

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Павлов Валентин Николаевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:19  
Уникальный программный ключ:  
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e60d07e5ade71dbee

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
А. А. Цыглин  
« 22 » мая 2021 г.

## ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### НЕВРОЛОГИЯ

(наименование дисциплины)

Разработчик	<u>Кафедра неврологии</u>
Специальность	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
Наименование ООП	<u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>
ФГОС ВО	<u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u>

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Неврология**

<b>№</b>	<b>Наименование пункта</b>	<b>Значение</b>
1.	Специальность/направление подготовки	30.05.01 Медицинская биохимия
2.	Наименование дисциплины	Неврология
3.	Для оценки «отлично» не менее	91%
4.	Для оценки «хорошо» не менее	81%
5.	Для оценки «удовлетворительно» не менее	71%
6.	Время тестирования (в минутах)	90 минут

### Код контролируемой компетенции

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
1	К ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТАМ ОТНОСИТСЯ А. туберкулезный Б. паротитный В. бруцеллезный Г. менингококковый	Г
2	ДАВЛЕНИЕ ЛИКВОРА У ВЗРОСЛОГО В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ А. 50-100 мм вод. ст. Б. 100-200 мм вод. ст. В. 200-300 мм вод. ст. Г. 300-400 мм вод. ст.	Б
3	ДЛЯ ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ А. вестибулоспинальных и тектоспинальных трактов Б. передних и боковых рогов спинного мозга В. пирамидных и спиноталамических трактов Г. задних рогов спинного мозга	В
4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА 1 ТИПА ЯВЛЯЮТСЯ А. участки депигментации различной величины и локализации Б. папилломы В. крупные веснушки Г. пигментные пятна цвета «кофе с молоком» более шести	Г
5	ПЕРЕХОД ПУТЕЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НА ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ ПРОИСХОДИТ А. на уровне вхождения в спинной мозг Б. на уровне моста В. на протяжении нескольких сегментов спинного мозга под углом через переднюю серую спайку Г. во внутренней капсуле	В

№	Вопросы	Правильные ответы
---	---------	-------------------

<b>Дополните</b>		
6	Клещи семейства иксодовых являются переносчиками инфекций нервной системы _____.	Клещевого боррелиоза и весенне-летнего (клещевого) энцефалита
7	Поражение паллидо-нигральной системы приводит к развитию _____.	Акинетико-ригидного синдрома (паркинсонизма)
8	Предшественником нейромедиатора серотонина является аминокислота _____.	L-триптофан
9	При полиомиелите поражаются _____.	Передние рога спинного мозга
10	Первичный биохимический дефект при болезни Вильсона-Коновалова связан с патологией белка _____.	Cu <sup>2+</sup> -зависимой АТФ-азы
11	Основным медиатором тормозного действия является _____.	Гамма-аминомасляная кислота
12	Очень высокий показатель активности креатинфосфокиназы у мальчика с миопатическим синдромом позволяет предположить _____.	Прогрессирующую мышечную дистрофию Дюшенна/Беккера
13	Астереогноз возникает при поражении _____.	Теменной доли
14	Основными нейромедиаторами вегетативной нервной системы являются _____.	Ацетилхолин и норадреналин
15	Нейротоксичность фосфорорганических веществ обусловлена подавлением активности фермента _____.	Ацетилхолинэстеразы
16	Люмбальная пункция проводится на уровне _____ поясничного отдела позвоночника.	LIII- LIV
17	Наличие геморрагической сыпи у пациента с острым бактериальным менингитом позволяет заподозрить возбудитель _____.	N. meningitis
18	Статико-локомоторная атаксия возникает при поражении _____.	Червя мозжечка
19	При избытке дофамина развивается _____.	Гиперкинетический синдром
<b>Ответьте на вопрос</b>		
20	При поражении правого полушария мозжечка атаксия возникает в правых конечностях, объясните почему?	Путь, несущий информацию от полушария мозжечка к конечностям (tr. dentatorubrospinalis) делает два перекреста (в верхнем мозговом парусе и в среднем мозге).

### Код контролируемой компетенции

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
21	ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПАРАЛИЧА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОД А. оценки амплитуды (объема) пассивных движений Б. оценки мышечной силы В. пробы Барре Г. оценки амплитуды (объема) активных движений.	А
22	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА А. дисфагия Б. ипсилатеральная прозоплегия В. контралатеральная гемиплегия Г. дисфония	Б
23	СТАТИЧЕСКАЯ АТАКСИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ А. позы Ромберга Б. пробы Бабинского В. пальценосовой пробы Г. коленопяточной пробы	А
24	ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ А. гемипарез Б. гемианопсия В. ретро- и антероградная амнезия Г. корешковый синдром	В
25	ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ А. остроты зрения Б. цветового зрения В. полей зрения Г. глазного дна	В
26	ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКОГО ПРИПАДКА НЕ ХАРАКТЕРНО А. двухсторонних тонико-клонических судорог Б. поворота глаз и головы в сторону В. утраты сознания	Б

	Г. расслабления сфинктеров	
27	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ А. полиневропатия Б. зрительная и слуховая агнозия В. паркинсонизм Г. сенсорная афазия	В

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Дополните</b>		
28	Для подтверждения диагноза субарахноидального кровоизлияния наиболее информативным методом является _____.	Исследование цереброспинальной жидкости
29	_____ - снижение остроты зрения.	Амблиопия
30	Поза «легавой собаки» наблюдается при _____.	Менингеальном синдроме
31	Образование фибриновой пленки в серозном ликворе позволяет предположить _____.	Туберкулезный менингит
32	Для оценки наличия сенситивной атаксии проводится исследование координаторных проб и равновесия при _____.	Закрытых глазах
33	Для оценки мышечного тонуса используются _____.	Пальпация и пассивные движения
34	Псевдобульбарный синдром обусловлен поражением _____.	Кортико-нуклеарных путей с обеих сторон
35	Ухудшение состояния пациента с травмой головного мозга после «светлого промежутка» чаще всего обусловлено наличием _____.	Субдуральной гематомы
36	Утренняя или ночная головная боль с тошнотой и рвотой является признаком _____.	Внутричерепной гипертензии
37	_____ - падение вследствие внезапной потери мышечного тонуса.	Катаплексия
38	_____ - нарушение выполнения быстрых противоположных движений.	Дисдиадохокinez
39	Пяточно-коленная проба используется для оценки _____.	Динамической атаксии в нижних конечностях
40	_____ - нарушение соразмерности движений.	Дисметрия
41	К проявлениям синдрома Горнера относятся _____.	Птоз, миоз, энофтальм, ангидроз и покраснение половины лица
42	Снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей характерно для _____.	Полинейропатии
<b>Ответьте на вопрос</b>		
43	У пациента выявлены центральный гемипарез слева и отклонение языка в правую сторону. Как называется данный синдром? Объясните, какие нервные структуры и на каком уровне пострадали.	Синдром Джексона (альтернирующий синдром бульбарного уровня). Поражение в

		продолговатом мозге кортико-спинального пути и ядра XII черепного нерва справа
44	У пациента выявлены птоз, расходящееся косоглазие и мидриаз слева. Какой черепной нерв поражен?	III черепной нерв слева
45	У пациента выявлено нарушение поверхностной чувствительности с обеих сторон с уровня паховой складки (12 грудной сегмент). На каком уровне произошло поражение спинного мозга? Объясните, почему есть несоответствие уровня поражения спинного мозга и локализации симптомов на туловище.	10 грудной сегмент спинного мозга. Несоответствие уровня поражения спинного мозга и границы чувствительных нарушений объясняется переходом волокон поверхностной чувствительности на противоположную сторону (наискосок на 2 сегмента выше)
46	У пациента выявлено сходящееся косоглазие справа. Какой черепной нерв поражен?	VI черепной нерв справа
47	У пациента отмечается дистальный периферический тетрапарез, снижение чувствительности в стопах и кистях. Какие неврологические структуры поражены?	Периферические нервы конечностей
48	У пациента выявлена дисфагия, дисфония, дизартрия, отсутствие глоточного рефлекса. Как называется неврологический синдром и какие неврологические структуры поражены?	Бульбарный синдром, поражены черепные нервы IX, X, XII с обеих сторон
49	У пациента отмечается затруднение разгибания правой кисти, кисть выглядит «свисающей», снижение чувствительности в области тыльной поверхности 1, 2, 3 пальцев и нижней части предплечья, а также снижение карпорадиального рефлекса. Какой нерв поражен? На каком уровне чаще возникает поражение данного нерва?	Лучевой нерв справа. Компрессия нерва на уровне спирального канала плечевой кости
50	Неврологические проявления опухоли головного мозга характеризуются общемозговыми, а также очаговыми симптомами, возникающими в месте локализации опухоли и «на отдалении». Объясните механизм появления очаговых симптомов «на отдалении».	Очаговые симптомы «на отдалении» возникают вследствие дислокации мозга

### Код контролируемой компетенции

ПК-2. Способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации лабораторных данных и рекомендовать им оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
51	СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ В НОРМЕ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ А. 0,15-0,45 мг/л Б. 0,15-0,45 мг/дл В. 0,15-0,45 ммоль/л Г. 0,15-0,45 г/л	Г
52	АНТИНУКЛЕАРНЫЕ АНТИТЕЛА ЯВЛЯЮТСЯ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ А. тиреотоксикоза Б. системной красной волчанки В. рассеянного склероза Г. болезни Гентингтона	Б
53	АНАЛИЗ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ВЫЯВЛЯЕТ _____ А. нейтрофильный лейкоцитоз Б. тромбоцитопению В. повышение СОЭ Г. снижение гемоглобина	Б
54	ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРОКСИМАЛЬНОЙ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ (5Q) ЯВЛЯЕТСЯ А. молекулярно-генетический метод Б. биохимический метод В. цитогенетический метод Г. иммуногистохимический метод	А
55	ДЛЯ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО А. прозрачность Б. желтовато-зеленый цвет В. нейтрофильный плеоцитоз Г. увеличение белка	А
56	МЕДНЫЙ ОБМЕН ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А. гиперкупрурией Б. гипоцерулоплазминемией В. гипокупрурией Г. гипокупремией	В
57	ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ А. гипохолестеринемия Б. гипергомоцистеинемия В. гиперальбуминемия Г. гипокреатининемия	Б
58	ДИАГНОЗ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ А. положительной ПЦР при исследовании крови Б. положительной ПЦР при исследовании цереброспинальной жидкости	Б



	В. высоким титром антител к вирусу герпеса в крови Г. наличием типичных герпетических высыпаний	
59	ДИАГНОЗ НЕЙРОСИФИЛИСА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ А. отрицательной реакции Вассермана Б. отрицательной РИФ в крови В. нормальном цитозе в ликворе Г. отрицательной реакции Вассермана в ликворе	Г

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Дополните</b>		
60	Значительное снижение уровня глюкозы в цереброспинальной жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного _____.	Mycobactérium tuberculósis
61	Доза варфарина для больных с кардиоэмболией для вторичной профилактики инсульта, должна обеспечивать поддержание МНО на уровне _____.	2-3
62	У больного с алкогольным поражением периферической нервной системы типично повышение активности в крови фермента _____.	Гамма-глутамилтрансферазы
63	При появлении примеси крови в цереброспинальной жидкости субарахноидальное кровоизлияние в отличие от травматической пункции характеризуется _____.	Равным окрашиванием в красный цвет в трех последовательных пробах
64	При подозрении на заболевание мышц необходимо исследовать активность фермента _____.	Креатинфосфокиназы
65	Ген болезни Гентингтона локализован на _____.	4 хромосоме
66	Мутацией, приводящей к развитию болезни Фридрейха, является _____.	Экспансия GAA-повторов в гене <i>FXN</i>
67	Подтверждающим методом диагностики нейрофиброматоза II типа является _____.	Молекулярно-генетический метод
68	Причиной развития болезни Гентингтона является мутация - _____.	Экспансия CAG-повторов
69	В общем анализе крови у пациентов с болезнью Гоше выявляется _____.	Цитопения
70	Для подтверждения болезни Краббе следует измерить в лейкоцитах крови активность фермента _____.	Галактоцереброзидазы
71	У большинства пациентов с рассеянным склерозом в цереброспинальной жидкости выявляется _____ тип синтеза антител.	2 (олигоклональный)
72	Время свертывания крови при геморрагическом инсульте _____.	Увеличивается
73	При выявлении в цереброспинальной жидкости плейоцитоза с преобладанием нейтрофилов следует провести _____.	Бактериологическое исследование
74	Для подтверждения диагноза метахроматической лейкодистрофии следует измерить в лейкоцитах крови активность фермента _____.	Арилсульфатазы А
75	При тирозинемии I типа является характерным повышение в крови _____.	Сукцинилацетона
76	Возбудителем менингита у детей и молодых взрослых чаще всего является _____.	<i>N. meningitis</i>

77	Для подтверждения диагноза весенне-летнего энцефалита требуется обнаружение в крови у пациента _____.	Иммуноглобулинов класса М
78	_____ - серологический маркер оптикомиелита (болезни Девика).	Антитела к аквапорину-4
79	При миастении вырабатываются антитела к _____.	К ацетилхолиновым рецепторам
80	Модифицирующим влиянием на течение проксимальной спинальной мышечной атрофии (5q) обладает _____.	Ген <i>SMN2</i>
81	Появление красной окраски мочи у пациента с полинейропатией, болями в животе позволяет предположить _____.	Острую перемежающую порфирию
82	Ген миотонической дистрофии I типа локализован _____.	На 19 хромосоме
<b>Ответьте на вопрос</b>		
83	В какой биологической жидкости следует измерять метаболиты дофамина при подозрении на нарушение его метаболизма?	В моче
84	Какой метод молекулярно-генетической диагностики предпочтительнее использовать для подтверждения диагноза мышечной дистрофии Дюшенна/Беккера и почему?	MLPA (мультиплексная амплификация лигированных зондов) является методом первой линии выбора для поиска мутаций в гене мышечной дистрофии Дюшенна/Беккера, до 80% мутаций в котором представляют делеции и дупликации его экзонов
85	Какой метод молекулярно-генетической диагностики предпочтительнее использовать при диагностике туберозного склероза и почему?	Секвенирование генов <i>TSC1</i> , <i>TSC2</i> , т.к. большинство мутаций в них являются точковыми.

### Код контролируемой компетенции

ПК-3. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Выберите один правильный ответ</b>		
86	ПЕРВОЙ МЕРОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ПРИСТУПА БОЛЬНОМУ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ	А

	ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРИСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ А. бережная иммобилизация головы Б. иммобилизация конечностей В. дача ингаляционного наркоза с закисью азота Г. наложение трахеостомы	
87	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ _____ А. антигипертензивные средства Б. антикоагулянты и тромболитические средства В. дегидратирующие средства Г. хирургические методы	Б
88	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____ А. появление симптомов инсульта менее 4,5 часов до начала терапии Б. ишемический характер инсульта В. возраст пациента старше 18 лет Г. геморрагический характер инсульта	Г
89	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ В НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНОГО С ИНСУЛЬТОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ А. утрата сознания Б. рвота В. психомоторное возбуждение Г. инфаркт миокарда	Г

№	Вопросы	Правильные ответы
<b>Дополните</b>		
90	Для коррекции падения сердечной деятельности целесообразно назначение _____.	адреналина
91	Для поддержки уровня артериального давления у пациента в коме можно использовать _____.	дофамин
92	Патогенетическое лечение отравления метанолом включает _____.	введение этанола
93	В качестве недифференцированной терапии при острых нарушениях мозгового кровообращения не используются _____.	тромболитические препараты
94	Первая помощь при вазовагальном обмороке включает _____.	горизонтальное положение с приподнятыми ногами
95	В диагностике смерти мозга основная роль отводится _____.	электроэнцефалографии

96	Холинергический криз снимается введением _____.	атропина
97	Препаратом первой очереди я для купирования эпилептического приступа является _____.	диазепам
98	Для купирования миастенического криза используется _____.	неостигмина метилсульфат
99	Психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов - признаки проявления передозировки _____.	атропина
100	При остановке дыхания и/или кровообращения необходимо проводить _____.	сердечно-легочную реанимацию

## Задачи

### Код контролируемой компетенции

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-1	Пациент жалуется на снижение обоняния слева. Почему при исследовании обонятельной функции не рекомендуется использовать пары нашатырного или этилового спирта?	Пары нашатырного или этилового спирта раздражают чувствительные рецепторы не обонятельного (I) нерва, а тройничного нерва (V).
2.	ОПК-1	У пациента птоз справа, правый зрачок шире левого, реакция правого зрачка на свет вялая, левого – живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Какой черепной нерв поражен? Почему расширен зрачок справа?	Глазодвигательный (III) нерв справа. Зрачок справа расширен из-за усиления влияния симпатических волокон, иннервирующих m. dilatator pupillae.
3.	ОПК-1	Пациентка обращенную речь не понимает, выполняет лишь простейшие задания, отмечаются вербальные и литеральные парафазии. Синдром? Локализация поражения?	Сенсорная афазия. Задние отделы верхней височной извилины доминантного полушария.
4.	ОПК-1	У пациента выявлены синдром Горнера справа. Дисфония, дисфагия, язычок отклоняется влево, глоточный рефлекс справа не вызывается, слева – умеренно живой. Гипестезия болевой чувствительности на лице справа. Язык по средней линии. Дизартрии нет. Атаксия справа при выполнении координационных проб. Анизорефлексия S>D,	Альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко развивается при поражении задней нижней мозжечковой

		симптом Бабинского слева. В левой руке положительная проба Барре. Легкая левосторонняя гемигипалгезия. Определите альтернирующий синдром. Поражение какого сосуда приводит к его развитию?	артерии.
5.	ОПК-1	У пациента брадикинезия, тремор покоя рук, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Определите неврологический синдром. При дефиците какого нейромедиатора он развивается?	Синдром паркинсонизма развивается при дефиците дофамина.
6.	ОПК-1	При поражении полушария или половины ствола головного мозга нарушение произвольного движения (парез/паралич) развивается на противоположной стороне. Объясните, почему.	Кортикоспинальный путь переходит на противоположную сторону на уровне пирамид продолговатого мозга.
7.	ОПК-1	При поражении полушария мозжечка двигательные нарушения (динамическая атаксия) развиваются на своей стороне. Объясните, почему?	Путь, связывающий мозжечок со спинным мозгом, делает два перекреста (верхний – в верхнем мозговом парусе, нижний – подкрасноядерный).
8.	ОПК-1	При поражении лицевого нерва в канале может возникнуть нарушение вкусовой чувствительности на передних двух третях языка на стороне поражения. Объясните, почему?	В канале лицевого нерва вместе с ним проходит барабанная струна, несущая волокна вкусовой чувствительности.
9.	ОПК-1	При поражении половины спинного мозга у пациента развиваются нарушения глубокой чувствительности с уровня поражения и ниже, а нарушения поверхностной чувствительности на противоположной стороне на два сегмента ниже уровня поражения. Объясните почему?	Боковой спиноталамический путь (несущий проводники поверхностной чувствительности) переходит на противоположную сторону на 2 сегмента выше.
10.	ОПК-1	У пациента сглажена носогубная складка слева, опущен левый угол рта. Определите неврологический синдром и что поражено. Почему не развивается слабость остальных мимических мышц левой половины лица?	Поражение лицевого нерва по центральному типу (кортико-нуклеарный путь справа). Сохранность остальных мышц определяется тем,

			что верхняя часть ядра лицевого нерва получает иннервацию от кортико-нуклеарных путей с обеих сторон.
--	--	--	---

### Код контролируемой компетенции

ОПК-2 - способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния *in vivo* и *in vitro* при проведении биомедицинских исследований.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ОПК-2	У больного 72 лет днем внезапно развивается нарушение сознания, рвота. В приемном покое при осмотре: голова и взор обращены влево, центральный парез VII нерва справа. Правосторонняя гемиплегия. Симптом Бабинского справа. На болевые раздражения справа реакции нет, слева – двигательный ответ. Менингеальных симптомов нет. В соматическом статусе: АД=180/100 мм рт.ст., пульс – 88 уд/мин, ЧСС=110-116 уд/мин. На электрокардиограмме периодически регистрируются приступы учащения сердечных сокращений до 148 в минуту при сохранении нормального ритма; комплекс QRS деформирован и расширен. В легких, в нижних отделах незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес инфаркт миокарда, с тех пор часто беспокоят приступы сердцебиения. АД всегда было в пределах 130-140/90 мм рт.ст. Через 6 часов на фоне проводимой терапии наметилась положительная динамика: уменьшилась степень нарушения сознания,	Локализация поражения: левое полушарие головного мозга. Предварительный диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Пациенту показано проведение магнитно-резонансного томографического исследования головного мозга.

		но больной оставался заторможенным, сонливым. Голова и взор – по средней линии. Правая нога, согнутая в коленном суставе, некоторое время удерживается, затем постепенно разгибается. Выявилась сенсомоторная афазия. Определите локализацию поражения, предварительный клинический диагноз и метод исследования для его подтверждения.	
2.	ОПК-2	В стационар машиной «скорой помощи» доставлен больной 40 лет в состоянии психомоторного возбуждения в сопровождении сотрудника, со слов которого, сегодня на работе больной внезапно пожаловался на сильную головную боль, упал, была повторная рвота. Раньше считал себя здоровым, в анамнезе лишь простудные заболевания. В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Сухожильные рефлексы на руках умеренно живые, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы умеренной живости. Определите основной неврологический синдром и предварительный клинический диагноз. Какой метод исследования показан для подтверждения диагноза.	Основной неврологический синдром: менингеальный. Предварительный диагноз: субарахноидальное кровоизлияние. Пациенту показана люмбальная пункция и исследование ликвора.
3.	ОПК-2	У больного 55 лет, страдающего гипертонической болезнью, после физического и эмоционального напряжения внезапно появились головная боль, рвота, затем потеря сознания. При объективном осмотре – состояние тяжелое, кома, гипертермия, гипергидроз. АД – 220/120 мм рт.ст. Перкуторно определяется расширение границ сердца влево, аскультативно – акцент II тона на аорте. Неврологически выявляются менингеальный синдром, правосторонняя гемиплегия. На ЭКГ – электрическая ось отклонена влево, на глазном дне сужение и извитость артериол, расширение вен, единичные кровоизлияния. Определите локализацию поражения и клинический диагноз.	Левое полушарие головного мозга. Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу (паренхиматозное).
4.	ОПК-2	У больного 68 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу инфаркта миокарда, на фоне ясного сознания появилось снижение зрения на левый глаз, ослабли правая рука и нога. Родственники сообщили, что подобное состояние у больного отмечается уже 3-й раз. Ведущие неврологические синдромы?	Амблиопия слева, гемипарез справа. Левое полушарие головного мозга. Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения. Вероятно:



		Локализация патологического процесса? Предположительный клинический диагноз?	Транзиторная ишемическая атака.
5.	ОПК-2	<p>Больной 25 лет, лесоруб. Весной, работая в лесу, подвергся укусам клещей, на что не обратил внимания. Через 10 дней появилась резкая головная боль, тошнота, рвота. Отмечалось повышение температуры до 39°C, озноб, боли в области шеи. Был расценен как больной гриппом и лечился амбулаторно. Состояние больного ухудшалось и в последующие 2-3 дня появилась слабость в руках и мышцах шеи. В неврологическом статусе: вялые парезы мышц шеи и рук, чувствительных нарушений нет. Общий анализ крови: лейкоциты <math>12 \times 10^{12}/л</math>, лейкоформула – сегментоядерные – 48, палочкоядерные – 9, лимфоциты – 36, моноциты – 8, СОЭ – 23 мм/час, эритроциты <math>4,2 \times 10^{12}</math> л, гемоглобин – 143 г/л. Определите локализацию патологического процесса; клинический диагноз и предложите методы подтверждения диагноза.</p>	<p>Локализация патологического процесса: передние рога спинного мозга на уровне шейного отдела. Предварительный клинический диагноз: клещевой энцефаломиелит. Для его подтверждения необходимо определить наличие антител класса M/G.</p>
6.	ОПК-2	<p>Больной 38 лет, поскользнулся на улице, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в себя, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту.</p> <p>При осмотре: в сознании, вял, АД – 115/70 мм рт.ст. Пульс – 54 в минуту. Легкая ригидность мышц затылка, опущен левый угол рта, девиация языка влево. Сила в левой руке несколько снижена. Сухожильные и периостальные рефлексы слева выше, чем справа. Симптом Бабинского слева. В отделении у больного развился приступ тонических судорог в левой кисти, без потери сознания. На краниограмме в двух проекциях – линейная трещина правой лобной кости. На компьютерной томограмме – очаг разможжения мозга в правой лобной доле. В ликворе – примесь крови. Определите: Ведущие неврологические синдромы. Локализацию патологического процесса. Предположительный клинический диагноз.</p>	<p>Синдром нарушения сознания, менингеальный синдром, центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, центральный парез левой руки, фокальный моторный эпилептический приступ. Локализация процесса: правая лобная доля. Диагноз: Черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга с кровоизлиянием.</p>
7.	ОПК-2	<p>Больной 25 лет. В течение 2-х дней было недомогание с температурой 39°C. Затем появились резкие опоясывающие боли на уровне сосков. Одновременно с этим отметил слабость в ногах, покалывание, онемение. Слабость и онемение в ногах</p>	<p>Центральная нижняя параплегия. Проводниковое расстройство чувствительности (спинальный подтип).</p>

		<p>быстро нарастали. При осмотре в неврологическом статусе: черепная иннервация без особенностей. Менингеальных явлений нет. Активные движения в ногах отсутствуют. Тонус мышц в ногах повышен по спастическому типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Клонусы стоп. Симптомы Бабинского, Россолимо на обеих ногах. Гипестезия всех видов чувствительности с уровня Th5 сегмента. Задержка мочеиспускания и дефекации. Рентгенограмма грудного отдела позвоночника без патологии. Определите неврологические синдромы, предварительный клинический диагноз. Какой метод дополнительного исследования можно рекомендовать?</p>	<p>Нарушение функции тазовых органов. Клинический диагноз: Острый поперечный миелит. Пациенту показана люмбальная пункция и исследование ликвора.</p>
8.	ОПК-2	<p>9-летний мальчик на протяжении 3-4 лет жалуется на слабость в руках и ногах, затруднение вставания и ходьбы, невозможность бега. В последний год слабость в руках и ногах стала настолько выраженной, что мальчик не смог посещать школу. Его дядя по матери умер в молодом возрасте от мышечного заболевания.</p> <p>Неврологическое обследование выявило симметричную слабость и атрофию мышц плечевого пояса, бедер и таза, «крыловидное» выступание лопаток, гиперлордоз поясничного отдела, отсутствие бицепитальных, трицепитальных и коленных рефлексов, увеличение в объеме и уплотнение икроножных мышц. Чувствительность сохранена. Садится в постели и встает, опираясь на руки или удерживаясь руками за предметы. Определите ведущий клинический синдром. Локализация поражения? Предположительный клинический диагноз?</p>	<p>Ведущий неврологический синдром: миопатический. Локализация поражения: мышечные клетки. Предположительный диагноз: Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна/Беккера.</p>
9.	ОПК-2	<p>Больная, 65 лет, страдает артериальной гипертензией около 20 лет, с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт.ст. Утром после стрессовой ситуации появились сильная головная боль, головокружение, онемение в правой руке, слабость в кисти, затруднение речи. При осмотре: сердечные тоны глухие, границы сердца расширены влево. При аускультации сосудов шеи – систолический шум на левой сонной артерии. Отмечается сглаженность правой носогубной складки, девиация языка</p>	<p>Ведущие неврологические синдромы: центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа, центральный парез правой руки, моторная дисфагия. Топический диагноз: поражение левой лобной доли.</p>

		<p>вправо, легкая слабость в правой руке в пробе Барре, сухожильные рефлексы D&gt;S на руках. Патологических знаков нет. Обращенную речь понимает. В собственной речи – персеверации. На ЭКГ – преобладание потенциалов левых отделов сердца. На глазном дне выявляется сужение артерий и артериол. Спустя 1,5 часа на фоне лечения слабость в руке прошла, онемение регрессировало, речь восстановилась полностью. Определите ведущие неврологические синдромы. Локализация поражения? Предположительный клинический диагноз?</p>	<p>Диагноз: Преходящее нарушение мозгового кровообращения.</p>
10.	ОПК-2	<p>Больная А., 45 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь с высокими цифрами АД. Заболела остро, когда на фоне головной боли и повышения артериального давления до 220/100 мм рт.ст., утром обратила внимание на асимметрию лица: перестал закрываться левый глаз, возникла неловкость при жевании, перестала ощущать вкус съеденной пищи. При поступлении общемозговых и менингеальных симптомов нет. АД – 200/100 мм рт.ст. Лагофthalm, сглажена левая носогубная складка, грубая асимметрия оскала. Больная не может наморщить лоб слева, надуть щеки, свистнуть. Корнеальный и орбикулярный рефлексы слева не вызываются. Язык расположен по средней линии, глотание и фонация сохранены. Чувствительность на лице сохранена, на языке определяется гипестезия на болевую и вкусовую чувствительность слева. Других неврологических симптомов нет. Определите ведущие неврологические синдромы. Локализация поражения? Предположительный клинический диагноз?</p>	<p>Ведущие неврологические синдромы: периферический парез лицевого нерва слева, нарушение вкусовой чувствительности слева. Топический диагноз: поражение левого лицевого нерва в канале (до отхождения барабанной струны). Предположительный диагноз: паралич Белла слева.</p>

### Код контролируемой компетенции

ПК-2 - способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации лабораторных данных и рекомендовать им оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ПК-2	<p>Больной Х., 64 лет. Поступил с жалобами на общую слабость, неловкость в левых конечностях, пошатывание при ходьбе. Объективно: выражен левосторонний центральный гемипарез до 3 баллов. При люмбальной пункции давление ликвора 260 мм вод.ст., белок – 1,98 г/л, цитоз – 4/3. Глазное дно – начинающийся отек дисков зрительных нервов (стушеванность границ, вены широкие, извиты, артерии узкие). ЭХО-ЭГ – смещение М-эхо справа налево на 6 мм. В динамике – нарастание застоя на глазном дне, появились плазморрагии и геморрагии справа. Постепенно больной становился загруженным, адинамичным, аспонтанным. Наросли двигательные нарушения до плегии в левых конечностях. Смещение срединных структур справа налево достигло 11 мм. Определите ведущие неврологические синдромы. Проведите интерпретацию результатов исследования ЦСЖ. Какой дополнительный метод исследования можно порекомендовать?</p>	<p>Синдром нарушения сознания, левосторонний центральный гемипарез/гемиплегия. Ликворный синдром: белково-клеточная диссоциация, что может свидетельствовать о наличии опухоли или демиелинизирующего процесса. Пациенту показано проведение магнитно-резонансного томографического исследования головного мозга.</p>
2.	ПК-2	<p>Больной 17 лет. Заболел остро с жалобами на выраженную головную боль и повышение температуры до 39°C. При осмотре в неврологическом статусе: вял, заторможен, лежит на боку, запрокинув голову назад. Положительные менингеальные знаки Брудзинского, Кернига, ригидности затылочных мышц. Анализ ликвора: жидкость мутная, желто-зеленая. Давление 370 мм вод.ст., белок 1,2 г/л, цитоз 5100/3 (80% нейтрофилы). Определите неврологические синдромы, проведите интерпретацию результатов исследования ЦСЖ. Какой дополнительный метод исследования ЦСЖ можно порекомендовать?</p>	<p>Основные синдромы: синдром нарушения сознания, менингеальный синдром. Ликворный синдром: клеточно-белковая диссоциация (гнойный ликвор). Требуется проведение бактериологического исследования ликвора.</p>
3.	ПК-2	<p>Больной 12 лет. Заболел остро с жалобами на боли в животе, тошноту и рвоту, повышение температуры до 37,5°C. Через три дня появилась слабость в правой руке и левой ноге. из анамнеза известно, что</p>	<p>Основные синдромы: менингеальный синдром, периферический парез правой руки и левой</p>

		<p>вакцинации против полиомиелита не проводилось. При осмотре в неврологическом статусе: положительные менингеальные знаки Брудзинского, Кернига, ригидности затылочных мышц. Периферический парез правой руки и левой ноги. Анализ ликвора: жидкость опалесцирующая (слабо-мутная). Давление 310 мм вод.ст., белок 0,9 г/л, цитоз 800/3 (80% лимфоциты). Определите неврологические синдромы, проведите интерпретацию результатов исследования ЦСЖ. Какой дополнительный метод исследования ЦСЖ можно порекомендовать?</p>	<p>ноги. Ликворный синдром: клеточно-белковая диссоциация (серозный ликвор). Требуется проведение вирусологического исследования ликвора/крови, иммунологического исследования крови (для исключения полиомиелита).</p>
4.	ПК-2	<p>В стационар машиной «скорой помощи» доставлена больная 36 лет в состоянии психомоторного возбуждения в сопровождении сотрудника, со слов которого, сегодня на работе больная внезапно пожаловалась на сильную головную боль, упала, была повторная рвота. Раньше считала себя здоровым, в анамнезе лишь простудные заболевания. В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Птоз слева, расходящееся косоглазие за счет левого глазного яблока. Анизокория, слева зрачок шире. Сухожильные рефлексы на руках умеренно живые, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы угнетены. Температура тела 37,6°C. АД – 180/90 мм рт.ст. Ps=86 /мин, ритмичный. По органам – без патологии. В ОАК лейкоцитоз – 9200, сегментоядерных 75%, лимфоцитов 10%. Анализ ликвора: красного цвета. Давление 310 мм вод.ст., белок 0,7 г/л, цитоз: эритроциты сплошь. Определите неврологические синдромы, предварительный клинический диагноз, проведите интерпретацию результатов исследования ЦСЖ. Какой дополнительный метод исследования можно порекомендовать?</p>	<p>Основные неврологические синдромы: синдром нарушения сознания, менингеальный, поражение левого глазодвигательного нерва. Предварительный диагноз: субарахноидальное кровоизлияние. Ликворный синдром: геморрагический ликвор. Пациентке показано проведение магнитно-резонансного томографического исследования головного мозга и сосудов.</p>
5.	ПК-2	<p>5-летний мальчик на протяжении 2 лет жалуется на слабость в руках и ногах, затруднение вставания и ходьбы, невозможность бега.</p> <p>Неврологическое обследование выявило симметричную слабость и атрофию мышц плечевого пояса, бедер и таза, «крыловидное» выступание лопаток,</p>	<p>Предварительный диагноз: прогрессирующая мышечная дистрофия. Рекомендовано исследовать активность креатинфосфокиназы.</p>

		гиперлордоз поясничного отдела, отсутствие бицепитальных, трицепитальных и коленных рефлексов, увеличение в объеме и уплотнение икроножных мышц. Чувствительность сохранена. Садится в постели и встает, опираясь на руки или удерживаясь руками за предметы. В биохимическом анализе крови гиперферментемия: АЛТ 240 Ед/л, АСТ 310 Ед/л. Предположительный клинический диагноз? Исследование еще какого фермента требуется провести? Какой метод медицинской генетики нужно порекомендовать для подтверждения диагноза?	Провести молекулярно-генетическое исследование: исследование частых мутаций в гене <i>DMD</i> и, при отрицательном результате, секвенирование панели генов мышечных дистрофий.
6.	ПК-2	На консультацию к генетику по рекомендации невролога обратился мужчина 45 лет с жалобами на произвольные движения в виде подергиваний рук, лица, ног, а также снижение памяти, которые начались около двух лет назад. Подобные симптомы были у его отца, а также у деда и тетки по отцовской линии. При осмотре выявлен генерализованный хореический гиперкинез и снижение интеллектуальных функций умеренной степени. Предварительный диагноз? Какой метод подтверждающей диагностики нужно предложить?	Предварительный диагноз: болезнь Гентингтона. Подтверждающий метод диагностики: молекулярно-генетический: определение количества тринуклеотидных повторов в гене <i>HTT</i> .

### Код контролируемой компетенции

ПК-3 - способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

№	Код контролируемой компетенции	Содержание задания	Правильные ответы
1.	ПК-3	Больной 48 лет, при подъеме тяжести у него внезапно возникла головная боль, боли в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота, потерял сознание на несколько секунд. Экстренно госпитализирован. Черепно-мозговую травму отрицает. При осмотре: больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с кровати несмотря на запреты. Общая	Синдром нарушения сознания, менингеальный синдром, синдром поражения правого глазодвигательного нерва. Ликворный синдром: геморрагический ликвор свидетельствует

		<p>гиперестезия. Выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с двух сторон. Птоз справа, правый зрачок шире левого, реакция правого зрачка на свет вялая, левого – живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок 2,0 г/л, цитоз – 242/3. Определите ведущие неврологические синдромы, локализацию патологического процесса, клинический диагноз. Предложите тактику ведения больного.</p>	<p>о субарахноидальном кровоизлиянии. Пациенту показано проведение магнитно-резонансного томографического исследования головного мозга, решение вопроса об оперативном вмешательстве (клипирование возможной аневризмы), назначение препарата - блокатора кальциевых каналов (нимотоп).</p>
2.	ПК-3	<p>Больной 45 лет заболел остро с жалобами на выраженную головную боль и повышение температуры до 39°C. Экстренно госпитализирован. При осмотре в неврологическом статусе: вял, заторможен, лежит на боку, запрокинув голову назад. Положительные менингеальные знаки Брудзинского, Кернига, ригидности затылочных мышц. Анализ ликвора: жидкость мутная, желто-зеленая. Давление 350 мм вод.ст., белок 1,3 г/л, цитоз 2100/3 (80% нейтрофилы). Определите неврологические синдромы, клинический диагноз. Тактика ведения пациента.</p>	<p>Основные синдромы: синдром нарушения сознания, менингеальный синдром. Ликворный синдром: клеточно-белковая диссоциация (гнойный ликвор). Диагноз: Острый бактериальный менингит. Требуется проведение бактериологического исследования ликвора, назначение антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины), противовоспалительной терапии: ГКС, симптоматической терапии.</p>
3.	ПК-3	<p>Больная, 25 лет, внезапно вскрикнула и упала, отмечено произвольное мочеиспускание. При осмотре: контакта с пациенткой нет, зрачки расширены, реакции на свет нет, цианоз губ, из угла рта – пенная жидкость, АД 150/90 мм рт ст, пульс напряженный 95 в минуту, ЧД 20 в минуту; тоническое напряжение мышц рук и ног, которое сменилось подергиваниями длилось около 1,5 минут. При расспросе пациентки после сна, о данном приступе не помнила, но сообщила, что ранее таких приступов не было. Определите ведущий неврологический синдром. Тактика ведения пациентки. Помощь во время</p>	<p>Ведущий неврологический синдром: эпилептический (генерализованный тонико-клонический приступ). Пациентке показано дообследование (ЭЭГ, МРТ головного мозга) и решение вопроса о противоэпилептическом лечении. Во время приступа – иммобилизация головы,</p>

		приступа.	введение диазепам.
4.	ПК-3	<p>Больная 70 лет, днем в магазине у нее внезапно нарушилась речь, не смогла ответить на вопросы окружающих, экстренно доставлена в стационар. Объективно: состояние тяжелое, контакт затруднен. Кожные покровы с цианотичным оттенком, незвонкие мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких с двух сторон. АД=160/100 мм.рт. ст., пульс – 96 уд/мин, ритмичный. Границы сердца расширены, сердечные тоны глухие. На ЭКГ – преобладание потенциалов правых отделов сердца. Живот безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пастозность голеней. При аускультации сосудов шеи – систолический шум на левой сонной артерии. Обращенную речь не понимает, выполняет лишь простейшие задания, отмечаются вербальные и литеральные парафазии. Сухожильные рефлексy D&gt;S. Другой неврологической симптоматики нет. Определите ведущий неврологический синдром. Локализация поражения? Предположительный клинический диагноз? Тактика ведения пациентки?</p>	<p>Ведущий неврологический синдром: сенсорная афазия. Локализация поражения: левая лобная доля. Клинический диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Пациентке показано проведение магнитно-резонансного томографического исследования головного мозга, УДС сосудов шеи. В тактике лечения – тромболизис, если есть противопоказания, то дезагреганты.</p>

### КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Проведение зачета по дисциплине как основной формы проверки обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры.

Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и системное знание всего программного материала и структуры дисциплины, а также знание основного содержания лекционного курса;
- свободное владение понятийным аппаратом, научным языком и терминологией, а также умение пользоваться понятийным аппаратом в процессе анализа основных проблем



программы;

- логическое и убедительное изложение ответа

Оценки «не зачтено» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание либо отрывочное представление учебно-программного материала, поверхностные знания важнейших разделов программы и содержание лекционного курса;
- затруднения с использованием понятийного аппарата и терминологии учебной дисциплины.