МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н.Ельцина

УТВЕРЖДАЮ
декан факультета

Неврология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	**Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**
Учебный план	o310850_18_12ФИЗ.ТЕР.plx Специальность 31.08.50 - РФ, 138 - КР Физиотерапия
Квалификация	**врач-физиотерапевт**
Форма обучения	**очная**

Программу составил(и):

*заведующая кафедрой, к.м.н, доцент, Мусабекова Тынар Обосбековна*_____;*к.м.н., доцент, Василенко Виктория Викторовна*_____,*к.м.н., старший преподаватель, Андрианова Елена Владимировна*_____

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	**1 (1.1)**		Итого	
Недель	22			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	8	8	8	8
Практические	40	40	40	40
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48,3	48,3	48,3	48,3
Сам. работа	23,7	23,7	23,7	23,7
Итого	72	72	72	72

Программусоставил(и):

заведующая кафедрой,к.м.н, доцент, Мусабекова ТынарОбосбековна_____;к.м.н., доцент, Василенко Виктория Викторовна_____;к.м.н., старший преподаватель, Андрианова Елена Владимировна _____

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, академик НАН КР, заведующий кафедрой неврологии с курсом медицинской генетики КГМА ,Мурзалиев А.М._____;к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии КГМИ ПиПК, Токтомушев Ч.Т. _____

Рабочаяпрограммадисциплины

Неврология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.50 Физиотерапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации). ПриказМинобрнаукиРоссииот 25.08.2014 N 1093

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.50 Физиотерапия

утвержденного учёным советом вуза от 16.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 26. 08 2015 г. № 1

Срок действия программы: - уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
__ 16.11. 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от __ 2. 09. 2016 г. № 2
Зав. кафедрой Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
__ 24. 05. 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 17.05. 2017 г. № 9
Зав. кафедрой Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
__ 23.05. 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от __ 21.05. 2018 г. №10
Зав. кафедрой Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
21 05 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от **28 03** 2019 г. № 8
Зав. кафедрой Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
12 сентября 2020г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Ординатура

Протокол от 12 сентября 2020 г. № 2
Зав. кафедрой Зав. отделением

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
09 сентября 2021г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Ординатура

Протокол от 09 сентября 2021 г. № 2
Зав.кафедрой Зав. отделением

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
14 сентября 2022г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Ординатура

Протокол от 14 сентября 2022 г. №№ 1.
Зав. кафедрой Зав. отделением

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
20 сентября 2023 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры
Ординатура

Протокол от 14 сентября 2023 г. № 1
Зав. кафедрой Зав. отделением

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Целью освоения дисциплины «Неврология» является формирование и развитие у выпускников ординатуры компетенций в виде практических навыков комплексного применения методов восстановительной медицины в профилактике, лечении и реабилитации больных неврологического профиля.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются: совершенствование знаний по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлений основных неврологических заболеваний; формирование умений и навыков прогнозирования развития осложнений и неотложных состояний при неврологических заболеваний; подготовка врачей в свете современных особенностей течения неврологических заболеваний; формирование умений и навыков оказания помощи больным с неврологической патологией; овладение методами профилактики в неврологии, реабилитационными мероприятиями и в случаях инвалидизации.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Обучающийся должен успешно освоить программу по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) или 31.05.01 Педиатрия (уровень специалитета)
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2
2.2.2	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1.
2.2.3	Производственная (клиническая) практика: Стационарная

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
Знать:	
Уровень 1	клиническую симптоматику и патогенез основных неврологических заболеваний;
Уровень 2	методы лабораторной и инструментальной диагностики основных неврологических заболеваний;
Уровень 3	формулировки диагноза основных неврологических заболеваний в соответствии с требованиями международной классификации болезней; Комплекс реабилитационных мероприятий.
Уметь:	
Уровень 1	применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания; определять его течение;
Уровень 2	обосновать назначения необходимого инструментального и лабораторного исследования для определения степени тяжести поражения нервной системы; оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению; назначить комплекс реабилитационных мероприятий;
Уровень 3	выбрать наиболее информативный способ инструментальной и лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;
Владеть:	
Уровень 1	методикой выявления симптомов и синдромов основных неврологических заболеваний;
Уровень 2	постановкой и обоснованием топического и клинического диагнозов согласно существующим классификациям;
Уровень 3	навыками проведения диагностики с интерпретацией современных методов исследования, навыкими проведения реабилитационыых мероприятий.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	клиническую симптоматику и патогенез основных неврологических заболеваний;
3.1.2	методы лабораторной и инструментальной диагностики основных неврологических заболеваний;
3.1.3	формулировки диагноза основных неврологических заболеваний в соответствии с требованиями международной классификации болезней;
3.1.4	Комплекс реабилитационных мероприятий.
3.2	**Уметь:**

3.2.1	применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания; определять его течение;
3.2.2	обосновать назначения необходимого инструментального и лабораторного исследования для определения степени тяжести поражения нервной системы;
3.2.3	оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.2.4	назначить комплекс реабилитационных мероприятий;
3.2.5	выбрать наиболее информативный способ инструментальной и лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;
3.3	**Владеть:**
3.3.1	методикой выявления симптомов и синдромов основных неврологических заболеваний;
3.3.2	постановкой и обоснованием топического и клинического диагнозов согласно существующим классификациям;
3.3.3	навыками проведения диагностики с интерпретацией современных методов исследования,
3.3.4	навыкими проведения реабилитационыых мероприятий.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Методика обследования неврологического больного						
1.1	Топическая диагностика в неврологии. /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.5 Л3.7 Э1 Э3 Э4	0	
1.2	Методы исследования неврологических больных /Пр/	1	10	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.5 Л3.7 Э1 Э2 Э5 Э6	0	Дополнительные методы исследования.
1.3	Методы исследования неврологических больных /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.5 Л3.7 Э1 Э4 Э6	0	
	Раздел 2. Частная неврология						
2.1	ОНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия.Нейрореабилитация. /Лек/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.7 Э1 Э4 Э5 Э6	0	
2.2	ОНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия.Нейрореабилитация. /Пр/	1	10	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э6	0	Комплекс реабилитационных мероприятий.

2.3	ОНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия.Нейрореабилитация. /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Л3.7 Э1 Э3	0	
2.4	Заболевания периферической нервной системы. Нейрореабилитация. /Лек/	1	1	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.5 Л3.7 Э2 Э3 Э6	0	
2.5	Заболевания периферической нервной системы. Нейрореабилитация. /Пр/	1	10	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.5 Л3.7 Э4 Э6	0	Комплекс реабилитационных мероприятий.
2.6	Заболевания периферической нервной системы. Нейрореабилитация. /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.5 Л3.7 Э3 Э4 Э6	0	
2.7	Дегенеративные заболевания экстропирамидной системы. Нейрореабилитация. /Лек/	1	1	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.3 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.5 Л3.7 Э2 Э6	0	
2.8	Дегенеративные заболевания экстропирамидной системы. Нейрореабилитация. /Пр/	1	10	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.5 Л3.7 Э1 Э2 Э6	0	Комплекс реабилитационных мероприятий.
2.9	Дегенеративные заболевания экстропирамидной системы. Нейрореабилитация. /Ср/	1	5,7	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.5 Л3.7 Л3.8 Э1 Э2 Э5 Э6	0	
2.10	/КрТО/	1	0,3	ПК-5	Л1.1Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5Л3.5 Л3.7 Л3.8 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.11	/Зачёт/	1	0	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.4 Л2.5 Л2.1 Л2.2Л3.1 Л3.3 Л3.7 Л3.8 Л3.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ ЗНАТЬ
Примерный перечень тестовых заданий:
1. Общие правила проведения реабилитационных мероприятий:
1.Раннее начало
2.Комплексный подход
3.Непрерывность, этапность
4.Индивидуальный подход
5.Все вышеперечисленное
2. Период реабилитации при инсультах:
1. Ранний (до 2-х мес)
2. Поздний (мвыше 2-х мес)
3. Правильно 1. и 2.
4. Поликлинический
5. Госпитальный
3. Эффективность лечебной гимнастики при инсультах зависит от:
1. Ранних сроков начала занятий
2. Систематичности и длительности лечения
3. Поэтапности построения лечебных мероприятий с учетом нарушенных функций, клинического течения заболевания
4. Индивидуального подхода
5. Всего перечисленного
4. Реабилитационный комплекс для снятия спастики при инсультах включает:
1. Лечение положением
2. Точечный массаж
3. Специальные упражнения лечебной физкультуры с использованием пассивных движений, упражнений на преодоление синкинезий
4. Иглорефлексотерапию и аутогенную тренировку
5. Все перечисленное
5.Какой метод лечения можно назначать при паркинсонизме?
1.Электросон
2.Душ Шарко
3.УЗ-терапия
4.ДМВ-терапия
5.Диадинамотерапия

Примерный перечень теоретических вопросов:
Топическая диагностика неврологических симптопов и синдрмов
ОНМК, классификация
Ишемический инсульт, этиология, клиника, нейрореабилитация
Геморрагический инсульт, этиология, клиника, нейрореабилитация
Нейродегенеративные заболевния, клиника реабилитация
Мононейропатиии, полинейропатии, этиология, клиника, реабилитация
Остеохондроз позвоночника, осложнения, клиника, реабилитация.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЕЙ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ
Примерный перечень ситуационных задач:
Задача №1. Больной 50 лет поступил по скорой в отделение неврологии, предварительный диагноз: Ишемический инсульт. Инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии с левосторонней гемиплегией. Артериальная гипертензия? После проведенной МРТ головного мозга диагноз подтвержден.
Задание:
1.Какие двигательные режимы применяются в ранний восстановительный период на стационарном этапе реабилитации?
2.Составить план реабилитационных мероприятий с первого дня поступления больного в стационар.
3.Объём восстановительных процедур на амбулаторно – поликлиническом этапе.
4.Объём восстановительных процедур на санаторно-курортном этапе.
Эталон ответа к задаче №1:
1.Строгий постельный режим – больной находится в коматозном или сопорозном состоянии; 1а постельный – состояние больного средней тяжести, сознание сохранено; 1б постельный – удовлетворительное состояние больного; палатный режим – больной может ходить по палате; свободный – больной может свободно передвигаться.
2.На стационарном этапе (ранний восстановительный период) рекомендовано: первые 1-3 дня болезни строгий постельный режим, медикаментозное лечение, для предупреждения контрактур лечение положением. При инсультах легкой и средней тяжести со 2-3 дня рекомендуются пассивные упражнения, при тяжелых инсультах после восстановления сознания; с 3 дня избирательный массаж мышц, точечный массаж, элементы аутогенной тренировки. При удовлетворительном состоянии больного вводятся активные движения для мышц конечностей и туловища.

Физиотерапевтические методы назначаются на 2-й недели после ишемического инсульта, проводится электростимуляция паретических мышц диодинамическими, синусоидально-модулированными токами, на курс до 20-40 процедур в течение всего периода восстановления. Из стационара больной может быть направлен на санаторный этап (если он может себя обслуживать) или на амбулаторно-поликлинический. Больным с тяжелым течением заболевания лечение в местном санатории показано только через 2-3 месяца, от начала заболевания.
3.Продолжать процедуры электростимуляции мышц. В зависимости от клинических проявлений можно назначить через 4 – 6 недель электрофорез йода и брома по глазнично-сосцевидной методике, электрофорез магния на воротниковую область, эуфиллина или аспирина продольно по позвоночнику, эндоназальный электрофорез аминалона. Для ликвидации двигательных расстройств электрофорез прозерина. Через 4-5 недель ДМВ- терапию на очаг поражения, магнитотерапию, УВЧ – терапию. Так же необходимо назначение ЛФК, массажа, иглорефлексотерапии, трудотерапии, при необходимости занятия с логопедом и психологом.
4.К вышеперечисленным процедурам электролечения, ЛФК, массажа, трудотерапии добавляются бальнеологические и тепловые процедуры: кислородные, жемчужные, хвойные, йодобромные, хлориднонатриевые, углекислые ванны; парафиновые, озокеритовые аппликации.

Клинический разбор больного и подведение итогов по истории болезни ПРИЛОЖЕНИИ 1

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы

5.3. Фонд оценочных средств

Устный опрос, примерный перечень теоретических вопросов
Решение тестовых заданий, примерный перечень тестовых заданий в пункте 5.1
Решение ситуационных задач, примерный перечень в пункте 5.1
Доклад с презентацией, перечень тем:
Черепно-мозговые трамы, клиника, реабилитация
Спинно-мозговые травмы, клиника, реабилитация
Вертикализация при ОНМК
Санаторно-курортное лечение неврологических больных в условиях Кыргызской республики,
Реабилитация ДЦП

Курация больного (клинический разбор больного) ПРИЛОЖЕНИИ 1

5.4. Перечень видов оценочных средств

Устный опрос
Решение тестовых заданий
Решение ситуационных задач
Доклад с презентацией
Курация больного (клинический разбор больного)
Перечень шкал оценивания по каждому виду оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 2.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Триумфов А.В	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: учебник	МЕДпресс-информ" 2014
Л1.2	Михайленко А.А.	Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие	СПб. : Фолиант 2014
Л1.3	Одинак М.М.	Клиническая диагностика в неврологии: учебное пособие	СПб. : СпецЛит 2010
Л1.4	Фадеев П.А.	Инсульт: монография	М. : Мир и Образование, Оникс 2012

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Дроздов, А. А.	Нервные болезни : учебное пособие	Саратов : Научная книга, 2019.
Л2.2	Электрон. текстовые данные	Наследственные болезни. : Полный справочник	Саратов : Научная книга, 2019.
Л2.3	Окороков А. Н., Базеко Н. П.	Нейроциркуляторная дистония	Москва: Медицинская литература 2018
Л2.4	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	Неврология и нейрохирургия: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа 2015
Л2.5	Одинак М. М.	Нервные болезни : учебник	М. Медицина 2014

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.6	Угрюмов М.В.	Нейродегенеративные заболевания : монография	Москва: Гэотар-мед 2014
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Луценко И.Л. Под редакцией Мурзалиева А.М.	Редкие клинические случаи в неврологии. : Сборник трудов	Бишкек 2016
Л3.2	Под редакцией академика НАН профессора Мурзалиева А.М. Сост. Т.О. Мусабекова,С.Г. Шлейфер, Е.В. Андрианова	Дисциркуляторная энцефалопатия : учебное пособие по неврологии	Б: КРСУ 2013
Л3.3	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) : Учебно-методическое пособие. Дополненное.	Бишкек 2015
Л3.4	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Клиническое руководство по диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) в Кыргызской Республике. : Клиническое руководство	Бишкек 2014
Л3.5	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г, Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И.	Топическая диагностика: Учебное пособие по общей неврологии	Бишкек 2014
Л3.6	Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.	Эпилепсия: Учебное пособие	Бишкек, Издательство КРСУ 2017
Л3.7	Мусабекова Т.О., Шлейфер. С.Г., Василенко В.В., Андрианова Е.В.,МырзаевЖ.Т.	Методика неврологического обследования: Учебное пособие по общей неврологии	Бишкек, Издательство КРСУ 2019
Л3.8	Под ред. Акад. Мурзалиева А.М., составители: Мусабекова Т.О., Усенова Н.Ш.,	Миастения : учебное пособие.	Бишкек 2012
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Англоязычные сайты		http://www.neurology.org
Э2	Институт мозга человекаРАН		http://www.ihb.spb.ru
Э3	ГУ Научный центр неврологии РАМН		http://www.neurology.ru
Э4	«Вопросы нейрохирургииим. Н.Н. Бурденко»		http://www.medlit.ru/medrus / jurbur.htm
Э5	«Неврологический вестник»		http://www.infamed.com/nb
Э6	Электронно-библиотечная система IPR BOOKS		http://www.iprbookshop.ru/iprbooks-register-error.html
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, практические занятия.		
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют клиническое мышление. К ним относятся занятия в симуляционном центре. Практические занятия с интерактивными методами обучения.		
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординатором компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу.		

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам (http:/windou,edu.ru)
6.3.2.2	Электронная библиотека КРСУ (http://lib.krsu.edu.kg)
6.3.2.3	Медицинский видеопортал (http://www.med-edu.ru/articles)
6.3.2.4	Медицинский портал (http://medvuz.info/load/nervnye_bolezni_nevrologija/25)
6.3.2.5	Электронно-библиотечная система IPR BOOKS (http://www.iprbookshop.ru/iprbooks-register-error.html)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Дисциплина преподается на базе Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики ЛПУ третичного уровня). Имеется КДО (консультативно-диагностическое отделение), 8 специализированных отделений, из них 4 неврологических, 2 нейрохирургических, 2 нейротравматологических, отделение экстренной медицинской помощи для нейротравматологических и нейрохирургических больных; коечный фонд – 240 коек; 4 операционных; 2 палаты интенсивной терапии; реанимационный блок. Имеется 6 стандартно оборудованных аудиторий с 90 посадочными местами,(блок- парты, кушетки, меловые и пластиковые доски). У ординаторов имеется доступ к информационным стендам (3 шт.), плакатам 100шт), электронной библиотеке , учебным фильмам (30 шт.), базе клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ).
7.2	Рисунки, схемы, таблицы: новости неврологии и нейрохирургии в мире, черепные и спинномозговые нервы, анатомия и физиология нервной системы, ядра черепных нервов в ромбовидной ямке, типы нарушения чувствительности, синдромы нарушения зрительного нерва, общая нозологическая характеристика травмы, перинатальная диагностика, соматотопическая проекция, внутренняя капсула.
7.3	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).
7.4	Компьютерный класс (корпус Л.Толстого, ауд.4/12)с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами;

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3
МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:
1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (3 семестр - зачет с оценкой) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ
При явке на зачёт обучающийся обязан иметь при себе дневник ординатора, который он предъявляет преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле оринатор должен верно ответить на тестовые задания, сдать практические навыки у постели больного и пройти устный опрос.

Оценка промежуточного контроля:
- min 20 баллов - вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы ординатор правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если ординатор правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы ординаторов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков ординатора по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов - презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординаторов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся ординаторами в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к ординаторам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается ординатором из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем
и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на

вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки,
УП: o310858_16_12ОТОР.plx стр. 30
типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
4. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.
Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА
Задача №1. Больной 50 лет поступил по скорой в отделение неврологии, предварительный диагноз: Ишемический инсульт. Инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии с левосторонней гемиплегией. Артериальная гипертензия? После проведенной МРТ головного мозга диагноз подтвержден.
Задание:
1.Какие двигательные режимы применяются в ранний восстановительный период на стационарном этапе реабилитации?
2.Составить план реабилитационных мероприятий с первого дня поступления больного в стационар.
3.Объём восстановительных процедур на амбулаторно – поликлиническом этапе.
4.Объём восстановительных процедур на санаторно-курортном этапе.
Эталон ответа к задаче №1:
1.Строгий постельный режим – больной находится в коматозном или сопорозном состоянии; 1а постельный – состояние больного средней тяжести, сознание сохранено; 1б постельный – удовлетворительное состояние больного; палатный режим – больной может ходить по палате; свободный – больной может свободно передвигаться.
2.На стационарном этапе (ранний восстановительный период) рекомендовано: первые 1-3 дня болезни строгий постельный режим, медикаментозное лечение, для предупреждения контрактур лечение положением. При инсультах легкой и средней тяжести со 2-3 дня рекомендуются пассивные упражнения, при тяжелых инсультах после восстановления сознания; с 3 дня избирательный массаж мышц, точечный массаж, элементы аутогенной тренировки. При удовлетворительном состоянии больного вводятся активные движения для мышц конечностей и туловища.

Физиотерапевтические методы назначаются на 2-й недели после ишемического инсульта, проводится электростимуляция паретических мышц диодинамическими, синусоидально-модулированными токами, на курс до 20-40 процедур в течение всего периода восстановления. Из стационара больной может быть направлен на санаторный этап (если он может себя обслуживать) или на амбулаторно-поликлинический. Больным с тяжелым течением заболевания лечение в местном санатории показано только через 2-3 месяца, от начала заболевания.
3.Продолжать процедуры электростимуляции мышц. В зависимости от клинических проявлений можно назначить через 4 – 6 недель электрофорез йода и брома по глазнично-сосцевидной методике, электрофорез магния на воротниковую область, эуфиллина или аспирина продольно по позвоночнику, эндоназальный электрофорез аминалона. Для ликвидации двигательных расстройств электрофорез прозерина. Через 4-5 недель ДМВ- терапию на очаг поражения, магнитотерапию, УВЧ – терапию. Так же необходимо назначение ЛФК, массажа, иглорефлексотерапии, трудотерапии, при необходимости занятия с логопедом и психологом.
4.К вышеперечисленным процедурам электролечения, ЛФК, массажа, трудотерапии добавляются бальнеологические и тепловые процедуры: кислородные, жемчужные, хвойные, йодобромные, хлориднонатриевые, углекислые ванны; парафиновые, озокеритовые аппликации.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО
Курацию больного необходимо проводить по схеме, Приложение 3
В процессе курации больного, ординатор должен овладеть следующими практическими навыками врача-специалиста физиотерапевта:
принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
методикой неврологического осмотра
методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (биохимических, иммунологических, серологических показателей крови);
навыками назначения лечебных мероприятий при неврологических заболеваниях, в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи;
Комплексная нейрореабилитация

Курацию неврологического больного необходимо проводить по схеме, указанной в ПРИЛОЖЕНИИ 1

ПРИЛОЖЕНИЕ1

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО ординатора с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя.

Пример оформления:

КРСУ

Зав.кафедрой: звание, степень, ФИО

Преподаватель: звание, степень, ФИО

История болезни

ФИО больного

Клинический диагноз

Куратор: ФИО ординатора, курс, группа

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.

Дата заболевания.

Дата поступления.

Место работы.

1. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)

2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение получал, каков эффект проводимого лечения).

Анамнез жизни Особенности развития по возрастным этапам. С какого возраста начал ходить, говорить, посещать школу. Условия жизни и воспитания в семье. Успеваемость в школе. Образование.Заболевания, перенесенные в детстве особо отметить: припадки, заикание, снохождение, ночное недержание мочи и во взрослом состоянии. Интоксикация: алкоголь, табак, пищевые и др. Физические травмы, перенесенные операции. Травмы черепа и позвоночника, расстройства в остром периоде и последствия. Психические перенапряжения, конфликтные ситуации и реакция на них. Трудовая деятельность: профессия, квалификация и стаж работы, условия труда. Профессиональные вредности. Работоспособность до болезни и в связи с настоящим заболеванием. Половая жизнь, с какого возраста. У женщин - начало менструаций, беременности, роды, аборты, выкидыши. Семейное положение, состав семьи. Родство между родителями. Заболевания у ближайших родственников (составить родословную таблицу). Жилищные условия и

материальная обеспеченность.)
3. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):
Соматический статус (по стандартной схеме)
Неврологический статус:
Состояние сознания, наличие общемозговой симптоматики.
Менингеальные симптомы.
Стигмы дисэмбриогенеза.
Форма черепа
Черепные нервы (с 1 по 12 пары)
Двигательная сфера – объем активных движений, если ходит указать тип походки, мышечный тонус, мышечная сила, наличие атрофий, их симметричность.
Сухожильные рефлексы
Патологические рефлексы
Координаторная сфера
Чувствительность.
Вегетативные нарушения (функция тазовых органов, дермографизм, трофические расстройства)
Высшая нервная деятельность.
4. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, выделения ведущих неврологических синдромов, установления топического диагноза, после чего указывается нозологическая форма.
5. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
6. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
7. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
8. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
9. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
10. Дневники (должны отражать динамику процесса, всего 2-3).
11. Выписной или этапный эпикриз (если больной продолжает находиться в

стационаре) – указывается время пребывания в стационаре, клинический диагноз, жалобы, данные объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ НОЧНОГО ДЕЖУРАНТА

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Осмотр поступающих больных	0-25
2.	Участие в диагностических и лечебных мероприятиях	0-25
3.	Оказание первой и неотложной помощи при неврологической и соматической патологии	0-25
4.	Консультации вне профильных отделениях	0-25
	Всего баллов	**100**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

Наименование показателя	Отметка (в %)
Общие сведения о больном	0-5
Сбор жалоб	0-5
Сбор анамнеза заболевания	0-10
Сбор анамнеза жизни	0-5
Описание соматического статуса больного	0-5
Описание неврологического статуса	0-10
Постановка топического и предварительного диагноза	0-10
Назначение план обследования больного и интерпретация данных лабораторных и инструментальны методов обследования	0-10
Проведение дифференциального диагноза	0-10
Определение тактики медикаментозного и не медикаментозного лечения	0-10
Постановка клинического диагноза	0-10
Ведение и наблюдение за больным на период госпитализации	0-5
Оформление этапного, выписного эпикризов.	0-5
Всего	**сумма баллов: 100%**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Наименование показателя	Отметка (в %)
Заполнение паспортной части	0-5
Жалобы (описание)	0-5
Анамнез заболевания (описание)	0-10
Анамнез жизни (описание)	0-5
Описание соматического статуса больного	0-5
Описание неврологического статуса	0-10
Постановка предварительного диагноза	0-10
Назначение план обследования больного и интерпретация данных лабораторных и инструментальны методов обследования	0-10

Проведение дифференциального диагноза	0-10
Определение тактики медикаментозного и не медикаментозного лечения	0-10
Постановка клинического диагноза	0-10
Ведение дневников наблюдения	0-5
Оформление этапного, выписного эпикризов.	0-5
Всего	**сумма баллов: 100%**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
ФОРМА		
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	100

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в**
1.	Ежедневное присутствие на пятиминутках	0-5
2.	Ежедневный обход курируемых больных с последующим оформлением раздела «Дневник»	0-25

3.	Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях неврологического стационара. Интерпретация полученных данных. Написание схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов.	0-40
4.	Правильность ведения дневника практики и качество заполнения отчетной таблицы	0-15
5.	Характеристика непосредственного руководителя лечебного учреждения	0-15
Всего баллов		**100**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

Билет
1.Вопрос 0-100
2 Вопрос 0-100
3 Вопрос 0-100
Среднее арифм. (сумма баллов/3)
Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы; воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов; демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

незнание материала темы или раздела; при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ (итоговый зачет)

Отметкой **(26-30 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

Выявляет проблему и самостоятельно оценивает альтернативные пути решения;
Отлично выполняет необходимые диагностические, лечебные мероприятия;
Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
Организовывает необходимую и адекватную неврологическую помощь;
Оказывает неотложную неврологическую помощь
Оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.
Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой неврологического обследования больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации дополнительных методов исследования, а также методикой

экстренной и неотложной медицинской, в том числе неврологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены, дневник практики заполнен, характеристика приложена.

Отметкой **(20-25 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

Умеет выделить проблему и оценивать ее альтернативные решения

Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические, лечебные мероприятия;

Не проводит дифференциальную диагностику заболеваний;

Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную неврологическую помощь;

Не в полной мере оказывает неотложную неврологическую помощь.

Достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой неврологического обследования больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации дополнительных методов исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе неврологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены, дневник практики заполнен, характеристика приложена.

Отметкой **(15-20 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

Не выделяет проблему и не оценивает ее альтернативные решения

Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные мероприятия;

Не проводит дифференциальную диагностику заболеваний;

Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную неврологическую помощь;

Не оказывает неотложную неврологическую помощь.

Не достаточно оценивает состояние больного. Умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой неврологического обследования больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации дополнительных методов исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе неврологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены, дневник практики заполнен не полностью, характеристика приложена.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ "НЕВРОЛОГИЯ"

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ"ФИЗИОТЕРАПИЯ "

Курс 1 , семестр 1 , ЗЕ – 2, Отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Раздел 1					
Методика обследования неврологического больного	Текущий	Курация больных; Написание историй болезни; Выполнение требований и обязанностей ночного дежуранта. Посещаемость: ***за каждый пропущенный и не отработанный день снимается 3 балла.***	15	25	
	Рубежный	Научный доклад с презентацией; Представление дневника практики с заполненными таблицами.	5	10	
Раздел 2					
Частная неврология	Текущий	Курация больных; Написание историй болезни; Выполнение требований и обязанностей ночного дежуранта. Посещаемость: ***за каждый пропущенный и не отработанный день снимается 3 балла.***	15	25	
	Рубежный	Научный доклад с презентацией; Представление дневника практики с заполненными таблицами.	5	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	**Теоретическое задание; Оценка практических умений и навыков Подведение итогов заполнения дневника практики**		20	30	
Семестровый рейтинг по практике			60	100	