

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 13.02.2024 16:00:23
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение №16
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.42 «Неврология»
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

БЗ.Б. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Укрупненная группа специальностей:

31.00.00 Клиническая медицина

Специальность

31.08.42 Неврология

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

БЗ (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2023

Содержание

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	3
2. Место государственной итоговой аттестации в структуре программы ординатуры	3
3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации	3
4. Форма и структура государственной итоговой аттестации	6
4.1. Форма государственной итоговой аттестации	6
4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации	6
4.3. Структура государственной итоговой аттестации	6
5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации	8
6. Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации	8
6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования	9
6.2. Критерии оценки практических навыков и умений	9
6.3. Критерии оценки итогового собеседования	10
7. Примерные оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации	11
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации	14
8.1. Основная и дополнительная литература	14
6.2. Список дополнительной литературы	15
6.4. Электронные ресурсы, интернет – ресурсы	16
9. Материально-техническое обеспечение дисциплины	16
10. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы ординатуры	16

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология.

Задачи:

1. Определение уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.42. Неврология, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – врача – невролога);

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации – врача – невролог.

2. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы Блока 3 - государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 «Неврология» завершается присвоением квалификации "Врач – невролог".

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высоко квалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);

- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК), общепрофессиональных(ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК)

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Общепрофессиональные компетенции (ОПК)

Деятельность в сфере информационных технологий

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила

информационной безопасности;

Организационно-управленческая деятельность

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

Педагогическая деятельность

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность;

Медицинская деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

- ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;

- ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;

- ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала;

- ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК)

Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и/или состояниях нервной системы

ПК-1 Проведение обследования пациентов с заболеваниями нервной системы с целью установления диагноза

ПК-2 Назначение лечения пациентам с заболеваниями нервной системы, контроль его эффективности и безопасности

ПК-3 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ПК-4 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

ПК-6 Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров в отношении пациентов с заболеваниями нервной системы

ПК-7 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

ПК-8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.42 Неврология проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

4.3. Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – демонстрация практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех дисциплин учебного плана по специальности 31.08.42 Неврология. Каждый обучающийся отвечает на 50 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.

Оценка практических навыков и умений проводится с целью демонстрации обучающимся качества полученных им знаний и объема освоенных практических навыков и умений. Каждый обучающийся демонстрирует выполнение одного практического навыка, дает интерпретацию лабораторного анализа и результата инструментального метода обследования пациента с неврологическим заболеванием.

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование представляет собой ответ на три теоретических вопроса и решение ситуационной задачи междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена:

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап – тестирование	УК-1,2,3, 4,5; ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8
2 этап – практические навыки	УК-1,2,3, 4,5; ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8
3 этап – устное собеседование	УК-1,2,3, 4,5; ОПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8

5. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты 1 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено» и оцениваются следующим образом:

- Тестирование, написанное на 70 % и более правильных ответов, оценивается оценкой «зачтено», а на менее 70% правильных ответов - оценкой «не зачтено».
- результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

В случае успешного прохождения 1 этапа государственного экзамена, ординатор допускается к прохождению следующего этапа ГИА.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией не более 1 раза.

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

- **«зачтено»** – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы), самостоятельно демонстрирует правильное выполнение практических умений, дает правильную интерпретацию лабораторным анализам и инструментальным методам обследования.
- **«не зачтено»** – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки, дает ошибочную интерпретацию результатам лабораторного и инструментального обследования.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

6.3. Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

- **«отлично»** - выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
- **«хорошо»** - выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.
- **«удовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, 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 задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

– **«неудовлетворительно»** - выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен. Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

7. ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Пример ситуационной задачи:

Задача 1

Больной 40 лет, грузчик. Во время работы внезапно почувствовал сильную головную боль, шум в ушах, появилась многократная рвота. Со слов свидетелей был эпизод потери сознания с общим судорожным припадком,

сопровождаясь прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Доставлен скорой медицинской помощью в реанимационное отделение для больных с ОНМК. Объективно: возбужден, пытается встать с постели, дезориентирован; АД 200/110 мм рт. ст., ЧСС – 66 ударов в мин., температура 38 С; выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига и Брудзинского. Ликвор: вытекает со скоростью 100 капель в минуту; красного цвета, повышено содержание белка.

Задание

1. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
2. Какие осложнения могут возникнуть при данной патологии?
3. Определите объем неотложного лечения и ухода.
4. Какой прогноз для жизни и трудоспособности?

Задача 2

Пациент 74 лет. Длительное время страдает гипертонической болезнью и атеросклеротическим кардиосклерозом. Вечером появились жалобы на головокружение, тошноту, слабость и онемение в левых конечностях. Внучка измерила АД – 190/110 мм.рт.ст., дала таблетку «от давления». Ночью жалобы продолжали беспокоить, и внучка вызвала скорую помощь. Госпитализирован в реанимационное отделение для больных ОНМК. Объективно: общее состояние удовлетворительное, ЧСС 70 в мин., ритм синусовый, горизонтальный нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет. Данные лабораторных исследований: общий анализ крови без особенностей, повышен уровень общего холестерина.

Задание

1. Поставьте предположительный клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Какие обследования необходимо провести?
3. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача №3

Пациентка 69 лет внезапно во время завтрака почувствовала себя нехорошо, ощутила онемение и слабость в правых конечностях, выронила ложку из правой руки. Через 25 минут данные симптомы самостоятельно регрессировали. Известно, что 4 недели назад перенесла острый инфаркт миокарда. Вызвала скорую помощь.

Задание

1. Поставьте предположительный клинический диагноз, обоснуйте его.

2. Перечислите факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания.
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача №4

Больная 85 лет. Активно жалоб не предъявляет. Со слов дочери, в последний год больная перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дома, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, больная потеряла интерес к окружающему миру. Объективно: грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Пример тестовых заданий

Выберите правильный ответ

Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. Острое начало заболевания с повышения температуры
2. острое начало с менингеальным синдромом
3. изменение спинномозговой жидкости
4. присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
5. признаки застоя на глазном дне

Для диабетической полинейропатии характерно:

1. поражение черепных нервов
2. преимущественное поражение нервов верхних конечностей
3. вегетативные расстройства
4. верно 1 и 2

Самой частой причиной невралгии тройничного нерва являются:

1. заболевания придаточных пазух
2. компрессия корешка нерва извитым сосудом на основании мозга
3. сдавление ветвей нерва в подглазничном пространстве
4. все перечисленное
5. верно 2 и 3

Вопрос о прекращении лечения противосудорожными средствами можно рассматривать в случае, если приступов не было по меньшей мере:

1. 1-2 года
2. 1 год
3. 1,5 года
4. 2 года

Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения периферического нерва:

1. Гипотрофия мышц.
2. Патологические рефлекс.
3. Защитные рефлекс.
4. Арефлексия

Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения пирамидного пути:

1. Гемипарез.
2. Повышение мышечного тонуса в паретичных мышцах.
3. Повышение сухожильных рефлексов.
4. Снижение мышечного тонуса
5. Снижение кожных рефлексов.
6. Защитные рефлекс

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1. Основная и дополнительная литература

Основная литература:

Наименование	Автор	Год и место издания	Используется при изучении

			разделов
«Национальное руководство»	Российская ассоциация неврологов Под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б. М.	ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.	1,2,3
«Болезни нервной системы»	Под. Ред. Н. Н. Яхно	Москва изд. Медицинское информационное агентство М., 2021 г.	2-9
«Частная неврология», «Общая неврология».	Под ред. Н. Н. Яхно, В. А. Парфенов	Москва изд. Медицинское информационное агентство. М., 2021 г.:	1,2,3
Топическая диагностика заболеваний нервной системы	А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец, А.П. Скоромец	СПБ -2020	

6.2. Список дополнительной литературы

Наименование	Автор	Год и место издания
Тактика врача-невролога. Практическое руководство	Пирадов М.А.	ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.

Нервные болезни	АА Ск Скоромец, Т.А. Скоромец, А.П. Соромец	М.: МЕД-Пресс. 2022
Топическая диагностика заболеваний нервной системы	А.В. Триумфов	М.: МЕД-Пресс. 2020

6.4. Электронные ресурсы, интернет – ресурсы

<http://pravo-minjust.ru/>

<https://minzdrav.gov.ru/documents/>

<http://www.consultant.ru/>

<https://www.monikiweb.ru/>

<https://emll.ru/newlib/>

<https://rae-org.ru/>

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

10. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ И МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Основные федеральные нормативные акты (смотреть в действующих редакциях):

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

Нормативные акты Министерства образования и науки Российской Федерации:

1. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения России № 390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (вместе с «Положением о практической подготовке обучающихся») (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 № 59778).
2. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 2 февраля 2022 г. N 100 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология» (с изменениями и дополнениями).
3. Приказ Минобрнауки России от 24.02.2021 № 138 «Об утверждении Порядка разработки примерных основных образовательных программ высшего образования, проведения их экспертизы и ведения реестра примерных основных образовательных программ высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2021 № 62887).
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 10 января 2014 г. № 4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № 127» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 г. № 31403).

5. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 № 48226).

6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. № 31136).

Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304).

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950).

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237).

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247).

ПРИЛОЖЕНИЕ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Контрольных вопросов для проведения опроса по темам:

1. Ишемический каскад и зона ишемической полутени в патогенезе ишемического инсульта, понятие «терапевтического окна».
2. Ишемический инсульт: факторы риска, клиническая картина, дополнительные методы исследования, базисная и дифференцированная терапия. Показания и противопоказания к тромболитической терапии.
3. Геморрагический инсульт: факторы риска, этиология, патогенез, клиническая картина, дополнительные методы исследования, базисная и дифференцированная терапия. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Прогноз.
4. Субарахноидальное кровоизлияние: этиология, патогенез, клиническая картина, дополнительные методы исследования, базисная и дифференцированная терапия. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Прогноз.
5. Спинальный инсульт (ишемический и геморрагический): факторы риска, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
6. Бактериальные менингиты (менингококковый, пневмококковый, менингит, вызываемый гемофильной палочкой). Клиника, диагностика, лечение.
7. Серозные менингиты: клиника, диагностика, лечение.
8. Туберкулезный менингит: клиника, диагностика, лечение.
9. Энцефалиты (эпидемический, комариный, клещевой, гриппозный, ревматический): клиника, диагностика, лечение, профилактика.
10. Абсцесс головного мозга, клинические фазы, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
11. Тромбозы мозговых синусов (кавернозного, поперечного, сигмовидного): клиника, диагностика, лечение.
12. Нейросифилис. Клинические формы (менингит, менингомиелит, васкулярный сифилис, спинная сухотка), диагностика, лечение.
13. Эпилепсия: этиология и патогенез, классификация, клиника генерализованного, «малого», парциального припадков, диагностика, лечение. Эпилептический статус.
14. Рассеянный склероз: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, критерии диагноза, диагностика, лечение.

15. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре: клиника, диагностика, лечение, прогноз.
16. Соматоневрологические синдромы при сердечно-сосудистых заболеваниях, заболеваниях легких, заболеваниях печени, эндокринных заболеваниях.
17. Неврологические проявления шейного, грудного, поясничного остеохондроза позвоночника, диагностика, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Показания к нейрохирургическому удалению грыжи межпозвонкового диска.

Примеры вопросов итоговой аттестации

1. Исследование корнеального рефлекса
2. Исследование патологических рефлексов разгибательной группы
3. Исследование патологических рефлексов сгибательной группы
4. Исследование защитных рефлексов и синкинезий
5. Исследование походки и статики
6. Исследование больного в позе Ромберга
7. Исследование координаций движений
8. Исследование двигательных функций
9. Исследование функций глазодвигательных нервов
10. Исследование функций лицевого нерва
11. Исследование функций языкоглоточного и блуждающего нервов
12. Исследование функций подъязычного нерва
13. Исследование функций обонятельного нерва
14. Исследование функций тройничного нерва
15. Исследование функций зрительного нерва
16. Исследование функций преддверно-улиткового нерва
17. Исследование функций добавочного нерва
18. Исследование поверхностной чувствительности
19. Исследование глубокой чувствительности
20. Исследование менингеальных симптомов
21. Исследование симптомов натяжения
22. Исследование зрачков
23. Исследование реакций зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию
24. Исследование дермографизма
25. Методика вызывания орто-клиностатического рефлекса
26. Методика вызывания рефлекса Ашнера
27. Исследование речи: сенсорной афазии
28. Исследование речи: моторной афазии
29. Исследование речи: амнестической афазии
30. Исследование чтения

31. Исследование письма
32. Виды апраксий
33. Исследование речевых нарушений
34. Синдром поражения спинного мозга на уровне шейно-плечевого утолщения
35. Синдром поражения спинного мозга на уровне пояснично-крестцового утолщения
36. Синдром поражения конского хвоста спинного мозга
37. Синдром поражения эпиконуса спинного мозга
38. Синдром поражения конуса спинного мозга
39. Синдром Броун – Секара
40. Центральный паралич
41. Периферический паралич
42. Паралич VII пары чмн по центральному типу
43. Паралич VII пары чмн по периферическому типу
44. Синдром поражения внутренней капсулы
45. Синдром расстройства чувствительности при поражении заднего корешка
46. Синдром расстройства чувствительности при поражении внутренней капсулы
47. Синдром расстройства чувствительности при поражении ствола мозга
48. Альтернирующие параличи (общие понятия)
49. Альтернирующий паралич Валленберга-Захарченко
50. Альтернирующий паралич Вебера
51. Бульбарный синдром
52. Псевдобульбарный синдром
53. Диссоциированный тип чувствительных расстройств
54. Синдром поражения задних столбов
55. Синдром расстройств чувствительности при поражении заднего рога
56. Синдром расстройства чувствительности по периферическому типу
57. Синдром расстройств чувствительности при поражении коры
58. Таламический синдром
59. Синдромы поражения коры мозга
60. Горметонический синдром
61. Менингеальный синдром
62. Синдром гемианопсии
63. Общие принципы строения и функции симпатической нервной системы
64. Общие принципы строения и функции парасимпатической нервной системы
65. Синдром Аргайла-Робертсона
66. Синдром поражения симпатических узлов
67. Синдром каузалгии

68. Синдром поражения затылочной доли
69. Синдром поражения лобной доли
70. Синдром поражения височной доли
71. Синдром поражения теменной доли
72. Синдром Кожевниковской эпилепсии
73. Синдром Джексоновской эпилепсии
74. Синдром Брунса
75. Гипертензионно-дислокационный синдром при опухолях
76. Корковый и стволовой паралич зрения
77. Синдром агнозии
78. Синдром закупорки сонной артерии
79. Гипотонически-гиперкинетический синдром
80. Гипертонически-гипокинетический синдром
81. Синдромы поражения мозжечка
82. Синдром мосто - мозжечкового угла
83. Различные виды атаксий
84. Сосудистые заболевания головного мозга (классификация)
85. Транзиторная ишемическая атака
86. Дифференциальный диагноз между геморрагическим и ишемическим инсультами
87. Геморрагический инсульт
88. Ишемический инсульт
89. Субарахноидальное кровоизлияние
90. Лечение церебрального криза
91. Спинальный инсульт
92. Лечение спинального инсульта
93. Первая помощь при инсульте
94. Первая помощь больному в коматозном состоянии (при инсульте)
95. Лечение ишемического инсульта
96. Лечение геморрагического инсульта
97. Недифференцированное лечение инсульта
98. Лечение артериальных и артерио-венозных аневризм сосудов головного мозга
99. Профилактика сосудистых заболеваний головного мозга
100. Хирургическое лечение инсульта
101. Эпилепсия: этиология и патогенез
102. Эпилепсия: классификация припадков
103. Клиника эпилептического припадка. Диагностика
104. Лечение и профилактика эпилепсии
105. Эпилептический статус и его лечение
106. Синкопальные состояния. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение

107. Эпидемический энцефалит
108. Комариный энцефалит
109. Клещевой энцефалит
110. Ревматический энцефалит
111. Менингиты. Классификация
112. Бактериальные менингиты
113. Вирусные менингиты
114. Туберкулезные менингиты
115. Лейкоэнцефалиты
116. Рассеянный склероз
117. Лечение рассеянного склероза
118. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ХВДП)
119. Лечение ХВДП
120. Синдром Гийена-Барре
121. Лечение синдрома Гийена - Барре
122. Нейросифилис
123. Спинная сухотка
124. Нейроспид
125. Соматоневрологические синдромы
126. Нейросоматические синдромы
127. Миелит и менингомиелит
128. Полиомиелит и другие энтеровирусные заболевания
129. Лечение болезни Паркинсона
130. Профилактика полиомиелита
131. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника – остеохондроз, спондилез, спондилоартроз
132. Поясничные рефлекторные синдромы: люмбаго, люмбоишиалгия, люмбалгия
133. Радиклопатия поясничных и первого крестцового корешков
134. Лечение заболеваний периферической нервной системы
135. Невропатия тройничного нерва
136. Постгерпетическая невропатия тройничного нерва
137. Методы лечения болевых синдромов
138. Опухоли головного мозга. Классификация
139. Опухоли спинного мозга. Классификация
140. Абсцесс мозга
141. Цистицеркоз мозга
142. Шистозоматоз головного мозга
143. Эхинококкоз мозга
144. Методика проведения люмбальной пункции

145. Ликвородинамические пробы (проба Стуккея и Квекенштедта).
Признаки блокады субарахноидального пространства
146. Сотрясение головного мозга, лечение
147. Ушиб головного мозга, лечение
148. Дифференциальный диагноз между сотрясением головного мозга и ушибом головного мозга
149. Субдуральная гематома
150. Эпидуральная гематома
151. Лечение внутричерепной гипертензии и гипотензии
152. Первая помощь больному во время эпилептического статуса
153. Ушная и носовая ликворея: осложнение, лечение
154. Первая помощь при повреждении позвоночника и спинного мозга
155. Лечение закрытой травмы спинного мозга
156. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма
157. Миастения
158. Боковой амиотрофический склероз
159. Сирингомиелия
160. Неврозоподобные состояния
161. Мигрень. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
162. Вегетативная дистония. Этиология. Патогенез. Клиника.
163. Головные боли напряжения. Кластерные головные боли (пучковая головная боль)
164. Особенности клиники миофасциальных прозопагий – нарушение открывания рта «симптом прыжка»
165. Этиология, патогенез, диагностика и лечение невралгии тройничного нерва.
166. Симптоматические тригеминальные и глоссофарингеальные невралгии при рассеянном склерозе.
167. Этиология, патогенез, диагностика и лечение глоссалгий.
168. Этиология, патогенез, диагностика и лечение стомалгий.
169. Этиология, патогенез, диагностика и лечение дентальной плексалгии.
170. Тактика врача стоматолога при сирингобульбии.
171. Тактика врача стоматолога при судорожном припадке.
172. Тактика врача стоматолога при гипертоническом кризе.

Комплект задач для аттестационного испытания

ЗАДАЧА № 1

Пациентка 69 лет доставлена машиной скорой помощи в клинику с жалобами на двоение в глазах и слабость в правых конечностях, возникшие утром. Из анамнеза известно, что пациентка страдает мерцательной аритмией,

перенесла 3 года тому назад инфаркт миокарда. Последний год дважды было головокружение и двоение в глазах, которые полностью проходили. При осмотре в отделении: сознание ясное, АД-180/100 мм рт.ст. ЧСС-100-104 удара в мин., ритм неправильный. В неврологическом статусе отмечается парез всех мимических мышц слева, парез левого глазного яблока кнаружи, плегия справа, повышение сухожильных рефлексов справа, симптомы Бабинского справа.

Вопросы:

- Каков топический диагноз?
- Как объяснить эпизоды двоения в глазах и головокружение?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести пациентки?

-Лечение.

ЗАДАЧА № 2

Пациент 54 лет доставлен машиной скорой помощи, так как 2 часа назад произошло нарушение речи и ослабели правые конечности. Из анамнеза известно, что пациент 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Последнее время отмечаются приступы стенокардии напряжения. При обследовании больного :спонтанная речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движение глазных яблок затруднены вправо, парез нижней части мускулатуры лица справа, девиация языка вправо, гемипарез вправо, снижены все виды чувствительности справа, сухожильные рефлексы справа выше чем слева. Симптом Бабинского справа.

Вопросы:

- Каков топический диагноз?
- Какой неврологический синдром?
- Каковы дополнительные методы исследования?
- Лечение.

ЗАДАЧА № 3

Пациентка 70 лет доставлена машиной "скорой медицинской помощи" в стационар. Со слов сопровождающих родственников известно, что у пациентки внезапно среди полного здоровья возникла резкая головная боль в затылочной области, сопровождающаяся тошнотой, рвотой и светобоязнью. Из анамнеза известно, что обычное АД 120/90 мм.рт.ст. Пульс - 88 ударов в мин., ритмичный правильный. При обследовании пациента в отделении отмечается: ригидность мышц затылка, парезов и параличей нет, другой очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. При проведении компьютерной томографии головного мозга отмечается скопление крови в области базальной цистерны вокруг среднего мозга, При проведении церебральной ангиографии-патологии церебральных артерий не обнаружено.

Вопросы:

- Каков клинический диагноз?
- Какова этиология заболевания?
- Лечение.

ЗАДАЧА № 4

Пациент 50 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на головную боль и нарушение зрения на "левый глаз". Из анамнеза известно, что пациент после перенесенного инфаркта миокарда постоянно принимает фенамин в дозе 90 мг в сутки. При обследовании: сознание ясное, АД 160/100 мм.рт.ст. ЧСС 125 уд.в мин. ,ритм неправильный. В неврологическом статусе отмечается ригидность мышц затылка, выпадение левых полей зрения, другой неврологической симптоматики нет. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс

-40%. В анализе мочи определяются эритроциты.

Вопросы:

- Какой неврологический синдром?
- Каков топический диагноз?
- Какова этиология данного заболевания?
- Каковы дополнительные методы исследования?
- Лечение

ЗАДАЧА № 5

Пациент 50 лет доставлен машиной "скорой медицинской помощи" в больницу с жалобами на слабость в левых конечностях, возникшую внезапно днём. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/110 мм. рт. ст.- 160/90 мм. рт .ст. При обследовании в отделении отмечается: парез левых конечностей до 3 баллов, сухожильные рефлексы оживлены слева, симптом Бабинского слева положительный. АД 200/120 мм. рт. ст. Пульс 70 ударов в минуту, ритм правильный.

Вопросы:

- Неврологический синдром?
- Топический диагноз?
- Каковы дополнительные методы обследования?
- Лечение.

ЗАДАЧА № 6

Пациент 45 лет доставлен машиной "скорой медицинской помощи" с жалобами на головокружение, тошноту, расстройство глотания, которые возникли 2 часа тому назад. Из анамнеза известно, что пациент страдает ревматическим поражением сердца, наблюдается у кардиолога в течение 15 лет. При обследовании у пациента выслушивается диастолический шум в области

проекции митрального клапана. АД - 150/100 мм. рт. ст. Пульс 90 уд. в мин. ритмичный. В неврологическом статусе отмечается: птоз, миоз и энтофтальм справа, осиплость голоса, глотание невозможно (поперхивается), дужка мягкого нёба свисает справа, глоточный рефлекс отсутствует. Парезов конечностей нет, расстройство чувствительности (глубокой и поверхностной) на лице справа, на туловище и конечностях - слева, отмечается интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб справа.

Вопросы:

- Неврологические синдромы?
- Топический диагноз?
- Какие дополнительные методы обследования?
- Лечение.

ЗАДАЧА № 7

Пациент 60 лет доставлен в больницу с жалобами на слабость в конечностях, возникшую утром. Из анамнеза известно, что пациент 10 лет страдает стенокардией напряжения и гипертонической болезнью. Цифры АД- 180/100 мм. рт. ст. В течение последних 4 месяцев было 2 эпизода преходящей слепоты на правый глаз до, 10-15 минут. При обследовании пациента в стационаре: АД - 190/100 мм. рт. ст. Пульс 76 уд. в минуту, ритмичный, снижение пульсации на общей сонной артерии справа, отмечается усиление пульсации височной артерии. В неврологическом статусе: слабость нижней части мимической мускулатуры слева, девиация языка влево, снижение мышечной силы до 1 балла в левой руке, в ноге до 4 баллов, сухожильные рефлексы слева оживлены, рефлекс Бабинского слева.

Вопросы:

- Неврологический синдром?
- Топический диагноз?
- Как вы можете объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
- Каковы дополнительные методы обследования необходимо провести у данного больного?
- Лечение.

ЗАДАЧА № 8

Пациентка 72 лет доставлена в больницу. Со слов родственников 3 часа назад (днём) у пациентки возникло нарушение речи. Из анамнеза известно, что пациентка 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, постоянной формой мерцательной аритмии в течении 5 лет. При обследовании: АД - 180/100 мм.рт.ст. ЧСС 90-120 уд. в минуту, неритмичный. В неврологическом статусе отмечается возбуждение, речь с вербальными парафазиями, обращенную речь пациентка не понимает, другой неврологической симптоматики нет.

Вопросы:

-Неврологический синдром?

-Каков топический диагноз?

-Каковы дополнительные методы обследования необходимо провести данному больному?

-Лечение.

ЗАДАЧА № 9

Пациентка 73 лет доставлена в больницу с жалобами на слабость в правых конечностях, ухудшение зрения на правый глаз. Из анамнеза известно, что пациентка страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом в течение 10 лет. Последние 8 лет цифры АД могут периодически повышаться до 200/100 мм.рт.ст. При обследовании: сознание ясное, АД-180/100 мм.рт.ст. Пульс 80 уд. в мин., ритмичный. В неврологическом статусе отмечается: выпадение правых полей зрения, снижение поверхностной и глубокой чувствительности в правых конечностях, пальценосовую пробу и пяточно-коленную с закрытыми глазами выполнить не может, с открытыми выполняет удовлетворительно.

Вопросы:

-Неврологический синдром?

-Каков топический диагноз?

-Каковы дополнительные методы обследования?

-Лечение.

ЗАДАЧА № 10

Пациент 45 лет доставлен в больницу с жалобами на резкую боль, возникшую при физической нагрузке, днем. Раньше головная боль никогда не беспокоила, считал себя здоровым человеком. При обследовании: сознание ясное, АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 76уд./мин., ритмичный. В неврологическом статусе отмечается ригидность мышц шеи, симптом Кернига- двусторонний, другой неврологической симптоматики нет. Пациент находился на лечении и обследовании в неврологическом отделении 9 дней. На 10 день развилась следующая неврологическая симптоматика: снижение мышечной силы в левых конечностях до 3 баллов и симптом Бабинского слева.

Вопросы:

-Неврологический симптом?

-Этиология данного заболевания?

-Предварительный клинический диагноз?

-Какова причина ухудшения состояния пациента на 10-е сутки заболевания?

-Дополнительные методы исследования?

-Лечение.

Критерии оценки ответов на вопросы

Ответ на каждый вопрос оценивается от 0 - 40 баллов

Критерии оценки ответов на вопросы

Ответ на каждый вопрос оценивается от 0- 40 баллов

	Баллы		
	Ответ не соответствует критерию	Ответ частично соответствует критерию	Ответ полностью соответствует критерию
Ответ является верным	0	5	10
Обучающий дает ответ без наводящих вопросов экзаменатора	0	5	10
Обучающий показывает владением практических навыков	0	5	10
Обучающий полностью справился с решением ситуационной задачей	0	5	10

Комплект КЕЙС – задач

Пациентка 69 лет доставлена машиной скорой помощи в клинику с жалобами на двоение в глазах и слабость в правых конечностях, возникшие утром. Из анамнеза известно, что пациентка страдает мерцательной аритмией, перенесла 3 года тому назад инфаркт миокарда. Последний год дважды было головокружение и двоение в глазах, которые полностью проходили. При осмотре в отделении: сознание ясное, АД-180/100 мм рт.ст. ЧСС-100-104 удара в мин., ритм неправильный. В неврологическом статусе отмечается парез всех мимических мышц слева, парез левого глазного яблока кнаружи, плегия справа, повышение сухожильных рефлексов справа, симптомы Бабинского справа.

Вопросы:

- Каков топический диагноз?
- Как объяснить эпизоды двоения в глазах и головокружение?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести пациентки?
- Лечение.

Пациент 54 лет доставлен машиной скорой помощи, так как 2 часа назад произошло нарушение речи и ослабели правые конечности. Из анамнеза известно, что пациент 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Последнее время отмечаются приступы стенокардии напряжения. При обследовании больного: спонтанная речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движение глазных яблок затруднены вправо, парез нижней части мускулатуры лица справа, девиация языка вправо, гемипарез вправо, снижены все виды чувствительности справа, сухожильные рефлексы справа выше чем слева. Симптом Бабинского справа.

Вопросы:

- Каков топический диагноз?
- Какой неврологический синдром?
- Каковы дополнительные методы исследования?
- Лечение.

Пациентка 70 лет доставлена машиной "скорой медицинской помощи" в стационар. Со слов сопровождающих родственников известно, что у пациентки внезапно среди полного здоровья возникла резкая головная боль в затылочной области, сопровождающаяся тошнотой, рвотой и светобоязнью. Из анамнеза известно, что обычное АД 120/90 мм.рт.ст. Пульс - 88 ударов в мин., ритмичный правильный. При обследовании пациента в отделении отмечается: ригидность мышц затылка, парезов и параличей нет, другой очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. При проведении компьютерной томографии головного мозга отмечается скопление крови в области базальной цистерны вокруг среднего мозга, При проведении церебральной ангиографии-патологии церебральных артерий не обнаружено.

Вопросы:

- Каков клинический диагноз?
- Какова этиология заболевания?
- Лечение.

Пациент 50 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на головную боль и нарушение зрения на "левый глаз". Из анамнеза известно, что пациент после перенесенного инфаркта миокарда постоянно принимает фенамин в дозе 90 мг в сутки. При обследовании: сознание ясное, АД 160/100 мм.рт.ст.

ЧСС 125 уд.в мин., ритм неправильный. В неврологическом статусе отмечается ригидность мышц затылка, выпадение левых полей зрения, другой неврологической симптоматики нет. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс

-40%. В анализе мочи определяются эритроциты.

Вопросы:

- Какой неврологический синдром?
- Каков топический диагноз?
- Какова этиология данного заболевания?
- Каковы дополнительные методы исследования?
- Лечение.

35-летняя пациентка за последнее время заметила снижение слуха и шум в левом ухе. Полтора года тому появилась неустойчивость при ходьбе, умеренные головные боли по утрам, сопровождавшиеся тошнотой. На протяжении нескольких месяцев отметила онемение щеки. Соматически здорова. Артериальное давление нормальное. Обоняние сохранено. Острота зрения 0,8 симметрична. На глазном дне – легкая ступеванность височных контуров дисков зрительных нервов. Глазодвигательных нарушений нет. Горизонтальный нистагм 1 ст. влево. Отсутствует роговичный рефлекс слева. Болевая гипестезия лица слева. Гипотония жевательной мышцы слева. Легкий мимический парез слева. Гипакузия слева. Вкусовая анестезия слева. Общее угнетение сухожильно-мышечных рефлексов. Легкая дисметрия слева. На краниограмме – пороз спинки турецкого седла. Рентгенография по Стенверсу – расширение внутреннего слухового прохода слева.

Вопросы:

- Формулировка клинического диагноза.
- Тактика
- Дифференциальный диагноз.

5-летняя девочка около полугода отмечает головные боли, сопровождающиеся рвотой, особенно по утрам. Головная боль локализуется в затылочной области. Иногда состояние ребенка, возникает относительно острое усиление головной боли, многократная рвота, замедление пульса, нерегулярное дыхание, тоническое напряжение рук и ног, оглушение. Если ребенок наклоняет голову вперед, то возникает облегчение состояния. Ухудшения возникают преимущественно при резких движениях с поворотом головы. Около 2-3 месяцев отмечены пошатывания при ходьбе и

невозможность стоять. Менингеальных знаков нет. Вынужденное положение головы – легкий наклон вперед. Частота пульса 58 ударов в минуту. Горизонтальный нистагм в обе стороны. Сглажена правая носогубная складка. Роговичные рефлексы снижены. На глазном дне – ступенчатость дисков зрительных нервов. Гипотония мышц рук и ног. Сухожильные рефлексы снижены, поверхностные брюшные истоцаемы. Симптом Пусеппа слева. В пробе Ромберга – падение назад без компенсаторных движений.

Вопросы:

- Формулировка клинического диагноза.
- Тактика
- Дифференциальный диагноз.

18-летний пациент болен около недели, когда повысилась температура до 39,5°C. На 2-е сутки заболевания возникла интенсивная боль в правом ухе, гнойные выделения из наружного слухового прохода. Диагностирован мезотимпанит. За 2 дня до госпитализации повысилась температура до 41°, появилась интенсивная диффузная головная боль, сопровождающаяся рвотой. При поступлении в ЛОР-отделение жаловался на неустойчивость при ходьбе. Пульс 58/мин. Острота зрения 0,8 с обеих сторон. На глазном дне – ступенчатость контуров диска зрительного нерва справа и смазанность височного контура слева. Горизонтальный нистагм 1 ст. вправо. Гипотония мышц правой руки и ноги. Интенционное дрожание при пальценосовой и пяточно-коленной пробах справа. Атаксия при ходьбе. В пробе Ромберга пошатывается вправо. Справа – острый гнойный мезотимпанит справа.

Вопросы:

- Формулировка клинического диагноза.
- Тактика
- Дифференциальный диагноз.

52-летний пациент, страдавший хроническим абсцессом легкого, несколько месяцев стал замечать упорную головную боль в височно-лобных зонах, онемение и слабость левых руки и ноги. Снизилась память. Отмечен субфебрилитет по вечерам. Около месяца нарастает слабость руки и ноги. Пульмонолог отметил на рентгенограмме увеличение очага поражения в легком. В анализе крови – умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЕ 38 мм/час. Пульс 62 в минуту. Болезненность при перкуссии правой лобно-височной области. Зрачки равны. На глазном дне – ступенчатость височных контуров дисков зрительных нервов. Сглаженность левой носогубной складки.

Выраженный левосторонний гемипарез, преимущественно в руке со спастической гипертонией. Болевая и температурная гипестезия слева. При эхоэнцефалометрии смещение срединных структур головного мозга справа налево на 7 мм.

Вопросы:

- Формулировка клинического диагноза.
- Тактика
- Дифференциальный диагноз.

Критерии оценки ответов

Ответ на кейс-задачу оценивается от 0-2 баллов

Баллы	Критерий оценки
0	Обучающийся не решил задачу
1	Обучающийся дал верный ответ, но не ответил на вопросы
2	Обучающийся дал верный, развернутый, четкий ответ. Ответил на все вопросы.

Комплект тестовых заданий к опросу по темам

1) Сегментарный тип расстройства чувствительности возникает при поражении:

1. Задних рогов спинного мозга
2. Задних столбов спинного мозга
3. Ядра спинального тракта тройничного нерва
4. Внутренней капсулы

2) Гетеронимная гемианопсия возникает при поражении:

1. Середины хиазмы
2. Наружного коленчатого тела
3. Наружных углов хиазмы
4. Зрительного тракта

3) Для поражения задних корешков наиболее характерны симптомы:

1. Боли
2. Диссоциированное расстройство чувствительности
3. Парестезии
4. Нарушение всех видов чувствительности

4) Гемианопсия в сочетании с гемианестезией возникает при поражении:

1. Внутренней капсулы

2. Зрительного бугра
3. Задней центральной извилины
4. Затылочной доли

5) При поражении гассерова узла на лице наблюдаются:

1. Расстройства чувствительности по ветвям V нерва и герпетические высыпания
2. Расстройства чувствительности по сегментам V нерва и герпетические высыпания
3. Герпетические высыпания без расстройств чувствительности
4. Боли по ветвям V нерва

6) У больных с сенсорной афазией нарушено:

1. Понимание речи
2. Слух
3. Воспроизведение речи

7) У больного с амнестической афазией нарушена способность:

1. Описать свойства и назначение предмета
2. Дать название предмета
3. Определить предмет при ощупывании

8) У больного с апраксией нарушены целенаправленные действия по причине:

1. Пареза
2. Нарушения последовательности и схемы действия
3. Нарушения скорости и плавности действия

9) При поражении левой лобной доли возникает афазия:

1. Моторная
2. Сенсорная
3. Амнестическая

10) Зрительная агнозия наблюдается при поражении:

1. Зрительного нерва
2. Затылочной доли
3. Зрительной лучистости

11) При поражении левой височной доли возникает:

1. Моторная афазия
2. Сенсорная афазия

3. Тотальная афазия

12) Укажите менингеальные симптомы:

1. Кернига, Брудзинского
2. Ласега, Нери
3. Бабинского, Россолимо

13) Для синдрома Броун-Секара характерно:

- 1) Центральный парез на стороне поражения
- 2) Центральный парез на противоположной стороне
- 3) Нарушение глубокой чувствительности на стороне поражения
- 4) Нарушение глубокой чувствительности на противоположной стороне
- 5) Нарушение болевой чувствительности на стороне поражения

14) Для "полиневритического" типа расстройства чувствительности наиболее характерны симптомы:

1. Расстройство чувствительности в соответствующих дерматомах
2. Боли и анестезия в дистальных отделах конечностей
3. Гемиаанестезия

Темы презентаций

1. Исследование функций двигательных черепно-мозговых нервов. Синдромы поражения.
2. Симптомы и методы исследования афазия, апраксии, агнозии.
3. Исследование вегетативной нервной системы
4. Соматоневрологические и нейросоматические симптомы
5. Опухоли центральной нервной системы
6. Сосудистые заболевания головного мозга
7. Заболевания периферической нервной системы
8. Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы. Геномные болезни
9. Неврозы
10. Острый инсульт и экстрацеребральные осложнения
11. Острый инсульт и СПОН
12. Эпилептический статус. Неотложная помощь и профилактика.
13. Геморрагический инсульт и особенности развития СПОН.
14. Миастенический криз. Принципы и особенности терапии
15. Депрессия сознания, особенности при ОНМК.
16. Виды нарушения ГЭБ, нарушения мозгового кровообращения, ВЧД, отек-набухание головного мозга
17. Механизмы нарушения гемостаза при критических состояниях

18. Принципы лечения тяжелых форм инфекционных и инфекционно-аллергических заболеваний нервной системы

19. Гипоксия: классификация видов гипоксии

Критерии оценки:

Презентация оценивается от 0 до 2 баллов

Критерии оценки	Баллы		
	Ответ не соответствует критерию	Ответ частично соответствует критерию	Ответ полностью соответствует критерию
Презентация логично выстроен, четко структурирован, объем соответствует требуемому	0	-	0,5
Презентация выполнена с корректным использованием заимствований	0	-	0,5
Студентом представлены объективные проверенные научные источники информации	0	-	0,5
Студент использует собственные формулировки для предоставления информации	0	-	0,5

Тестовые задания к аттестации

1. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

а) ушиб головного мозга легкой степени тяжести

б) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы

- в) сотрясение головного мозга тяжелой степени
- г) сдавление головного мозга на фоне его ушиба

2. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется

- а) длительным коматозным состоянием
- б) развитием комы после «светлого» промежутка
- в) отсутствием потери сознания
- г) кратковременной потерей сознания

3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма

- а) с ушибом мягких тканей без повреждения апоневроза
- б) с повреждением апоневроза
- в) с переломом костей свода черепа
- г) с переломом костей основания черепа без ликвореи

4. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей головы до апоневроза относится к

- а) легкой открытой
- б) легкой закрытой
- в) открытой средней степени тяжести
- г) закрытой средней степени тяжести

5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

- а) распирающего характера
- б) распирающего характера в затылочной части
- в) пульсирующего характера по всей голове
- г) сдавливающего характера в лобно-теменной области

6. Развитие гемипареза при черепно-мозговой травме свидетельствует

- а) о внутричерепной гематоме
- б) об ушибе головного мозга
- в) о переломе костей черепа
- г) о всем перечисленном
- д) верно а) и б)

7. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности

- а) амнезии
- б) расстройства жизненно важных функций
- в) гемипареза
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и б)

8. Проникающей называют черепно-мозговую травму

- а) при ушибленной ране мягких тканей
- б) при повреждении апоневроза

- в) при переломе костей черепа
- г) при повреждении твердой мозговой оболочки
- д) при всех перечисленных признаках.

9. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются

- а) отек мозга
- б) компрессия мозга
- в) дислокация мозга
- г) нарушение гематоэнцефалического барьера
- д) все перечисленное

10. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются

- а) церебральная гипоксия
- б) реакция на боль
- в) поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
- г) все перечисленное

11. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют

- а) осмотические диуретики
- б) глюкокортикоидные препараты
- в) барбитураты
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

12. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует выбрать

- а) гидрокортизон
- б) преднизолон
- в) дексаметазон
- г) кортизон

13. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует назначать

- а) манитол
- б) реополиглюкин
- в) полиглюкин
- д) 5% раствор глюкозы

14. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апатический или акинетико-ригидный синдром) назначают

- а) L-допа
- б) наком (синимет, мадопар)
- в) циклодол

- г) любой из перечисленных препаратов
- д) верно а) и б)

15. Для угнетения гиперактивации вестибуло-вегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают

- а) анаприлин
- б) белатаминал
- в) метклопромид
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

16. Причиной внутричерепной гипотензии при черепно-мозговой травме может быть

- а) снижение продукции спинномозговой жидкости
- б) усиление всасывания спинномозговой жидкости
- в) скрытая ликворея
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

17. Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести рентгеновскую или компьютерную томографию головы после введения контрастного вещества

- а) в вену
- б) эндолюмбально
- в) в желудочки мозга
- г) верно а) и б)

18. Если острая проникающая черепно-мозговая травма протекает с повышением температуры, необходимо исключить

- а) внутричерепное кровоизлияние
- б) гнойный менингит
- в) абсцесс мозга
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

19. Наиболее часто патогенетическим фактором эпилептиформного синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы является нестабильное состояние

- а) паренхиматозной кисты
- б) оболочечной кисты
- в) колагенового оболочечно-мозгового рубца
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

20. Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется первичногенерализованными судорогами при патологических очагах

- а) в лобной доле
- б) в теменной доле
- в) в височной доле
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

21. При хронических посттравматических абсцессах мозга корково-подкорковой локализации в клинической картине преобладает

- а) наличие внутричерепной гипертензии
- б) общемозговая симптоматика
- в) эпилептиформный симптомокомплекс
- г) менингеальный синдром
- д) все перечисленное

22. Нестабильность позвоночно-вдвигательного сегмента при позвоночно-спинальной травме возникает в следствие

- а) компрессии позвонков
- б) повреждения фиброзных колец межпозвонковых дисков
- в) повреждения желтых связок
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

23. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются

- а) глиомы
- б) гемангиомы
- в) невриномы
- г) менигеомы

24. Для сочетанного повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв характерно

- а) отечность дистальных отделов конечности
- б) гиперэмия дистальных отделов конечности
- в) понижение кожной температуры конечности
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

25. Скорость регенерации поврежденного аксона при разрыве нерва составляет

- а) 0,1 мм в сутки
- б) 1 мм в сутки
- в) 10 мм в сутки
- г) 1 мм в 10 дней

26. Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны

- а) паралич Дюшена-Эрба
- б) гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц
- в) паралич Дежерина-Клюмпке
- г) гипотрофия круглого пронатора
- д) верно а) и б)

27. Для разрыва локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно

- а) нарушение сгибания кисти
- б) нарушение сгибания концевых фаланг 4-ого и 5-ого пальцев кисти
- в) анестезия в зоне 5-ого пальца кисти
- г) атрофия межкостных мышц кисти
- д) верно б) и в)
- е) верно а) и г)

28. Для разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны

- а) гипемтезия на передней поверхности бедра
- б) паралич сгибателей бедра
- в) паралич разгибателей голени
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

29. Для полного перерыва периферического нерва характерны

- а) боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения
- б) парастезия в зоне иннервации поврежденного нерва
- в) вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
- г) верно а) и в)

30. Характерными признаками каузалгии являются

- а) интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва

- б) гипалгезия и парастезия в зоне иннервации травмированного нерва
- г) нестерпимая боль при давлении на нервный ствол
- д) верно б) и в)

31. При каузалгии эффективным методом физиотерапии является

- а) УВЧ на область локализации боли и сегментарно
- б) электрофорез новокаина на область повреждения
- в) грязевые аппликации невысокой температуры (37⁰ С)
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

32. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации наиболее характерен

- а) корешковый синдром
- б) симптом ликворного толчка
- в) симптом вклинивания
- г) симптом остистого отростка
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

33. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается

- а) при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения
- б) при экстрамедуллярных опухолях грудного уровня
- в) при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения
- г) при опухолях конского хвоста
- д) при экстрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения

34. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является

- а) менингеома
- б) хориоидпапилома
- в) эпендимома
- г) астроцитома

035. Генерализованные эпилептические припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) теменной
- в) височной
- г) затылочной
- д) одинаково часто во всех перечисленных

36. Дугообразная деструкция пирамиды височной кости и сопутствующие штриховые дугообразные петрификаты являются характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва
- б) холестоатомы мосто-мозжечкового угла
- в) невриномы тройничного нерва
- г) всех перечисленных новообразований

37. Радиоизотопная скintiграфия головы малоэффективна

- а) при арахноидэндотелиомах
- б) при менингосаркомах
- в) при доброкачественных глиомах
- г) при метастатических опухолях

38. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении скintiграфии характерен

- а) для менингеом
- б) для краниофарингеом
- в) для аденом гипофиза
- г) для неврином
- д) для астроцитом

39. Опухоли спинного мозга наиболее часто локализуются

- а) интрамедуллярно
- б) эпидурально
- в) субдурально
- г) одинаково часто при всех перечисленных локализациях

40. Гемипарез при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения

- а) перекреста зрительных нервов
- б) зрительного тракта
- в) первичных зрительных центров
- г) путей в лучистом венце
- д) верно б) и г)

41. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- а) двусторонний пирамидный парез в ногах
- б) нарушение координации

- в) астазия – абазия
- г) нарушение поведения
- д) битемпоральные нарушения полей зрения

42. Отличительным признаком опухоли верхней теменной доли является

- а) преобладание пареза в руке
- б) вялый характер пареза
- в) расстройства чувствительности по гемитипу
- г) боли в зоне расстройств чувствительности
- д) верно а) и б)
- е) верно в) и г)

43. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа

- а) эозинофильных
- б) базофильных
- в) хромофобных
- г) для всех перечисленных в одинаковой степени

44. Синдром Бурденко-Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь, слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен

- а) сдавлением структур передней черепной ямки при передне-заднем смещении мозга
- б) нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии
- в) общностью иннервации передней и задней черепных ямок
- г) всеми перечисленными факторами

45. Синдром Гертвига-Мажанди при супратенториальных опухолях чаще наблюдается при опухоли

- а) гипофиза
- б) эпифиза (шишковидной железы)
- в) височной доли
- г) затылочной доли
- д) одинаково часто при любой локализации

46. Изотопная сцинтиграфия наиболее информативна при локализации опухоли

- а) в полушариях мозга
- б) в задней черепной ямке
- в) в базальной области мозга

г) в области кранио-вертебрального перехода

47. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся

- а) снижение обоняния
- б) головная боль
- в) снижение зрения
- г) альтернирующий синдром Вебера

48. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают

- а) зрительные
- б) слуховые
- в) обонятельные
- г) все перечисленные

49. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли

- а) в полушариях головного мозга
- б) в базальной зоне головного мозга
- в) в задней черепной ямке
- г) в краниовертебральной области

50. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («обрубленная пирамида») является характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва
- б) невриномы тройничного нерва
- в) менингеомы блоуменбахова ската

Темы для написания реферата:

1. Ишемический инсульт: факторы риска, клиническая картина, дополнительные методы исследования, базисная и дифференцированная терапия. Показания и противопоказания к тромболитической терапии.
2. Спинальный инсульт (ишемический и геморрагический): факторы риска, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
3. Рассеянный склероз: эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, критерии диагноза, диагностика, лечение.
4. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре: клиника, диагностика, лечение, прогноз.

5. Соматоневрологические синдромы при сердечно-сосудистых заболеваниях, заболеваниях легких, заболеваниях печени, эндокринных заболеваниях.
6. Неврологические проявления шейного, грудного, поясничного остеохондроза позвоночника, диагностика, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Показания к нейрохирургическому удалению грыжи межпозвонкового диска
7. Исследование функций двигательных черепно-мозговых нервов. Синдромы поражения.
8. Симптомы и методы исследования афазия, апраксии, агнозии.
9. Исследование вегетативной нервной системы
10. Соматоневрологические и нейросоматические симптомы
11. Опухоли центральной нервной системы
12. Сосудистые заболевания головного мозга
13. Заболевания периферической нервной системы
14. Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы. Генные болезни
15. Неврозы
16. Острый инсульт и экстрацеребральные осложнения
17. Острый инсульт и СПОН
18. Эпилептический статус. Неотложная помощь и профилактика.
19. Геморрагический инсульт и особенности развития СПОН.
20. Миастенический криз. Принципы и особенности терапии
21. Депрессия сознания, особенности при ОНМК.
22. Виды нарушения ГЭБ, нарушения мозгового кровообращения, ВЧД, отек-набухание головного мозга
23. Механизмы нарушения гемостаза при критических состояниях
24. Принципы лечения тяжелых форм инфекционных и инфекционно-аллергических заболеваний нервной системы
25. Гипоксия: классификация видов гипоксии

Критерии оценки:

Реферат оценивается от 0 до 7 баллов

Критерии оценки	Баллы		
	Ответ не соответствует критерию	Ответ частично соответствует критерию	Ответ полностью соответствует критерию
Реферат логично выстроен, четко структурирован,	1	-	2

объем соответствует требуемому			
Реферат выполнен с корректным использованием заимствований	1	-	2
Студентом представлены объективные проверенные научные источники информации	1	-	2
Студент использует собственные формулировки для предоставления информации	0,5	-	1