приступов.
18. Характеристика лобно-долевых приступов.
19. Характеристика теменно-долевых, затылочно-долевых приступов.
20. Структурные фокальные эпилепсии: височная и лобная эпилепсия.
21. Генетические фокальные эпилепсии: доброкачественная эпилепсия детского возраста с центрально-темпоральными спайками; генетические затылочные эпилепсии.
22. Иммунные формы эпилепсии: энцефалит Расмуссена-Кожевникова, лимбический энцефалит, энцефалит с антителами к NMDA рецепторами.
23. Генерализованные эпилепсии. Генетические генерализованные эпилепсии: детская абсансная эпилепсия, юношеская абсансная эпилепсия, юношеская миоклоническая эпилепсия.
24. Понятие эпилептической энцефалопатии: синдром Веста, синдром Леннокса-Гастро.
25. Фармакотерапия эпилепсии. Принципы лечения. Характеристика основных групп препаратов.
26. Фармакотерапия фокальных эпилепсий.
27. Фармакотерапия генерализованных эпилепсий: лечение абсансной эпилепсии, юношеской миоклонической эпилепсии.
28. Оперативное лечение эпилепсии. Основные принципы; виды операций.
29. Понятие о кетогенной диете. Паллиативные операции в лечении эпилепсии (стимуляция блуждающего нерва, BDS).
30. Эпилептический статус. Определение. Диагностика и лечение.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

ЗАДАЧА 1

Пациент С., 20 в течение последних 5 лет возникают приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение несколько секунд и прекращаются самопроизвольно или же после них наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и недержание мочи. Приступ продолжается в течение нескольких минут, после приступа обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной не помнит. Приступы участились за последнее время до одного в месяц. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. МРТ головного мозга: гиперинтенсивный сигнал в медиальных отделах правой височной доли, уплощение правого гиппокампа, расширение нижнего рога правого бокового желудочка. ЭЭГ: регистрируется «остро-медленноволновая активность» в левой височной области. Описать неврологические синдромы. Установить клинический диагноз.

ЗАДАЧА 2

Пациентка Н., 17 лет. С 15 лет по утрам, особенно после недостаточного сна отмечает

вздрагивания в руках вследствие чего роняет предметы из рук; возникает внезапное ощущение «подгибания» ног из-за чего приседает, не падает. В 15 лет утром после пробуждения возник приступ расстройства сознания с судорогами; подобные приступы повторились через полгода, через год. Был назначен финлепсин, вследствие чего утренние вздрагивания и приступы потери сознания с судорогами участились. Объективно: очаговых неврологических расстройств не выявлено. МРТ головного мозга: органических изменений головного мозга не выявлено. ЭЭГ: единичные и множественные пики в лобных отведениях билатерально-синхронно. Описать неврологические синдромы, установить клинический диагноз.

ЗАДАЧА 3

Пациент М., 50 лет, год назад перенес операцию по поводу центрального рака легкого. В течение двух месяцев отмечает приступы клонических судорог в правой кисти длительностью несколько минут без утраты сознания. В течении последней недели в момент приступов отмечает расстройство речи - не может произносить слова, однако, понимает обращенную речь. При неврологическом осмотре отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. МРТ головного мозга: объёмное образование в левой лобной доле с выраженным перифокальным отёком. Описать клинические синдромы. Установить топический диагноз и клинический диагноз.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Предложен набор электроэнцефалограмм, данных МРТ (нейровизуализации), данных молекулярно-генетического тестирования у пациента.