

Электронная цифровая подпись



Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «НЕВРОЛОГИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

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

п/п	№ Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Общая неврология (пропедевтика нервных болезней)	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
2	Частная неврология	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
3	Сосудистые заболевания нервной системы. Острые нарушения мозгового кровообращения	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
4	Опухоли головного мозга и спинного мозга.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
5	Методы исследования в неврологии.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплине;
- написание рефератов, (презентаций), эссе;
- решения ситуационных задач;
- курация больного/ разбор тематического больного
- разбор истории болезни.

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 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.

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема №1. Общая неврология

1. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

1. анальгетиков
2. спазмолитиков
3. антидепрессантов
4. антиконвульсантов

2. Синдром компрессии корешка L₅ проявляется:

1. болью по внутренней поверхности голени и бедра
2. слабостью разгибателей I пальца стопы
3. снижением ахиллова рефлекса
4. снижением коленного рефлекса

3. Синдром компрессии корешка S₁ проявляется:

1. снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы
2. снижением коленного рефлекса
3. выпадением ахиллова рефлекса
4. нарушением отведения бедра

4. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. острое начало заболевания с повышением температуры
2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом
3. изменения спинномозговой жидкости
4. признаки застоя на глазном дне

5. Серьезный менингит может быть вызван следующими бактериями:

1. пневмококком
2. микобактерией туберкулеза
3. стафилококком
4. кишечной палочкой

6. Клиническую картину остроголимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность:

1. высокой лихорадки
2. менингеального синдрома
3. гипертензионного синдрома
4. нарушения сознания

7. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются:

1. пролиферация мезоглии в белом веществе
2. очаги ишемии в головном мозге
3. распад миелина
4. периваскулярный отек

8. Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением:

1. сетчатой оболочки
2. зрительного нерва
3. лучистого венца Гратиоле в затылочной доле
4. коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

9. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является:

1. массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
2. хирургическое удаление абсцесса
3. промывание полости абсцесса диоксидином
4. промывание полости абсцесса антибиотиками

10. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

1. гомонимной гемианопсии
2. битемпоральной гемианопсии
3. биназальной гемианопсии
4. центрального сужения полей зрения

Эталон ответов:

№ вопроса	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
№ ответа	4	3	3	3	5	4	5	2	4	1

Тема № 2. Частная неврология.

1. Абсцессы риногенного происхождения обычно локализуются в:

- 1) Лобной доле
- 2) Височной доле
- 3) Затылочной доле
- 4) Теменной доле
- 5) Мозжечке

2. Наиболее информативна в диагностике абсцессов мозга:

- 1) Компьютерная томография
- 2) Магнитно-резонансная томография
- 3) Пневмоэнцефалография
- 4) Ангиография
- 5) Эхоэнцефалоскопия

3. В клинике внутричерепной гематомы наиболее важный симптом:

- 1) Потеря сознания
- 2) Наличие светлого промежутка
- 3) Перелом костей черепа
- 4) Двигательные нарушения
- 5) Зрительные нарушения

4. Сифилитический менингит поражает оболочки преимущественно:

- 1) Головного и спинного мозга
- 2) Базальной поверхности головного мозга
- 3) Базальной и конвексимальной поверхности головного мозга
- 4) Спинного мозга

5. Для ишемического инсульта характерно:

- 1) Молниеносное начало с потерей сознания
- 2) Коматозное состояние
- 3) Горметонический синдром
- 4) Предшествующие преходящие нарушения, «мерцание» симптомов
- 5) Синдром вегетативной ирритации

6. При преходящем нарушении мозгового кровообращения продолжительность симптомов составляет:

- 1) До суток
- 2) До 3-х суток
- 3) До 5 суток
- 4) До 10 суток
- 5) Месяц

7. Что не характерно для генерализованного тонико-клонического эпилептического припадка:

- 1) Внезапное начало
- 2) Потеря сознания
- 3) Судороги охватывают всю скелетную мускулатуру
- 4) Зрачки узкие
- 5) Припадок заканчивается глубоким сном или оглушением

8. Для какой локализации опухоли наиболее характерен эпилептический синдром:

- 1) Субтенториальная
- 2) Супратенториальная
- 3) Оптико-хиазмальная
- 4) Мостомозжечкового угла
- 5) Базальной локализации

9. Препаратом выбора для длительной терапии тригеминальной невралгии является:

- 1) Омнопон
- 2) Анальгин
- 3) Финлепсин
- 4) Седуксен
- 5) Баралгин

10. Какой препарат не применяется в лечении менингококкового менингита:

- 1) Пенициллин
- 2) Левомецетина сукцинат
- 3) Фурадонин
- 4) Аспирин
- 5) Маннитол

Эталон ответов:

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
№ ответа	1	2	4	4	2	1	4	3	2	5

Тема 3.

Сосудистые заболевания нервной системы. Острые нарушения мозгового кровообращения

1. Масса головного мозга новорожденного к массе теласоставляет:

1. 1/12

2. 1/8

3. 1/6

2. Какие функциональные центры локализируются в лобной доле?

1. Сенсорный центр речи
2. Центр поворота головы и глаз в противоположную сторону
3. Двигательный анализатор
4. Центр общих видов чувствительности
5. Моторный центр речи
6. Центр письма
7. Центр праксиса
8. Психические

3. Какие функциональные центры локализируются в теменной доле?

1. Двигательный анализатор
2. Центры сложных видов чувствительности
3. Сенсорный центр речи
4. Центр общих видов чувствительности
5. Центр чтения
6. Центр письма
7. Центр праксиса
8. Центр счета

4. Какие функциональные центры локализируются в височной доле?

1. Центр вкуса
2. Центры сложных видов чувствительности
3. Сенсорный центр речи
4. Центр общих видов чувствительности
5. Моторный центр речи
6. Центр слуха
7. Центр праксиса
8. Центр обоняния

5. Какие функциональные центры локализируются в затылочной доле?

1. Центры сложных видов чувствительности
2. Центр зрительного анализатора
3. Сенсорный центр речи
4. Центр общих видов чувствительности
5. Центр распознавания зрительных образов

6. Перечислите клинические признаки поражения лобной доли:

1. Сенсорная афазия
2. Лобная психика
3. Гемипарезия
4. Центральная гемиплегия
5. Насильственный поворот головы глаз в противоположную сторону
6. Аграфия
7. Гемипарезия

8. Моторная афазия 9 Апраксия
7. **Перечислите клинические признаки поражения теменной доли:**
 1. Сенсорная афазия
 2. Нарушение сложных видов чувствительности
 3. Гемиянестезия
 4. Центральная гемиплегия
 5. Акалькулия
 6. Аграфия
 7. Алексия
 8. Апраксия
8. **Перечислите клинические признаки поражения височной доли:**
 1. Сенсорная афазия
 2. Гемиянопия
 3. Гемиянестезия
 4. Нарушение слуха
 5. Нарушения вкуса
 6. Аграфия
 7. Нарушение обоняния
 8. Моторная афазия
9. **Перечислите клинические признаки поражения затылочной доли:**
 1. Гетеронимная гемиянопия
 2. Нарушение сложных видов чувствительности
 3. Гемиянестезия
 4. Метаморфопсии
 5. Фотомы
 6. Зрительная агнозия
 7. Алексия
 8. Гомонимная гемиянопия
10. **Перечислите клинические признаки поражения передней центральной извилины:**
 1. Центральный контралатеральный гемипарез
 2. Джексоновская сенсорная эпилепсия
 3. Контралатеральная гемиянестезия
 4. Центральный гомолатеральный гемипарез
 5. Центральный парез мышц языка и лица
 6. Джексоновская моторная эпилепсия
 7. Моторная афазия

Эталон ответов

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
№ ответа	1	2	2	2	3	2	1	3	5	5

Тема 4. Опухоли головного мозга и спинного мозга.

1. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага

1. в переднем адверсивном поле справа
2. в верхнем отделе задней центральной извилины справа
3. в нижнем отделе передней центральной извилины справа
4. в верхнем отделе передней центральной извилины справа

2. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:

1. в верхних отделах передней центральной извилины слева
2. в нижних отделах передней центральной извилины слева
3. в заднем бедре внутренней капсулы
4. в среднем отделе передней центральной извилины справа

3. Алексия наблюдается при поражении:

1. верхней лобной извилины
2. парагиппокампальной извилины
3. таламуса
4. угловой извилины

4. В состав моста ствола мозга входят:

1. красные ядра
2. ядра блокового нерва
3. ядра глазодвигательного нерва
4. ядра отводящего нерва

5. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:

1. бледного шара
2. хвостатого ядра
3. красного ядра
4. таламуса

6. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

1. вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
2. спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
3. нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
4. спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов

7. Астереогноз возникает при поражении:

1. язычной извилины теменной доли
2. верхней височной извилины
3. нижней лобной извилины
4. верхней теменной доли

8. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга:

1. C₃-C₄
2. C₅-C₆
3. C₇-C₈
4. C₈-T₁

9. Больной со зрительной агнозией:

1. плохо видит окружающие предметы, но узнает их
2. видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
3. не видит предметы по периферии полей зрения
4. видит предметы, но не узнает их

10. Больной с моторной афазией:

1. понимает обращенную речь, но не может говорить
2. не понимает обращенную речь и не может говорить
3. может говорить, но не понимает обращенную речь
4. может говорить, но речь скандированная

Эталон ответов

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
№ ответа	1	2	1	1	3	3	4	1	4	3

Тема 5. Методы исследования в неврологии

1. Для дифференцированной терапии геморрагического инсульта должен использоваться:

- 1) Реополиглюкин
- 2) Папаверин
- 3) Нимотоп
- 4) Ингибиторы АПФ
- 5) Гепарин

2. Что не характерно для невралгии тройничного нерва:

- 1) Боль в зоне пораженной ветви
- 2) Нарушение чувствительности в зоне пораженной ветви
- 3) Рефрактерный период
- 4) Курковая зона
- 5) Провокация приступа жеванием, разговором

3. При переломе основания черепа обязательно назначение:

- 1) Антибиотиков
- 2) Антиконвульсантов
- 3) Жаропонижающих

4) Десенсбилизирующих

5) Гипотензивных

4. Для опухолей головного мозга не характерны:

1) Общемозговые симптомы

2) Локальные симптомы

3) Общеинфекционные симптомы

4) Застойные диски зрительных нервов

5) Генерализованные эпилептические приступы

5. При вторичном серозном менингите в ликворе:

1) Тысячи нейтрофилов

2) Тысячи лимфоцитов

3) Единицы десятки нейтрофилов

4) Десятки-сотни лимфоцитов

5) Десятки-сотни нейтрофилов

6. Наиболее частой причиной развития субарахноидального кровоизлияния является:

1) Гнойный менингит

2) Серозный менингит

3) Разрыв аневризмы сосудов головного мозга

4) Тромбоз

5) Эмболия

7. Препаратом выбора при лечении всех форм впервые выявленной эпилепсии в настоящее время следует признать:

1) Фенобарбитал

2) Седуксен

3) Суксилеп

4) Депакин

5) Гексамидин

8. Какой препарат применяется в лечении туберкулезного менингита:

1) Кефзол

2) Пенициллин

3) Изониазид

4) Сульфодимезин

5) Джозамицин

9. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы:

1) Верхней прямой

2) Наружной прямой

3) Нижней прямой

4) Нижней косой

5) Верхней косой

10. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля):

1) В продолговатом мозге

2) В спинном мозге

3) В ножках мозга

4) В зрительном бугре

5) В мозжечке

Эталон ответов:

№ вопроса	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
№ ответа	4	2	1	1	5	4	3	3	1	2

2.2. Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Общая неврология.

1. Организация произвольного движения. Центральный и периферический двигательный нейрон
2. Афферентные системы. Органы чувств.
3. Экстрапирамидная система и мозжечок.

4. Ствол головного мозга. Черепные нервы. Ретикулярная формация.
5. Высшие корковые и психические функции.
6. Вегетативная нервная система.

Частная неврология.

7. Дополнительные методы исследования в неврологии.
8. Геморрагический инсульт.
9. Ишемический инсульт.
10. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
11. Менингиты.

Сосудистые заболевания нервной системы. Острые нарушения мозгового кровообращения

12. Энцефалиты.
13. Миелиты, менингиомиелиты.
14. Абсцессы головного и спинного мозга.
15. Полиомиелит.
16. Опухоли головного и спинного мозга.

Опухоли головного мозга и спинного мозга.

17. Травматические повреждения головного и спинного мозга.
18. Пароксизмальные состояния и эпилепсия.
19. Неотложные состояния в клинике нервных болезней.
20. Заболевания периферической нервной системы.

Методы исследования в неврологии

21. Неврологические расстройства при остеохондрозе позвоночника.
22. Наследственные нервно-мышечные заболевания.
23. Наследственные заболевания с поражением экстрапирамидной системы.
24. Наследственные заболевания с поражением мозжечка и спинного мозга.
25. Особенности заболеваний нервной системы у лиц старшего возраста

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

2.3. Перечень тематик для написания эссе.

Общая неврология.

1. История неврологии. Современные представления о физиологических рефлексах. Физиологические основы патологических рефлексов и их значение в онтогенезе. Жизнь и работа выдающихся неврологов (на примере Г.И. Россолимо, С.С. Корсакова, Е.В. Шмидта, В.М. Бехтерева и др.). Достижения неврологии на современном этапе.
2. Виды и дифференциальная диагностика параличей
3. Развитие нервной системы в эмбриогенезе, основные критические периоды.
4. Физиологические основы симптомов центрального и периферического параличей
5. Альтернирующие синдромы
6. Невралгия тройничного нерва, особенности течения, этиопатогенез и принципы терапии.
7. Невропатия лицевого нерва, особенности течения, этиопатогенез.
8. Лечение невропатии лицевого нерва.
9. Невралгия тройничного нерва, особенности течения. Этиопатогенез и принципы терапии.
10. Головная боль.

Частная неврология.

11. Нейромедиаторный обмен в ЦНС
12. Нейрофизиологические, нейрохимические, психологические аспекты боли.
13. Невропатия лицевого нерва, особенности течения, этиопатогенез.
14. Лечение невропатии лицевого нерва.
15. Фило- и онтогенез речи.
16. Особенности формирования речи у детей.
17. Паркинсонизм и синдромы паркинсонизма.
18. Вегетативные симптомы при паркинсонизме.
19. Препараты ботулотоксина в лечении гиперкинезов
20. Препараты ботулотоксина в лечении дистонических гиперкинезов.

Сосудистые заболевания нервной системы. Острые нарушения мозгового кровообращения

21. Синдром беспокойных ног.

22. Роль мозжечка в регуляции двигательных функций.
23. Панические атаки, этиология, клиника, лечение.
24. Психофармакотерапия вегетативных расстройств
25. Ритмокардиография как метод неспецифической диагностики сегментарных вегетативных расстройств.
26. Мигрень и обмороки у детей.
27. Нарушения сознания
28. Патофизиологические механизмы отека мозга.
29. Дислокационный синдром и виды вклинений.
30. Лечение внутричерепной гипертензии.
31. Ишемический каскад.

Опухоли головного мозга и спинного мозга.

32. Реабилитация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.
33. Дифференциальный диагноз между комой при геморрагическом инсульте и комами другого происхождения (при сахарном диабете, при уремии, при отравлениях алкоголем, наркотическими веществами).
34. Хирургическое лечение геморрагического инсульта на современном этапе.
35. Инструментальные и лабораторные методы исследования нервной системы
36. Хирургическое лечение субарахноидальных кровоизлияний.
37. Синдром внутричерепной гипертензии при менингитах.
38. Особенности течения менингитов у детей раннего возраста.
39. Туберкулезный менингит у детей.
40. Церебральные осложнения гнойных менингитов.
41. Диспансерное наблюдение и лечение детей, перенесших менингит.
42. Клещевой энцефалит на Урале.

Методы исследования в неврологии

43. Герпетический энцефалит у маленьких детей.
44. Полиомиелит
45. Эпидурит, миелит.
46. Рефлексы новорожденных и их роль в возникновении патологических двигательных стереотипов.
47. Симптомы внутричерепной гипертензии у новорожденных и их объективизация.
48. Субарахноидальные кровоизлияния у новорожденных.
48. Принцип синдромального диагноза у новорожденных.
49. Синдром угнетения. Принцип синдромального диагноза у новорожденных.
50. Натальная кефалогематома по степени тяжести и по этиологии.
51. Почему нужно делать НСГ в роддоме?
52. Родовые травмы нервной системы.
53. Натальные травмы спинного мозга.
54. Последствия гипоксических поражений ЦНС.
55. Детский церебральный паралич. Ранние формы.
56. Гидроцефалия и гидроцефальный синдром
57. Тики у детей.

2.4. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Ситуационная задача 1.

Больной руководитель крупного предприятия, 48 лет. На протяжении последних 3 лет жалуется на головные боли. После напряженного рабочего дня трижды отмечал кратковременное онемение и слабость в левой руке. Накануне развилась интенсивная головная боль, нарушилось зрение на правый глаз и развилось затруднение движений в левой руке и ноге. При осмотре: сознание сохранено, речевых нарушений нет. Пульс напряженный, ритмичный; артериальное давление 180/100 мм рт. ст. слева; 150/90 – справа. Неврологический статус: острота зрения справа 0,2; стеклами не корригируется; глаза зажмуривает хорошо; язык отклоняется влево, атрофий, фибриллярных подергиваний в мышцах языка нет. В левой руке и ноге резко ограничен объем активных движений; тонус мышц слева повышен. Снижены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища, левой руке и ноге. Сухожильные рефлексы слева высокие, брюшные рефлексы слева понижены, симптом Бабинского слева. Менингеальных знаков нет.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Определить топичу патологического процесса.
3. Назначить и обосновать план обследования и лечение

Эталон ответа.

Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга возможно вследствие тромбоза внутренней сонной артерии.

Учитывая развитие оптико-пирамидного синдрома у больного (нарушение зрения на правый глаз и центральный левосторонний гемипарез) необходимо ультразвуковое исследование экстра- и интракраниальных сосудов, с последующей ангиографией

магистральных сосудов головы и шеи для исключения стеноза и окклюзии внутренней сонной артерии

Базисная терапия включает купирование сердечно-сосудистых расстройств, нормализация АД, борьба с отёком мозга.

В лечении ишемического инсульта основными задачами являются восстановление нарушенного кровотока и защита мозга от структурных повреждений (гемоделиция, вазоактивные препараты, антиагрегантная терапия, антикоагулянтная терапия).

Хирургическое лечение показано больным: при стенозе внутренней сонной артерии более 70% (проводится каротидная эндартерэктомия на стороне поражения или черепно-сосудистое шунтирование)

Ситуационная задача 2.

Мальчик 12 лет получил на катке удар шайбой в голову. Кратковременно терял сознание (на 2-3 мин.), была однократная рвота. Через неделю полностью компенсировался, чувствовал себя хорошо. Через 2 недели после травмы появились головные боли, стал вялым, часто ложился в постель. На 18 день после травмы развился припадок: начало припадков с судорог левой руки, распространившихся затем на левую ногу, после чего ребенок потерял сознание, судороги перешли в генерализованные. Длительность припадков 5 минут. После припадков наступил сон. При осмотре: сознание сохранено; вялый, заторможенный, на вопросы отвечает односложно. Болезненность при перкуссии черепа в правой лобно-височной области. Положительный глазолицевой феномен справа. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет сохранена. Несколько ограничена подвижность глазных яблок вверх. Слева сглажена носо-губная складка. Глаза закрывает хорошо. Язык отклоняется влево. Атрофий и фибриллярных подергиваний в мышцах языка нет. Ограничен объем движений в левой кисти. Сила мышц дистальных отделов левой руки – 2 балла, проксимальных – 3 балла. Сила мышц левой ноги – 4 балла. Тонус мышц понижен в дистальных отделах левой руки. Сухожильные рефлексы слева отчетливо оживлены особенно на руке. Брюшные рефлексы слева значительно понижены. Извращенный левый подошвенный рефлекс. Снижена глубокая мышечно-суставная чувствительность в левой кисти.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Выделить патологические синдромы.
3. Поставить топический диагноз.
4. Наметить план обследования и тактику ведения больного.

Эталон ответа.

Тяжелая черепно-мозговая травма. Сдавление головного мозга внутричерепной гематомой.

У больного после «светлого промежутка» развился фокальный сомато-моторный эпилептический припадок слева.

Выраженные общемозговые симптомы, парез глазодвигательного нерва справа, левосторонний центральный гемипарез, больше выраженный в руке, гипестезия слева в руке.

Топический диагноз – Подозрение на внутричерепную (субдуральную) гематому правой лобно-теменной области, симптомы височно-тенториального вклинения.

Срочная госпитализация в травматологическое отделение.

Провести КТ-головного мозга для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Ситуационная задача 3.

Мужчина 34 лет во время физической работы потерял сознание на 10-12 минут, упал. После того, как пришел в сознание отметил слабость в правых конечностях, затруднение речи. Доставлен в стационар через 40 минут. Из анамнеза выяснено, что в юности лечился по поводу ревматизма. При осмотре: кожные покровы бледные. Границы сердца расширены за счет левого желудочка. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Артериальное давление 110/65 мм.рт.ст.,

пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. В сознании, ориентирован. Отмечается затруднение в выговаривании слов. Обращенную речь понимает, инструкции выполняет правильно. Сглажена правая носогубная складка, глаза замуривает хорошо. Язык отклоняется вправо, атрофий и фибриллярных подергиваний в мышцах языка нет. Резко ограничен объем активных движений в правой руке, особенно в кисти. В правой ноге объем активных движений снижен незначительно. Сухожильные рефлексы повышены справа, особенно в руке. Нарушена глубокая чувствительность в пальцах правой руки.

1. Выделить патологические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Наметить план обследования, лечение

Эталон ответа.

Больной в возрасте 34 лет во время физической нагрузки потерял сознание и развился центральный правосторонний гемипарез, гемигипестезия, больше выраженные в руке и моторная афазия.

В анамнезе лечился по поводу ревматизма.

АД-100/60 мм рт.ст.

Предварительный диагноз:

Острое нарушение мозгового кровообращения.

Ишемический (кардиоэмболический) инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева (очаг ишемии в лобно-теменной области коры головного мозга слева)

Лабораторные анализы: УЗДГ, БЦС, ЦДК

- Ультразвуковое исследование экстра и интракраниальных сосудов, включая дуплексное сканирование.

- Компьютерная томография головного мозга.

- Консультация кардиолога.

- Лечение Сосудистая терапия.

(антиоксиданты, антигипоксанты, нейропротективные препараты)

Ситуационная задача 4.

Молодой человек 23 лет жалуется на неустойчивость при ходьбе. Это нарушение появилось на фоне полного здоровья без каких-либо причин. В возрасте 18-19 лет отмечал периодически возникавшую после физических нагрузок (во время службы в армии) кратковременную слабость в ногах. При осмотре: мелкокоразмашистый спонтанный горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны. Сглажена правая носогубная складка, глаза замуривает хорошо. Язык отклоняется вправо, атрофий и фибриллярных подергиваний в мышцах языка нет. При ходьбе широко ставит ноги, на поворотах неустойчив. Объем активных движений полный. Сила мышц в руках 5 баллов, в ногах – 3 балла. Тонус мышц в ногах повышен, преимущественно в разгибателях. При выполнении пальце-носовых проб – мимопопадание и интенционный тремор. В позе Ромбергана неустойчив. Все сухожильные рефлексы высокие, особенно в ногах. Брюшные рефлексы не вызываются. Симптом Бабинского с двух сторон. Снижена глубокая чувствительность в ногах.

1. Выделить патологические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Наметить план обследования, лечение

Эталон ответа.

У молодого человека при осмотре выявлена множественная неврологическая симптоматика: центральный парез мимической мускулатуры лица и языка справа (поражение кортико-нуклеарного пути слева), спастический парез ног, (поражение кортико-спинального пути на уровне грудного отдела спинного мозга), расстройство координации движений - мозжечковая атаксия в руках, обусловленная поражением мозжечковых путей.

Предварительный диагноз:

Учитывая, что у больного в возрасте 18 лет периодически отмечалась кратковременная слабость в ногах, больше данных за рассеянный склероз, церебро - спинальная форма, ремитирующее течение, обострение.

Необходимо МРТ исследования головного мозга. исследование глазного дна для подтверждения диагноза.

Для купирования обострения рассеянного склероза показано назначение гормональной терапии- кортикостероидов, а также широко используют плазмаферез.

В последующем для профилактики обострений используют иммуномодуляторы- бета-интерфероны (ребиф, авонекс и др.)

Ситуационная задача 5.

Больной доставлен машиной скорой помощи с места автомобильной катастрофы. Мужчина 32 лет. Физически здоров. До травмы к врачам не обращался. Автомобильная травма произошла 1 час назад. Терял сознание. Ретроградная и антеградная амнезия. При осмотре: в области головы кожные ссадины. Следы кровотечений из правого уха и из носа. Кровоподтек в окологлазничную клетчатку больше справа. Загружен, заторможен. На вопросы отвечает не сразу, приходится вопросы повторять. Дезориентирован в месте и времени. Витальные функции сохранены. По дороге в больницу была рвота. Жалуется на головную боль. Глазные щели не равномерные: справа шире, чем слева. Не плотно закрывается правый глаз. Не вызываются надбровный и корнеальный рефлексы справа. Сглажена правая носо-губная складка, плохо поднимается угол рта справа. Ограничена подвижность правого глазного яблока к наружи. В остальных направлениях движения глазных яблок не ограничены. Мелкоразмашистый спонтанный горизонтальный нистагм при взгляде влево. Нарушен слух на правое ухо. Снижены все виды чувствительности на правой половине лица. Двигательных нарушений нет. Координаторные пробы выполняет нечетко правой рукой. При перемене положения головы появляется головокружение с ощущением перемещения внутри головы, тошнота. Легко выраженная ригидность мышц затылка, симптом Кернига с двух сторон.

1. Выделить патологические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Определить предварительный диагноз.
4. Определить тактику ведения и лечения больного.

Эталон ответа.

У больного после черепно-мозговой травмы с потерей сознания отмечаются выраженные общемозговые симптомы, поражение черепных нервов (лицевого, отводящего, слухового и тройничного нервов) на основании мозга.

Подозрение на открытую черепно-мозговую травму, перелом основания черепа в области средней черепной ямки

Госпитализация в нейрохирургическое отделение, лечение консервативное обязательным назначением антибиотиков.

Ситуационная задача 6.

Больная 37 лет жалуется на головную боль, особенно по утрам. 2 года назад обнаружила глухоту на правое ухо (не слышала телефонный разговор правым ухом). При объективном обследовании: не доводит правое глазное яблоко к наружи, снижены все виды чувствительности на правой половине лица, выпали правые корнеальный, назальный, надбровные рефлексы; выпал вкус на передних 2/3 языка справа; несколько шире глазная щель справа, симптом «ресничек» справа, сглажена правая носо-губная складка справа; выпал слух на правое ухо; спонтанный горизонтальный нистагм влево; вертикальный спонтанный нистагм при взгляде вверх; нечетко выполняет пальце-носовую и пяточно-коленные пробы правой рукой; адиадохокinez справа; снижен мышечный тонус в правых руке и ноге; сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. Объем активных движений, сила мышц не изменены. Другой патологии неврологического статуса нет.

1. Выделить патологические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Назначить лечение, определить тактику ведения больной.

Эталон ответа.

Общемозговые и локальные симптомы (поражение лицевого, слухового нервов и координаторные нарушения справа)

Локализация (задняя черепная ямка, мосто-мозжечковый угол справа)

Опухоль головного мозга (невринома слухового нерва) справа

МРТ – головного мозга для подтверждения диагноза.

Лечение - оперативное

Ситуационная задача 7.

Больная в возрасте 45 лет во время занятия шепингом потеряла сознание и развился центральный правосторонний гемипарез, гемигипестезия, больше выраженные в руке и моторная афазия.

В анамнезе лечилась по поводу ревматизма.

АД-100/60ммрт.ст.

Предварительный диагноз:

Острое нарушение мозгового кровообращения.

Ишемический (кардиоэмболический) инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева (очаг ишемии в лобно-теменной области коры головного мозга слева)

Лабораторные анализы: УЗДГ, БЦС, ЦДК

- Ультразвуковое исследование экстра и интракраниальных сосудов, включая дуплексное сканирование.

-Компьютерная томография головного мозга.

- Консультация кардиолога.

-Лечение Сосудистая терапия.

(антиоксиданты, антигипоксанты,нейропротективные препараты)

Ситуационная задача 8.

Больной 42 лет жалуется на головную боль, особенно по утрам. 3 года назад обнаружил снижение слуха на правое ухо. При объективном обследовании: не доводит правое глазное яблоко к наружи, снижены все виды чувствительности на правой половине лица, выпали правые корнеальный, назальный, надбровные рефлекс; выпал вкус на передних 2/3 языка справа; несколько шире глазная щель справа, симптом «ресничек» справа, сглажена правая носо-губная складка справа; выпал слух на правое ухо; спонтанный горизонтальный нистагм влево; вертикальный спонтанный нистагм при взгляде вверх; нечетко выполняет пальце-носовую и пяточно-коленные пробы правой рукой; адиадохокinez справа; снижен мышечный тонус в правых руке и ноге; сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. Объем активных движений, сила мышц не изменены. Другой патологии неврологического статуса нет.

5. Выделить патологические синдромы.

6. Поставить топический диагноз.

7. Поставить предварительный диагноз.

8. Назначить лечение, определить тактику ведения больной.

Эталон ответа.

Общемозговые и локальные симптомы (поражение лицевого, слухового нервов и координаторные нарушения справа)

Локализация (задняя черепная ямка, мосто-мозжечковый угол справа)

Опухоль головного мозга (невринома слухового нерва) справа

МРТ – головного мозга для подтверждения диагноза.

Лечение - оперативное

Ситуационная задача 9.

Мужчина 26 лет участвовал в драке. Отмечал потерю сознания на 5 минут, была однократная рвота. Через неделю полностью компенсировался, чувствовал себя хорошо. Через 2 недели после травмы появились головные боли, стал вялым, часто ложился в постель. На 18 день после травмы развился припадок: начало припадка с судорог левой руки, распространившихся затем на левую ногу, после чего ребенок потерял сознание, судороги перешли в генерализованные. Длительность припадка 5 минут. После припадка наступил сон. При осмотре: сознание сохранено; вялый, заторможенный, на вопросы отвечает односложно. Болезненность при перкуссии черепа в правой лобно-височной области. Положительный глазо-лицевой феномен справа. Правый зрачок шире левого. Реакция зрачков на свет сохранена. Несколько ограничена подвижность глазных яблок вверх. Слева сглажена носо-губная складка. Глаза закрывает хорошо. Язык отклоняется влево. Атрофий и фибриллярных подергиваний в мышцах языка нет. Ограничен объем движений в левой кисти. Сила мышц дистальных отделов левой руки – 2 балла, проксимальных – 3 балла. Сила мышц левой ноги – 4 балла. Тонус мышц понижен в дистальных отделах левой руки. Сухожильные рефлексы слева отчетливо оживлены особенно на руке. Брюшные рефлексы слева значительно понижены. Извращенный левый подошвенный рефлекс. Снижена глубокая мышечно-суставная чувствительность в левой кисти.

5. Поставить предварительный диагноз.

6. Выделить патологические синдромы.

7. Поставить топический диагноз.
8. Наметить план обследования и тактику ведения больного.

Эталон ответа.

Тяжелая черепно-мозговая травма. Сдавление головного мозга внутримозговой гематомой.

У больного после «светлого промежутка» развился фокальный сомато-моторный эпилептический припадок слева.

Выраженные общемозговые симптомы, парез глазодвигательного нерва справа, левосторонний центральный гемипарез, больше выраженный в руке, гипестезия слева в руке.

Топический диагноз –Подозрение на внутримозговую (субдуральную) гематому правой лобно-теменной области, симптомы височно-тенториального вклинения.

Срочная госпитализация в травматологическое отделение.

Провести КТ-головного мозга для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Ситуационная задача 10.

Рабочий- строитель во время монтажных работ упал, терял сознание на 10-12 минут. . После того, как пришел в сознание отметил слабость в правых конечностях, затруднение речи. Доставлен в стационар через 40 минут. Из анамнеза выяснено, что в юности лечился по поводу ревматизма. При осмотре: кожные покровы бледные. Границы сердца расширены за счет левого желудочка. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Артериальное давление 120\75 мм.рт.ст., пульс ритмичный, 78 ударов в минуту. В сознании, ориентирован. Отмечается затруднение в выговаривании слов. Обращенную речь понимает, инструкции выполняет правильно. Сглажена правая носогубная складка, глаза зажмуривает хорошо. Язык отклоняется вправо, атрофий и фибриллярных подергиваний в мышцах языка нет. Резко ограничен объем активных движений в правой руке, особенно в кисти. В правой ноге объем активных движений снижен незначительно. Сухожильные рефлексы повышены справа, особенно в руке. Нарушена глубокая чувствительность в пальцах правой руки.

- 1.Выделить патологические синдромы.
- 2.Поставить топический диагноз.
- 3.Поставить предварительный диагноз.
- 4.Наметить план обследования, лечение

Эталон ответа.

Больной в возрасте 34 лет во время физической нагрузки потерял сознание и развился центральный правосторонний гемипарез, гемигипестезия, больше выраженные в руке и моторная афазия.

В анамнезе лечился по поводу ревматизма.

АД-100/60ммрт.ст.

Предварительный диагноз:

Острое нарушение мозгового кровообращения.

Ишемический (кардиоэмболический) инсульт в бассейне средней мозговой артерии слева (очаг ишемии в лобно-теменной области коры головного мозга слева)

Лабораторные анализы: УЗДГ,БЦС,ЦДК

- Ультразвуковое исследование экстра и интракраниальных сосудов, включая дуплексное сканирование.

-Компьютерная томография головного мозга.

- Консультация кардиолога.

-Лечение Сосудистая терапия.

(антиоксиданты, антигипоксанты,нейропротективные препараты)

3. Промежуточная аттестация-зачет

Вопросы к зачету (ОПК-9):

1. Кортико-спинальный путь: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
2. Кортико-нуклеарный путь: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
3. Периферический двигательный нейрон: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
4. Анатомия и физиология проводников поверхностной чувствительности. Синдромы поражения.

5. Анатомия и физиология проводников глубокой чувствительности. Синдромы поражения.
6. Типы нарушения чувствительности (периферический, полиневритический, корешковый, сегментарный, проводниковый). Тотальное и диссоциированное расстройство чувствительности.
7. Синдром половинного поперечного поражения спинного мозга (синдром Броун-Секара).
8. Симптомы поражения поперечника спинного мозга на различных уровнях.
9. Обонятельный нерв. Ход обонятельных проводников. Признаки поражения.
10. Зрительный анализатор. Анатомия, физиология. Признаки поражения на разных уровнях.
11. Глазодвигательный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения.
12. Блоковый и отводящий нервы. Анатомия, функция, симптомы поражения
13. Тройничный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения
14. Иннервация мимических мышц и симптомы ее нарушения.
15. Языкоглоточный нерв. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
16. Блуждающий нерв. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
17. Подъязычный и добавочный нервы. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
18. Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
19. Альтернирующие параличи. Их характеристика на отдельных примерах в зависимости от уровня поражения.
20. Мозжечок. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
21. Стриарная система. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
22. Паллидарная система. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
23. Внутренняя капсула. Зрительный бугор. Их анатомия, физиология, симптомы поражения.
24. Речь и ее расстройства (афазия, дизартрия).
25. Агнозия. Апраксия. Их виды.
26. Заболевания периферической нервной системы.
27. Острая и хроническая боль. Нейрофизиологические и психологические аспекты боли. Социально-экономическое значение.
28. Полинейропатии. Особенности дифтерийной, диабетической, алкогольной, свинцовой полинейропатии.
29. Острая демиелинизирующая полирадикулонейропатия Гийена-Барре. Клиника. Лечение.
30. Нейропатия лицевого нерва. Этиология, патогенез заболевания, клиника, лечение.
31. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, лечение (консервативное и хирургическое).
32. Пояснично-крестцовые радикулопатии (радикулит и радикулопатия). Этиология. Клиника. Лечение.
33. Люмбаго. Этиология, патогенез заболевания, клиника, лечение.
34. Шейные радикулопатии (радикулит и радикулопатия). Этиология, клиника, лечение.
35. Клинические симптомы поражения плечевого сплетения (паралич Дюшена-Эрба и Дежерин-Клюмпке). Лечение.
36. Туннельные нейропатии локтевого, лучевого, срединного и малоберцового нервов.
37. Сосудистые заболевания нервной системы.
38. Классификация нарушений мозгового кровообращения.
39. Геморрагический церебральный инсульт. Этиология. Клиника, диагностика, неотложная терапия.
40. Ишемический церебральный инсульт. Этиология, патогенез, клиника заболевания, неотложная терапия.
41. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, клиника, лечение.
42. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (гипертонический и гипотонический кризы). Этиология, патогенез, клиника заболевания, неотложная терапия.
43. Спинальный инсульт. Патогенез, клиника, лечение.
44. Тромбоз внутренней сонной артерии. Этиология, патогенез, клиника. Лечение.
45. Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез, клиника, лечение.
46. Кровоизлияние в мозг: этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия, показания к хирургическому лечению.
47. Инфекционные и инфекционно-аллергические поражения нервной системы.
48. Менингококковый менингит. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
49. Вторичные гнойные менингиты. Этиология, клиника, лечение.

50. Острый серозный менингит. Этиология, клиника, лечение.

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

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

4.1 Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-9	способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	<p>Знать: строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма</p>
		<p>Уметь: использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>
		<p>Владеть: представлением о многоуровневом</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков</p>

		<p>принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>
--	--	--	---	---

4.2. Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- 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, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- 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.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля :

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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 не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно 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

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата

отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки эссе.

Ответ на 5 баллов:

- использовано большое количество современных источников информации
- используемые понятия строго соответствуют теме
- умело использованы приемы сравнения и обобщения для анализа взаимосвязи понятий и явлений
- приведены альтернативные взгляды на рассматриваемую проблему, высказана собственная точка зрения
- выдвинутые тезисы сопровождаются грамотной аргументацией
- сделано логически выверенное заключение
- общая форма изложения полученных результатов и их интерпретации соответствует жанру проблемной научной статьи

Ответ на 4 балла:

4 балла.

- использовано большое количество различных источников информации
- используемые понятия строго соответствуют теме
- умело использованы приемы сравнения и обобщения для анализа взаимосвязи понятий и явлений
- приведены альтернативные взгляды на рассматриваемую проблему, высказана собственная точка зрения
- выдвинутые тезисы сопровождаются грамотной аргументацией
- сделано логически выверенное заключение
- общая форма изложения полученных результатов и их интерпретации соответствует жанру проблемной научной статьи

3 балла:

- использовано ограниченное количество источников информации
- используемые понятия в большей части соответствуют теме
- высказана собственная точка зрения
- выдвинутые тезисы сопровождаются не достаточной аргументацией
- заключение имеется, но его аргументация не достаточна
- общая форма изложения полученных результатов соответствует правилам русского языка

2 балла:

- использовано недостаточное количество источников информации
- используемые понятия не всегда соответствуют теме
- собственная точка зрения не высказана
- аргументация приводимой информации выводы не достаточно убедительны
- общая форма изложения полученных результатов соответствует правилам русского языка

1 балл:

- эссе написано на основе 1 источника информации
- имеются ошибки в толковании понятий, используемых при написании эссе
- собственная точка зрения не высказана
- аргументация не убедительна
- отсутствует заключение, имеются стилистические погрешности при изложении материала

Для оценки презентаций

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он 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 несформированности компетенций, 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.