

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное образовательное учреждение высшего образования
Московской области
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ УНИВЕРСИТЕТ
(МГОУ)

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН

на заседании кафедры

Протокол от «01» 02 2022г. №..

Зав. кафедрой

 Асташов В.Л.

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Нейрохирургия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2022

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	22

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

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
УК-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-10. Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-5 Способен к оказанию медицинской помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
УК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: методы поиска, критического анализа и обобщения информации в области нейрохирургии; основные принципы системного подхода при решении поставленных задач. Уметь: правильно осуществлять поиск информации в справочных материалах при решении диагностических задач в области нейрохирургии	Текущий контроль: тестирование, реферат Промежуточный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивания тестирования, реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: методы поиска, критического анализа и обобщения информации в области нейрохирургии; основные принципы системного подхода при решении поставленных задач. Уметь: правильно осуществлять поиск информации в справочных материалах	Текущий контроль: тестирование, реферат Промежуточный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивания тестирования, реферата

			при решении диагностических задач в области нейрохирургии. Владеть: методологией обследования и лечения нейрохирургических больных.		
УК-2	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: основные критерии диагностики, способы определения и решения задач нейрохирургии в рамках поставленной цели на основе правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений. Уметь: определять тактику лечения нейрохирургических пациентов.	Текущий контроль: тестирова ние, реферат Промежу точный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивани я тестирова ния, реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: основные критерии диагностики, способы определения и решения задач нейрохирургии в рамках поставленной цели на основе правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений. Уметь: определять тактику лечения нейрохирургических пациентов. Владеть: основными диагностическими и лечебными приёмами и алгоритмами.	Текущий контроль: тестирова ние, реферат Промежу точный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивани я тестирова ния, реферата
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный нейрохирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Текущий контроль: тестирова ние, реферат Промежу точный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивани я тестирова ния, реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный нейрохирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла,	Текущий контроль: тестирова ние, реферат Промежу точный контроль: зачёт с	Шкала оценивани я тестирова ния, реферата

			наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеть: навыками использования нейрохирургического инструментария.	оценкой	
ОПК-10	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: основные принципы использования сети Интернет, осуществление поиска в электронных информационных и библиографических ресурсах с открытым доступом. Уметь: правильно формулировать поисковый запрос при поиске в открытых сетевых источниках, а также анализировать результаты поиска.	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: основные принципы использования сети Интернет, осуществление поиска в электронных информационных и библиографических ресурсах с открытым доступом. Уметь: правильно формулировать поисковый запрос при поиске в открытых сетевых источниках, а также анализировать результаты поиска. Владеть навыками работы с персональным компьютером, Интернетом и основными типами программного обеспечения	Тестирование, реферат	Шкала оценивания тестирования Шкала оценивания реферата
ДПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний; основы топиической диагностики, основные приёмы, мануальные навыки, нейрохирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и	Текущий контроль: тестирование, реферат Промежуточный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивания тестирования, реферата

			экстренной нейрохирургической помощи. Уметь: на основании знаний топографической анатомии, определять показания для оказания нейрохирургической помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства.		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний; основы топиической диагностики, основные приёмы, мануальные навыки, нейрохирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной нейрохирургической помощи. Уметь: на основании знаний топографической анатомии, определять показания для оказания нейрохирургической помощи взрослым пациентам в неотложной и экстренной форме; умеет выполнять неотложные хирургические вмешательства. Владеть: техникой выполнения неотложных нейрохирургических вмешательств, методикой оказания неотложной и экстренной медицинской помощи взрослым пациентам.	Текущий контроль: тестирование, реферат Промежуточный контроль: зачёт с оценкой	Шкала оценивания тестирования, реферата

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ВОПРОСЫ К ТЕСТИРОВАНИЮ

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 с момента травмы
- б) развитием комы после "светлого" периода
- в) отсутствием потери сознания
- г) кратковременной потерей сознания

3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма

- а) с ушибленной раной 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 относится к черепно-мозговой травме

- а) легкой открытой
- б) легкой закрытой
- в) открытой средней тяжести
- г) закрытой средней 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 при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует

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

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

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

8. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются

- а) расширение зрачка на стороне гематомы
- б) расширение зрачка на противоположной стороне
- в) гемипарез на стороне гематомы
- г) гемипарез на противоположной стороне
- д) верно расширение зрачка на стороне гематомы и гемипарез на противоположной стороне

9. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- а) при компьютерной томографии
- б) при ангиографии
- в) при эхоэнцефалографии
- г) при всем перечисленном

10. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз

- а) сотрясение мозга
- б) субарахноидальное кровоизлияние
- в) ушиб мозга
- г) внутричерепная гематома

11. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине

- а) плавающего взора
- б) горметонического синдрома
- в) гиперкатаболического типа вегетативных функций
- г) нарушения сознания
- д) двусторонних пирамидных стопных знаков

12. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

- а) при люмбальной пункции
- б) при ангиографии
- в) при компьютерной томографии
- г) при всех перечисленных методах
- д) верно при люмбальной пункции и при компьютерной томографии

13. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

- а) гомогенного повышения плотности
- б) гомогенного понижения плотности
- в) неоднородного повышения плотности
- г) отека мозга

14. Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация

- а) d-волн в отведении с ограниченного участка
- б) d-волн во всех полушарных отведениях
- в) d-волн в симметричных участках обоих полушарий
- г) верно d-волн в отведении с ограниченного участка и d-волн во всех полушарных отведениях
- д) достоверных признаков не существует

15. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено

- а) асимметричной гидроцефалией
- б) сдавлением коры моторной области
- в) ущемлением ствола в затылочном отверстии
- г) сдавлением ножки мозга

16.Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

- а)"пальцевыми вдавлениями"
- б)усиленным сосудистым рисунком
- в)увеличением глубины турецкого седла
- г)остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца
- д)ни одним из перечисленных признаков

17.Для опухоли премоторной области лобной доли характерны

- а)гемипарез с преобладанием в ноге
- б)моторная афазия
- в)адверсивные эпилептические припадки

18.Проникающей называют черепно-мозговую травму

- а)при ушибленной ране мягких тканей
- б)при повреждении апоневроза
- в)при переломе костей свода черепа
- г)при повреждении твердой мозговой оболочки

19.Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является

- а)введение в вену кардиотонических средств
- б)введение в вену антигипертензивных средств
- в)освобождение дыхательных путей от инородных тел

20.Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются

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

21.Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия

- а)5% раствора глюкозы
- б)4% раствора бикарбоната натрия
- в)раствора поляризующей смеси

22.При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

- а)кардиотонических средств
- б)симпатомиметиков
- в)низкомолекулярных декстранов
- г)b-адренергических блокаторов
- д)осмотических диуретиков

23.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

24.Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой

травме применяют

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

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

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

26. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразнее назначить

- а) адреналин
- б) норадреналин
- в) метазон
- г) дофамин
- д) эфедрин

27. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются

- а) ингибиторы МАО
- б) трициклические антидепрессанты
- в) бензодиазепиновые препараты
- г) барбитураты

28. Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга

- а) между собой
- б) с подпаутинным пространством
- в) с оболочечными кистами
- г) с внутримозговыми кистами
- д) все перечисленное
- е) верно с подпаутинным пространством, с оболочечными кистами и с внутримозговыми кистами

29. Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют

- а) нейролептиками
- б) антидепрессантами
- в) барбитуратами
- г) всем перечисленным
- д) верно нейролептиками и барбитуратами

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

- а) маннитол
- б) реополиглюкин
- в) полиглюкин
- г) альбумин

д) 5%-ный раствор глюкозы

31. Для коррекции дефицита антидиуретического гормона в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы назначают

- а) инфузии адюректина
- б) водный раствор питекрина
- в) масляную суспензию вазопрессина
- г) любой из перечисленных препаратов

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

- а) L-допа
- б) наком (синемет, мадопар)
- в) циклодол
- г) любой из перечисленных препаратов
- д) верно L-допа и

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

- а) анаприлин
- б) беллатаминал

34. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации

- а) в поясничном отделе
- б) в шейном отделе
- в) в области конского хвоста
- г) в грудном отделе

35. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания

- а) 5% раствора глюкозы
- б) 0.75% раствора хлористого натрия
- в) дистиллированной воды
- г) любого из перечисленных средств

36. Причиной внутричерепной гипотензии после черепно-мозговой травмы может быть

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

37. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают

- а) центральные антигипертензивные средства
- б) осмотические диуретики
- г) верно осмотические диуретики и

38. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать

- а) белок

- б)цитоз
- в)сахар
- г)натрий
- д)хлориды

39.Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести рентгенографию или компьютерную томографию головы после введения нерастворимого контраста

- а)в вену
- б)эндолюмбально

40.Посттравматическая вестибулопатия может быть результатом

- а)сосудистой дистонии
- б)повышения внутричерепного давления
- в)нарушения нейродинамики в стволовых структурах
- г)повышения внутричерепного давления
- д)всего перечисленного

41.При посттравматической вестибулопатии

- а)снижаются вестибуло-вегетативные реакции
- б)усиливаются вестибуло-вегетативные реакции
- в)снижается окуловестибулярная реакция
- г)усиливается окуловестибулярная реакция
- д)снижаются вестибуло-вегетативные реакции и снижается окуловестибулярная реакция
- е)верно усиливаются вестибуло-вегетативные реакции и усиливается окуловестибулярная реакция

42.Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью

- а)магнитно-резонансной томографии
- б)компьютерной томографии
- в)латеральной функциональной рентгенографии
- г)нисходящей контрастной миелографии

43.Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

- а)при ангиоретикулемах
- б)при глиомах
- в)при менингиомах
- г)при невриномах
- д)при эпендимомах

44.Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов

- а)головная боль, снижение памяти, дезориентированность
- б)головная боль, снижение зрения, атаксия
- в)нарушение походки, недержание мочи, деменция

45.Для лечения посттравматической энцефалопатии с нарушением высших корковых функций применяют

- а)психостимуляторы
- б)антидепрессанты
- в)дофаминергические средства

- г) психостимуляторы и антидепрессанты
- д) все перечисленное

46. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять

- а) спустя 3 дня после травмы
- б) спустя неделю после травмы
- в) в резидуальном периоде
- г) в любые сроки
- д) верно спустя неделю после травмы и в резидуальном периоде

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

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

48. Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических симптомокомплексов

- а) более стабильным течением
- б) преобладанием депрессивного симптомокомплекса
- в) преобладанием ипохондрического симптомокомплекса
- г) большей резистентностью к лечению психотропными средствами
- д) принципиальных отличий не существует

49. Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжелой черепно-мозговой травмы являются

- а) рубцово-спаечные изменения в оболочках
- б) паренхиматозные кисты
- в) разрастание глии в пораженных травмой участках
- г) все перечисленное
- д) верно рубцово-спаечные изменения в оболочках и паренхиматозные кисты

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

- а) паренхиматозной кисты
- б) оболочечной кисты
- в) коллагенового оболочечно-мозгового рубца

51. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы

- а) верхней прямой
- б) наружной прямой
- в) нижней прямой
- г) нижней косой

52. Мидриаз возникает при поражении

- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
- г) среднего непарного ядра
- д) ядра медиального продольного пучка

53. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматомы, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

- а) T6 или T7
- б) T8 или T9
- в) T9 или T10
- г) T10 или T11

54. При центральном пирамидном параличе не наблюдается

- а) гипотрофии мышц
- б) повышения сухожильных рефлексов
- в) нарушения функции тазовых органов
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц

55. Хореический гиперкинез возникает при поражении

- а) палеостриатума
- б) неостриатума
- в) медиального бледного шара
- г) латерального бледного шара

56. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально

57. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально

58. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля)

присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

- а) в продолговатом мозге
- б) в мосту мозга
- в) в ножках мозга
- г) в зрительном бугре

59. Медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин

60. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

- а) в латеральном ядре бледного шара
- б) в полосатом теле

- в) в медиальном ядре бледного шара
- г) в субталамическом ядре

61. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) корковая

62. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело

63. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов

64. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) наружного коленчатого тела
- г) зрительной лучистости

65. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- а) биназальная
- б) гомонимная
- в) битемпоральная
- г) нижнеквадрантная

66. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы

67. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

- а) задний спинно-мозжечковый
- б) передний спинно-мозжечковый
- в) лобно-мосто-мозжечковый
- г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый

68. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- а) обонятельного бугорка
- б) обонятельной луковицы
- в) височной доли

г)теменной доли

69.Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

- а)центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б)наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в)зрительных трактов перекреста зрительных нервов
- г)зрительной лучистости с двух сторон

70.Истинное недержание мочи возникает при поражении

- а)парацентральных долек передней центральной извилины
- б)шейного отдела спинного мозга
- в)поясничного утолщения спинного мозга
- г)конского хвоста спинного мозга

71.При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется

- а)в верхних отделах моста мозга
- б)в нижних отделах моста мозга
- в)в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
- г)в ножках мозга

72.Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

- а)с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- б)с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- в)с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- г)с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

73.При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

- а)динамическая
- б)вестибулярная
- в)статическая
- г)сенситивная

74.При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексх справа очаг локализуется

- а)в левом мосто-мозжечковом углу
- б)в правом полушарии мозжечка
- в)в мосту мозга слева
- г)в области верхушки пирамиды левой височной кости

75.Миелин в центральной нервной системе вырабатывают

- а)астроциты
- б)олигодендроглиоциты
- в)микроглиоциты
- г)эпендимоциты

76.Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения

- узла
а)вестибулярного
б)крылонебного
в)коленчатого
г)гассерова

77.Миелинизация волокон пирамидной системы начинается

- а)на третьем месяце внутриутробного развития
б)в конце первого года жизни
в)в начале второго года жизни
г)на последнем месяце внутриутробного развития

78.Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов

- а)С1-С4
б)С2-С5
в)С3-С6
г)С4-С7
д)С5-С8

79.Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов

- а)С5-С8
б)С5-С8, Т1-Т2
в)С6-С8
г)С8-Т2

80.Нервные импульсы генерируются

- а)клеточным ядром
б)наружной мембраной
в)аксоном
г)нейрофиламентами

81.В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят

- а)черное вещество
б)гиппокамп
в)миндалина
г)мамиллярные тела
д)ретикулярная формация

82.На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра

- а)нежное и клиновидное
б)спинно-мозгового пути тройничного нерва
в)подъязычных нервов
г)лицевого, отводящего нервов

83.В состав среднего мозга не входят

- а)красные ядра
б)ядра блокового нерва
в)ядра глазодвигательного нерва
г)ядра отводящего нерва

84.Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения

- а)бледного шара
- б)хвостатого ядра
- в)красного ядра
- г)таламуса

85.Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

- а)вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
- б)спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
- в)нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
- г)спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов

86.Истинный астереогноз обусловлен поражением

- а)лобной доли
- б)височной доли
- в)теменной доли
- г)затылочной доли

87.Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

- а)наружных отделов зрительного перекреста
- б)язычной извилины
- в)глубинных отделов теменной доли
- г)первичных зрительных центров в таламусе

88.Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде

- а)чувствительных окончаний Руффини
- б)инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
- в)телец Меркеля
- г)телец Фатера - Пачини

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

- а)L3-L4
- б)C5-C6
- в)C7-C8
- г)C8-T1
- д)T1-T2

90.Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка

- а)на свет
- б)на болевое раздражение
- в)на конвергенцию
- г)на аккомодацию

91.Больной со зрительной агнозией

- а)плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- б)видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- в)не видит предметы по периферии полей зрения
- г)видит предметы, но не узнает их

92.Больной с моторной афазией

- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
- б) не понимает обращенную речь и не может говорить
- в) может говорить, но не понимает обращенную речь
- г) может говорить, но речь скандированная

93. Больной с сенсорной афазией

- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
- б) понимает обращенную речь, но не может говорить
- в) может говорить, но забывает названия предметов
- г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

94. Амnestическая афазия наблюдается при поражении

- а) лобной доли
- б) теменной доли
- в) стыка лобной и теменной доли
- г) стыка височной и теменной доли

95. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении

- а) ножек мозга
- б) моста мозга
- в) продолговатого мозга
- г) покрышки среднего мозга

96. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении

- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
- б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
- в) колена внутренней капсулы слева
- г) заднего бедра внутренней капсулы слева

97. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится

- а) в основании ножки мозга
- б) в заднем отделе продолговатого мозга
- в) в области красного ядра
- г) в основании нижней части моста мозга

98. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного

- а) спинальной формы рассеянного склероза
- б) цервикальной синингомиелии
- в) экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- г) интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
- д) верно спинальной формы рассеянного склероза
- е) верно цервикальной синингомиелии и интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне

99. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие

- а)нижнего вялого парапареза
- б)диссоциированной параанестезии
- в)нарушения функции тазовых органов
- г)сенситивной атаксии нижних конечностей

100.Ветвью шейного сплетения является

- а)малый затылочный нерв
- б)подкрыльцовый нерв
- в)лучевой нерв
- г)срединный нерв

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. История развития нейрохирургии. Выделение нейрохирургии в самостоятельную дисциплину и этапы ее развития.
2. Структура нейрохирургической службы в Российской Федерации. Роль головных научно-исследовательских нейрохирургических институтов (Санкт-Петербург, Москва) и межобластных нейрохирургических центров.
3. Нейрохирургический диагностический комплекс обследования.
4. Закрытая черепно-мозговая травма. Современная классификация. Теории патогенеза.
5. Закрытая черепно-мозговая травма. Общемозговые и очаговые симптомы. Объективные методы обследования.
6. Закрытая черепно-мозговая травма. Основные принципы консервативного лечения. Сроки лечения.
7. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
8. Ушиб головного мозга. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
9. Ушиб головного мозга, осложненный субарахноидальным кровоизлиянием. Клиника, диагностика, современные принципы лечения.
10. Сдавление головного мозга внутримозговой гематомой. Классификация внутримозговых гематом. Клиника, современная диагностика. Оперативное лечение.
11. Открытая черепно-мозговая травма. Классификация, диагностика, основные принципы лечения.
12. Открытая черепно-мозговая травма. Пути введения и дозы антибиотиков для профилактики и лечения инфекционных осложнений.
13. Дефекты костей черепа после первичной хирургической обработки открытых черепно-мозговых повреждений. Оболочечно-мозговой рубец. Синдром трепанированных. Краниопластика.
14. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Классификация. Механизм переломов позвоночника. Первая помощь и транспортировка.
15. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Диагностические методы обследования.
16. Цереброваскулярная патология и виды оперативных вмешательств.
17. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Клиника. Зависимость неврологических расстройств от уровня повреждения спинного мозга.
18. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Основные осложнения (нарушения функции тазовых органов, пролежни, деформация опорно-двигательного аппарата), их профилактика и лечение.
19. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Показания и основные принципы хирургического лечения.
20. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Показания и основные принципы консервативного лечения.
21. Повреждения периферических нервов. Основные принципы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению. Невролиз и нейрорафия.

22. Опухоли головного мозга. Классификация. Общемозговые симптомы.
23. Опухоли головного мозга. Очаговые симптомы поражения лобной, теменной, затылочной, височной долей головного мозга.
24. Опухоли головного мозга. Очаговые симптомы опухолей гипофиза и гипофизарной области, мозжечка.
25. Опухоли спинного мозга. Классификация. Клинические проявления.
26. Опухоли спинного мозга. Стадии заболевания. Объективные методы диагностики.
27. Геморрагический инсульт. Показания к хирургическому лечению.
28. Ишемический инсульт. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств.
29. Артериальные аневризмы и артерио-венозные мальформации головного мозга. Клинические проявления.
30. Инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы: клиника
31. Инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы: диагностика
32. Инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы и тактика лечения
33. Остеохондроз шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, определение и этиология
34. Клиническая картина в различные периоды развития остеохондроза
35. Методика клинического осмотра больных с остеохондрозом, методы диагностики остеохондроза
36. Консервативное и хирургическое лечение при остеохондрозе
37. Ликворопроводящие пути – анатомия, физиология, патологические состояния.
38. Гидроцефалия - эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, методы диагностики.
39. Гидроцефалия – общие принципы и виды лечения (консервативное, оперативное), показания, осложнения.
40. Гидроцефалия нормального давления. Клиника, диагностика, лечение.
41. Оклюзионная гидроцефалия. Причины, тактика ведения. Типы шунтов. Недостатки/осложнения различных шунтов.
42. Основные принципы функциональной нейрохирургии.
43. Патогенез и лечение дискордикулярного синдрома.
44. Аневризмы сосудов головного мозга.
45. Принципы и методы оперативных вмешательств на черепе.
46. Аномалия Арнольда-Киари (клиника, патогенез, диагностика, лечение).
47. Частота повреждений нервов.
48. Невролиз.
49. Анатомо-топографические взаимоотношения позвоночника и спинного мозга.
50. Первичный и отсроченный шов нерва.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ С ОЦЕНКОЙ

1. Организация нейрохирургической помощи населению.
2. История развития и основоположники нейрохирургии
3. Анатомия головного и спинного мозга.
4. Остеохондроз позвоночника с дискордикулярным синдромом.
5. Нейрорентгенологические методы исследования. ПЭГ, ПЦГ, КАГ, миелография, КТ и МРТ.
6. Геморрагические инсульты. Определение, клинические формы, диагностика, принципы лечения.
7. Гематомы: эпидуральные, субдуральные, внутримозговые. Внутримозговые и субарахноидальные кровоизлияния.

8. Черепно-мозговая травма, определение, классификация, дифференциальная диагностика.
9. ЧМТ, принципы диагностики и лечения.
10. Этапы диагностики и лечения черепно-мозговой травмы.
11. Ликворное давление и ликворограмма в норме и при травме головного и спинного мозга.
12. Позвоночно-спинно-мозговая травма, клиника, диагностика, лечение.
13. Опухоли головного мозга, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Опухоли спинного мозга, эпидемиология, клиника, диагностика.
15. Сдавление головного мозга, клиника, диагностика, экстренная помощь.
16. Дислокационные синдромы, определение, клинические формы, диагностика, принципы лечения.
17. Клинические проявления сотрясения головного мозга.
18. Клинические проявления ушиба головного мозга по степеням.
19. Степени нарушения сознания, клинические проявления
20. Шкала комы Глазго, интерпретация балльной оценки
21. Опухоли лобной доли, клинические проявления.
22. Опухоли теменной, височной, затылочной доли, клинические проявления.
23. Опухоли мосто-мозжечкового угла, клинические проявления.
24. Опухоли мозжечка, клинические проявления.
25. Опухоли ствола мозга, клинические проявления
26. Опухоли желудочковой системы, клинические проявления.
27. Заболевания периферической нервной системы. Невралгия тройничного нерва. Анатомия, клиника, диагностика и лечение.
28. Заболевания периферической нервной системы. Невропатия лицевого нерва. Анатомия, клиника, диагностика и лечение.
29. Основные принципы хирургического вмешательства в полости черепа: обезболивание, управление артериальным давлением и дыханием, предупреждение и снятие отека мозга
30. Диагностическая ценность обзорной рентгенографии черепа, контрастной ангиографии, КТ и МР ангиографии, КТ и МРТ головного и спинного мозга, их сравнительная характеристика.
31. Костно-пластическая трепанация черепа
32. Основные принципы эндоваскулярной нейрохирургии.
33. Аневризмы головного мозга, артериовенозные мальформации, каротидно кавернозные соустья: клиника, диагностика и лечение.
34. Воспалительные и паразитарные заболевания центральной нервной системы
35. Опухоли головного мозга: менингиомы, глиомы, невриномы, опухоли гипофиза и шишковидной железы, метастазы в головной мозг. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
36. Открытые проникающие ранения черепа. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
37. Эпидуральные и субдуральные гематомы: понятие о «светлом промежутке», патогенез, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
38. Травматические назальные и ушные ликворреи: механизмы развития, клиника, диагностика, основные принципы лечения.
39. Внутричерепная гипертензия: патогенез, клиника и диагностика.
40. Гидроцефалия, ее формы и методы лечения.
41. Основные принципы оказания лечебной помощи больным с повреждением позвоночника и спинного мозга.
42. Отек мозга: причины, механизмы развития, осложнения, методы коррекции.

43. Синдром вклинения-ущемления головного мозга, вторичный стволовый синдром, клиника, диагностика, лечение.
44. Основные принципы хирургического вмешательства в полости черепа: обезболивание, управление артериальным давлением и дыханием, предупреждение и снятие отека мозга.
45. Костно-пластическая трепанация черепа.

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

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- посещение учебных занятий (максимум 20 баллов)
- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Посещение учебных занятий оценивается накопительно, следующим образом: максимальное количество баллов, отводимых на учет посещаемости, делится на количество занятий по дисциплине. Полученное значение определяет количество баллов, набираемых студентом за посещение одного занятия.

Оценка за посещение учебных занятий (ПУЗ) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N},$$

где n – количество учебных занятий, в реализации которых участвовал студент,

N – количество учебных занятий по плану.

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТК} = 40 \frac{B + y_3}{B + Y_3},$$

где B , Y_3 – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

b , y_3 - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$TP = 30 \frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ},$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут

рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентируемость, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;

- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Распределение баллов по видам работ для очной формы обучения:

Название компонента	Баллы
Посещение учебных занятий	до 10
Письменный опрос	до 100
Устный опрос	до 100

Доклад	до 100
Реферат	до 100
Тестирование	до 100
Решение ситуационных задач	до 100
Зачет	до 100
Экзамен	до 100

Шкала оценки посещаемости

Посещение учебных занятий	Баллы
Регулярное посещение занятий	8-10 баллов
Систематическое посещение занятий, единичные пропуски по уважительной причине.	4-7 баллов
Нерегулярное посещение занятий	1-3 баллов
Регулярные пропуски	0 баллов

Шкала оценивания тестовых заданий

Количество правильных ответов в %	Баллы
1-10	10
11-20	20
21-30	30
31-40	40
41-50	50
51-60	60
61-70	70
71-80	80
81-90	90
91-100	100

Шкала оценки написания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	80-100 баллов
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	60-89 баллов
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в	30-59 баллов

работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0-29 балла

Критерии оценивания знаний на зачёте с оценкой

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	81-100 баллов
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	61-80 баллов
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	41-60 балл
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0-40 балл

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»