

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
ДЕТСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ**

Специальность: 31.08.19 Педиатрия

Кафедра: госпитальной педиатрии

Форма обучения: очная

Владимир  
2023

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Детская неврология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Детская неврология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РП по данной дисциплине.

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Детская неврология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2.	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Текущий	Раздел 1. Оценка неврологического статуса и нервно-психического развития детей различных возрастов. Перинатальные поражения нервной системы и их исходы. Нарушения поведения и развития в детском возрасте. Раздел 2. Неврологические заболевания у детей.	Тесты, Ситуационные задачи, Собеседование
ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Промежуточный	Раздел 1. Оценка неврологического статуса и нервно-психического развития детей различных возрастов. Перинатальные поражения нервной системы и их исходы. Нарушения	Тесты

		поведения и развития в детском возрасте. Раздел 2. Неврологические заболевания у детей.	
--	--	--	--

#### **4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля**

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий, ситуационных задач и собеседования.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

##### **1. ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС ФИЗИОЛОГИЧЕН У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ**

- 1) до 1-2 месяцев\*
- 2) до 3-4 месяцев
- 3) до 5-6 месяцев
- 4) до 7-8 месяцев

##### **2. К СТОЙКИМ ПОЖИЗНЕННЫМ АВТОМАТИЗМАМ У РЕБЕНКА ОТНОСЯТСЯ**

- 1) глотательный рефлекс\*
- 2) сухожильные рефлексы\*
- 3) рефлекс Моро
- 4) рефлекс автоматической ходьбы
- 5) глоточный рефлекс\*
- 6) роговичный рефлекс\*

##### **3. К ТРАНЗИТОРНЫМ РУДИМЕНТАРНЫМ АВТОМАТИЗМАМ У РЕБЕНКА НЕ ОТНОСЯТСЯ**

- 1) сосательный рефлекс
- 2) роговичный рефлекс\*
- 3) рефлекс Моро
- 4) рефлекс автоматической ходьбы
- 5) глоточный рефлекс
- 6) надбровный рефлекс\*

##### **4. СОХРАНЕНИЕ АССИМЕТРИЧНОГО ШЕЙНОГО ТОНИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 2 МЕСЯЦЕВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- 1) о нормальном нервно-психическом развитии
- 2) о задержке нервно-психического развития\*
- 3) об ускоренном нервно-психическом развитии

##### **5. СИНДРОМ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

- 1) снижением спонтанной двигательной активности, снижением рефлексов новорожденных, снижением сухожильных рефлексов (иногда сухожильные рефлексы в норме)\*
- 2) симптомокомплексом в виде диффузной мышечной гипотонии независимо от ее происхождения
- 3) изменением величины мышечного тонуса по мере его тестирования в одной и той же группе мышц
- 4) разным мышечным тонусом в разных группах мышц
- 5) повышением мышечного тонуса при изменении положения тела (с горизонтального на вертикальный)

## 6. СИНДРОМ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- 1) снижением спонтанной двигательной активности, снижением рефлексов новорожденных, снижением сухожильных рефлексов (иногда сухожильные рефлексы в норме)
- 2) симптомокомплексом в виде диффузной мышечной гипотонии независимо от ее происхождения
- 3) изменением величины мышечного тонуса по мере его тестирования в одной и той же группе мышц\*
- 4) разным мышечным тонусом в разных группах мышц
- 5) повышением мышечного тонуса при изменении положения тела (с горизонтального на вертикальный)

## 7. ПОСТКОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ – ЭТО

- 1) гестационный возраст при рождении
- 2) гестационный возраст при рождении плюс время, прошедшее с момента рождения\*
- 3) это паспортный возраст ребенка
- 4) это фактический возраст ребенка

## 8. СКОРРЕКТИРОВАННЫЙ ВОЗРАСТ – ЭТО

- 1) гестационный возраст при рождении
- 2) гестационный возраст при рождении плюс время, прошедшее с момента рождения
- 3) разница между возрастом ребенка и сроком, на который ребенок недоношен\*
- 4) это фактический возраст ребенка

## 9. К МИЕЛЭНЦЕФАЛЬНЫМ ПОЗОТОНИЧЕСКИМ АВТОМАТИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс, тонический лабиринтный рефлекс\*
- 2) асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс
- 3) тонический лабиринтный рефлекс
- 4) установочные рефлексы (цепные симметричные рефлексы), обеспечивающие выпрямление туловища

## 10. РЕБЕНОК В СООТВЕТСТВИИ СО СВОИМ ФИЗИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ МОЖЕТ ОТСТАВАТЬ

- 1) в плане психического развития на 20%, а в отношении моторного развития - на 25%
- 2) в плане психического развития на 50%, а в отношении моторного развития - на 25%
- 3) в плане психического развития на 30%, а в отношении моторного развития - на 45%
- 4) в плане психического развития на 30%, а в отношении моторного развития - на 25%\*

## 11. ВРЕМЯ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ

- 1) не должны наблюдаться после 5-6 месяцев скорректированного возраста
- 2) не должны наблюдаться после 3-4 месяцев скорректированного возраста
- 3) не должны наблюдаться после 4-6 месяцев скорректированного возраста\*
- 4) не должны наблюдаться после 1-2 месяцев скорректированного возраста
- 5) не должны наблюдаться после 12 месяцев скорректированного возраста

## 12. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА У ДЕТЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗАНО

- 1) с нарушением мозгового кровообращения
- 2) с эндокринными нарушениями

- 3) с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена\*
- 4) с гипоксией нейрона
- 5) с изменением клеточной проницаемости

13. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДИЕТОЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) от 2 до 6 месяцев
- 2) от 2 месяцев до 1 года
- 3) от 2 месяцев до 3 лет
- 4) от 2 месяцев до 5-6 лет
- 5) всю жизнь\*

14. ПРИ МИКРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ОБЫЧНО

- 1) головной мозг относительно больше черепа
- 2) головной мозг значительно меньше черепа
- 3) уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга\*
- 4) уменьшается лишь мозговой череп относительно лицевого
- 5) мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально

15. ДЛЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА 1 ТИПА (СИНДРОМ ГУРЛЕР) НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) грубые черты лица
- 2) контрактуры в крупных суставах
- 3) нарушение пигментации волос и кожи\*
- 4) диспропорциональное телосложение
- 5) задержка нервно-психического развития

16. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ

- 1) 3 балла и менее\*
- 2) 4-5 баллов
- 3) 5-7 баллов

17. ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ I СТЕПЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония\*
- 2) судороги
- 3) внутричерепная гипертензия

18. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) вялость, адинамия\*
- 2) мозговая кома
- 3) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- 4) децеребрационный синдром

19. ДИАГНОЗ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 3 лет
- 2) с 3 лет до 7 лет\*
- 3) после начала школьного обучения
- 4) после 3 лет

20. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СУДОРОГАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сульфат магния
- 2) диазепам\*
- 3) пирацетам
- 4) фенобаритал

21. К ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гипоксия-ишемия мозга
- 2) родовая травма нервной системы
- 3) инфекционные поражения нервной системы
- 4) метаболические расстройства
- 5) все выше перечисленное\*

22. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВОЗНИКАЮТ

- 1) в антенатальном (или позднем фетальном), интранатальном или раннем неонатальном периодах
- 2) в антенатальном (или позднем фетальном)\*
- 3) в интранатальном или раннем неонатальном периодах

23. КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ. НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ

- 1) оценка по шкале Апгар – 7 баллов и менее, неврологические расстройства
- 2) оценка по шкале Апгар – 8 баллов и выше, неврологические расстройства
- 3) рН пуповинной крови ниже 7,2, оценка по шкале Апгар – 3 балла и менее, сохраняющаяся 5 мин. и более, тяжелые неврологические расстройства (судороги, кома), полиорганные нарушения\*
- 4) нарушения дыхания, метаболический ацидоз, оценка по шкале Апгар – 3 балла и менее, сохраняющаяся 5 мин. и более, тяжелые неврологические расстройства

24. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АСФИКСИИ НА 30 МИНУТЕ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) лактатемия меньше 5 ммоль/л и/или дефицит оснований менее 10 ммоль/л
- 2) лактатемия более 9 ммоль/л\*
- 3) лактатемия 5-9 ммоль/л и/или дефицит оснований менее 10 ммоль/л
- 4) дефицит оснований менее 10 ммоль/л

25. ОСНОВНЫЕ НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ

- 1) кора головного мозга и парасагитальных зон (селективный некроз нейронов, фокальный или мультифокальный церебральный некроз)
- 2) перивентрикулярная область (перивентрикулярная лейкомаляция, перивентрикулярные кровоизлияния)\*
- 3) кора головного мозга и парасагитальных зон и перивентрикулярная область
- 4) ВЖК и постгеморрагическая гидроцефалия

26. ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В 80% СЛУЧАЕВ ПРИ

- 1) при ВЖК III – IV\*
- 2) при ВЖК I – II
- 3) при ВЖК I

4) при любой степени ВЖК

#### 27. КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

- 1) прогрессирующее увеличение размеров боковых желудочков по НСГ свыше 97 центиля для данного гестационного возраста
- 2) опережающий рост окружности головы более 14 мм/нед
- 3) опережающий рост окружности головы более 4 мм за двое суток
- 4) прогрессирующее увеличение размеров боковых желудочков по НСГ свыше 97 центиля для данного гестационного возраста и /или опережающий рост окружности головы более 14 мм/нед (более 4 мм за двое суток)\*

#### 28. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

- 1) консервативная терапия (диакарб, фуросемид)
- 2) серия люмбальных пункций
- 3) серия вентрикулярных пункций
- 4) нейрохирургические методы коррекции\*

#### 29. ПРАВИЛА РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) нейрометаболическая терапия с первых дней жизни
- 2) комплексная терапия (медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ
- 3) комплексная терапия (медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ при отсутствии активного периода ретинопатии
- 4) комплексная терапия (медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ при отсутствии активного периода ретинопатии и стабилизации общего состояния\*

#### 30. НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ С НМТ ПРИ РОЖДЕНИИ, ИМЕЮЩИЕ НОРМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ДЛЯ ДАННОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА (НГВ) ИЛИ МАЛЫЙ РАЗМЕР ДЛЯ ДАННОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА (МГВ), РОСТ КОТОРЫХ В ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ

- 1) догоняет нормальный рост, с более высокой долей вероятности имеют более оптимальные показатели здоровья, роста и развития\*
- 2) отстает от нормального роста, с более высокой долей вероятности имеют более оптимальные показатели здоровья, роста и развития
- 3) перегоняет нормальный рост, с более высокой долей вероятности имеют более оптимальные показатели здоровья, роста и развития

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенции ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5

Ситуационная задача 1.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, преэклампсией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 12 часов, 2-й - 25 минут. Безводный промежуток - 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рож-

		<p>дении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось введение викасола. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы - 37 см, большой родничок 2x2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 221 г/л, Эр - <math>6,5 \times 10^9</math>/л, ц.п. - 0,97, Лейк - <math>7,2 \times 10^9</math>/л, п/я - 6%, с - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 30%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 55,0 г/л, билирубин: не прямой - 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,05 ммоль/л.</p> <p><i>Нейросонограмма:</i> немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм).</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Родовая травма: плексопатия слева (вариант Дюшена-Эрба).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Рентгенография левого плечевого сустава и плечевой кости Консультация хирурга
Р2	-	Перечислены верно.
Р1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
Р0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
Р2		Лечение назначено верно
Р1		Лечение назначено не полностью
Р0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 2.



И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог с остановкой дыхания и цианозом.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.</p> <p>Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.</p> <p>При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6°С, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0x2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гarrisonова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя - II межреберье, левая - по левой средне-ключичной линии, правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 120 г/л. Эр - <math>3,8 \cdot 10^{12}/л</math>, Ц.п. - 0,83, Лейк - <math>7,2 \cdot 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 8 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), кальций общий - 1,6 ммоль/л (норма - 1,8-2,1), фосфор - 0,6 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), АлТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).</p> <p><i>Исследование спинномозговой жидкости:</i> ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность - прозрачная, белок - 160 г/л, цитоз - 2 в 3 мкл: нейтрофилы - 0%, лимфоциты - 2%.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	ОРВИ. Острый (простой) бронхит. Рахит I-II степени, подострое течение; фаза разгара. Судорожный синдром при спазмофилии.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	n	Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Нарушение кальциевого обмена Дифференциальный диагноз с нейроинфекциями, НБО и др. состояниями
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными? Какова тактика ведения такого больного на участке?
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

### Ситуационная задача 3.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок 3 месяцев, от матери с отягощенным соматическим (пролап митрального клапана, хронический холецистит, реактивный панкреатит) и акушерским (кольпит, эрозия шейки матки) анамнезом. Беременность первая, протекавшая с токсокозом в первом триместре, повышением АД в третьем триместре беременности. Роды на 42-й неделе беременности, масса при рождении 2200 г, длина 47 см. Вскармливание: до 2 мес - грудное, далее смесью "Тупели". Appetit был всегда снижен.</p> <p>Объективно: масса тела 2700 г, длина 50 см. Псевдогидроцефалия. Лицо треугольной формы, маленькая нижняя челюсть, "карпий" рот, деформированные ушные раковины. Подкожно-жировой слой практически отсутствует. Кожа с сероватым оттенком, сухая, эластичность снижена, тургор тканей снижен. Видимые слизистые ярко-красного цвета. Трещины в углах рта, молочница, стоматит. Беспокоен, плаксив. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание пуэрильное. ЧД 30 в 1 минуту. Тоны сердца глухие, дыхательная аритмия. ЧСС -124 уд/мин. Живот вздут из-за метеоризма. Стул неустойчивый, скудный.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 132 г/л. Эр - <math>5,2 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>4,8 \times 10^9/л</math>, п/я - 1%, с - 31%, э - 3%, л-55%, м -10%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> количество - 40,0 мл, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 58 г/л, альбумины -30 г/л, холестерин - 3,2ммоль/л, глюкоза - 3,4 ммоль/л, мочевины -3,4</p>

		ммоль/л, калий - 4,4 ммоль/л, натрий –140ммоль/л.
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Синдром Рассела-Сильвера; гипотрофия II степени, анемия гипохромная. Кандидоз слизистой ротовой полости.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Какая причина этого заболевания?
Э	-	Кариотипирование, ХМА Консультация генетика Однородительская моносомия по 7 хромосоме (реже – по другим хромосомам)
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Представьте лечение с учетом патогенеза задержки физического развития ребенка.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

#### Ситуационная задача 4.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок 8 месяцев.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в первые сутки, из родильного дома выписан на 5-е сутки. В первом полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Ребенок на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.</p> <p>С 7-8-месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.</p> <p>Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает внимание очень светлая кожа, белокурые волосы и яркие голубые глаза. От ребенка ощущается своеобразный "мышинный" запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах,</p>

		<p>безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная; поверхность ровная, гладкая, край закруглен. Неврологический статус: ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать, отмечается выраженный гипертоonus, усиление глубоких сухожильных рефлексов.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 110 г/л, Эр - <math>4,3 \times 10^{12}</math>/л, Лейк - <math>5,8 \times 10^9</math>/л, п/я - 1% с - 32%, э - 1%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.</p> <p><i>Проба Фелинга:</i> положительная.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Фенилкетонурия, позднее выявление; отставание психомоторного развития.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Диагностика биохимических нарушений (ТМС, молекулярно-генетическое обследование) Консультация генетика, невролога
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 5.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок О., 4 дня, находится на стационарном лечении. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, 1 родов (1 беременность – выкидыш в 12 недель). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 12 недель, ОРВИ на 20-21 неделе, преэклампсии с 35 недели. Роды самопроизвольные в срок, стремительные. Сразу после рождения ребенок не закричал, бледный, ЧСС 80 в минуту, атония, арефлексия. Оценка по Апгар на 1 мин 2 балла. В родильном зале проводились реанимационные мероприятия. Оценка по шкале Апгар на 5 мин – 5 баллов. Масса при рождении 3060 г, длина 50 см. Из родильного дома переведен в стационар.</p> <p>При поступлении: состояние ребенка тяжелое. На осмотр реакции нет.</p>

		<p>Реакция на болевое раздражение отсутствует. Отмечаются мышечная гипотония, гипорефлексия. Врожденные рефлексы угнетены. Зрачки средней величины, реакция зрачков на свет сохранена. Вызывается рефлекс Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 2,5х2,5 см, выбухает. В течение суток периодически наблюдаются ритмичные подергивания конечностей, туловища, лица. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Плохо удерживает тепло. Дыхание в легких проводится на всем отделе, ЧД 60 в мин, периодически отмечаются эпизоды апноэ. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 146 в мин. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется.</p> <p>НСГ: диффузное повышение эхогенности мозговой паренхимы, сужение боковых желудочков. Эхографические признаки отека мозга.</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: рО<sub>2</sub> – 72 мм рт.ст., рСО<sub>2</sub> – 28 мм рт.ст., ВЕ – 0,8ммоль/л, рН – 7,26.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Асфиксия новорожденного, тяжелой степени. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС III степени, острый период, мозговая кома I степени, отек головного мозга, неонатальные судороги.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	<p>Проведение общего анализа крови и мочи, определение уровня глюкозы, контроль биохимических показателей, лактата, КЩС.</p> <p>Проведение электроэнцефалографии.</p> <p>Повторное проведение нейросонографии с доплеровским исследованием интракраниального кровотока.</p> <p>Возможно проведение компьютерной томографии и/или МРТ головного мозга.</p>
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 6.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Ребенок от второй беременности. Роды на 34-й неделе, на фоне хронической гипоксии плода, отмечалось дородовое излитие вод,

		<p>однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов, асфиксия средней степени тяжести при рождении, вес 2100 г.</p> <p>На третьи сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц симметричен. Синдром возбуждения с гиперестезией. Большой родничок 3x3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт, судороги.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л. эритроциты - <math>3,1 \cdot 10^{12}/л</math>, ц.п. - 1,0, лейкоциты - <math>9,8 \cdot 10^9/л</math>, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 44%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 47%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты – единичные в поле зрения.</p> <p>Исследование ликвора: цвет - ксантохромный, белок – 1,2 г/л, цитоз повышен за счет лимфоцитов и макрофагов, эритроциты в большом количестве</p> <p>Нейросонограмма: расширение межполушарной щели.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Сочетанное (нетравматическое) ишемически-геморрагическое поражение ЦНС, острый период, тяжелое течение, субарахноидальное кровоизлияние, синдром нервно-рефлекторной возбудимости, неонатальные судороги. Недоношенность 34 недели. Анемия средней степени тяжести смешанного генеза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	п	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Суточный мониторинг сатурации кислорода крови.</li> <li>- Контроль за показателями КЩР, электролитов, глюкозы крови для исключения судорог, обусловленных метаболическими нарушениями.</li> <li>- Люмбальные пункции в динамике с оценкой ликвора (подсчет количества и определение морфологии клеток, уровень белка, уровень глюкозы, бактериоскопия капли ликвора, окрашенной по Граму, посев ликвора с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам, выявление бактериальных антигенов в ликворе) с интервалом в 3-5 дней с лечебно-диагностической целью и с целью диагностики осложнения – острого гнойного неонатального менингита.</li> <li>- Контроль за ростом окружности головы ежедневно с целью своевременной диагностики возможного осложнения –</li> </ul>

		постгеморрагической гидроцефалии. -НСГ для исключения других вариантов внутричерепных повреждений (малоинформативна для диагностики первично субарахноидального кровотечения), -КТ головного мозга, где можем обнаружить скопление крови в различных отделах субарахноидального пространства, чаще в височных областях.
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 7.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 1 день. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, преэклампсией. Роды в 42 недели, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином, крупный плод, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4700 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.</p> <p>После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. Ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморные. В области правой теменной кости отмечается образование, упругой консистенции, не переходящее на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненное, флюктуирует, 8 см в диаметре. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы - 37 см, большой родничок 2х2 см. Отмечается ограничение движений левой руки. При пеленании малыш кричит. При пальпации над ключицей ощущается хруст. В области левой ключицы небольшая гематома и отек. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, ладонно-ротовой вызывается, хватательный и рефлекс Моро снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, эритроциты - <math>5,5 \times 10^{12}/л</math>, ц.п. - 0,97, лейкоциты - <math>7,2 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, лимфоциты - 36%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ кроки: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: не прямой - 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий –</p>

		6,0 ммоль/л, натрий -136 ммоль/л. кальций - 1,05 ммоль/л.
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Родовая травма: кефалогематома правой теменной кости, перелом левой ключицы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	n	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	План обследования пациента: 1. Рентгенография плечевого пояса (исключить другую травматологическую патологию) 2. Рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях 3. Нейросонография Осмотр травматолога (поставить окончательный диагноз).
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
Э		Назначьте лечение.
P2		Лечение назначено верно
P1		Лечение назначено не полностью
P0		Лечение назначено неверно

4.3. Вопросы для собеседования для оценки компетенции ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5

1. Методика неврологического осмотра и оценка неврологического статуса у детей различного возраста.
2. Методы исследования нервной системы у детей.
3. Оценка рефлекторной деятельности новорожденных и детей грудного возраста.
4. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста и его оценка.
5. Нарушения поведения и развития в детском возрасте: синдром дефицита внимания и гиперактивности.
6. Нарушения поведения и развития в детском возрасте: нарушения речевого развития.
7. Нарушения поведения и развития в детском возрасте: неврозоподобные состояния.
8. Нарушения сна в детском возрасте.
9. Перинатальные поражения нервной системы и их исходы.
10. Судорожные состояния в детском возрасте.
11. Эпилепсия.
12. Врожденные и перинатальные инфекции.

### **5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых задания к зачету и других материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания.



5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Детская неврология»

Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС ФИЗИОЛОГИЧЕН У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) до 1-2 месяцев*</li> <li>2) до 3-4 месяцев</li> <li>3) до 5-6 месяцев</li> <li>4) до 7-8 месяцев</li> </ol> <p>2. К СТОЙКИМ ПОЖИЗНЕННЫМ АВТОМАТИЗМАМ У РЕБЕНКА ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) глотательный рефлекс*</li> <li>2) сухожильные рефлексy*</li> <li>3) рефлекс Моро</li> <li>4) рефлекс автоматической ходьбы</li> <li>5) глоточный рефлекс*</li> <li>6) роговичный рефлекс*</li> </ol> <p>3. К ТРАНЗИТОРНЫМ РУДИМЕНТАРНЫМ АВТОМАТИЗМАМ У РЕБЕНКА НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сосательный рефлекс</li> <li>2) роговичный рефлекс*</li> <li>3) рефлекс Моро</li> <li>4) рефлекс автоматической ходьбы</li> <li>5) глоточный рефлекс</li> <li>6) надбровный рефлекс*</li> </ol> <p>4. СОХРАНЕНИЕ АССИМЕТРИЧНОГО ШЕЙНОГО ТОНИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 2 МЕСЯЦЕВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) о нормальном нервно-психическом развитии</li> <li>2) о задержке нервно-психического развития*</li> <li>3) об ускоренном нервно-психическом развитии</li> </ol> <p>5. СИНДРОМ МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) снижением спонтанной двигательной активности, снижением рефлексов новорожденных, снижением сухожильных рефлексов (иногда сухожильные рефлексy в норме)*</li> <li>2) симптомокомплексом в виде диффузной мышечной гипотонии независимо от ее происхождения</li> <li>3) изменением величины мышечного тонуса по мере его тестирования в одной и той же группе мышц</li> <li>4) разным мышечным тонусом в разных группах мышц</li> <li>5) повышением мышечного тонуса при изменении положения тела (с горизонтального на вертикальный)</li> </ol> <p>6. СИНДРОМ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ</p>	<p>ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5</p>

- 1) снижением спонтанной двигательной активности, снижением рефлексов новорожденных, снижением сухожильных рефлексов (иногда сухожильные рефлексы в норме)
- 2) симптомокомплексом в виде диффузной мышечной гипотонии независимо от ее происхождения
- 3) изменением величины мышечного тонуса по мере его тестирования в одной и той же группе мышц\*
- 4) разным мышечным тонусом в разных группах мышц
- 5) повышением мышечного тонуса при изменении положения тела (с горизонтального на вертикальный)

#### 7. ПОСТКОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ – ЭТО

- 1) гестационный возраст при рождении
- 2) гестационный возраст при рождении плюс время, прошедшее с момента рождения\*
- 3) это паспортный возраст ребенка
- 4) это фактический возраст ребенка

#### 8. СКОРРЕКТИРОВАННЫЙ ВОЗРАСТ – ЭТО

- 1) гестационный возраст при рождении
- 2) гестационный возраст при рождении плюс время, прошедшее с момента рождения
- 3) разница между возрастом ребенка и сроком, на который ребенок недоношен\*
- 4) это фактический возраст ребенка

#### 9. К МИЕЛЭНЦЕФАЛЬНЫМ ПОЗОТОНИЧЕСКИМ АВТОМАТИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс, тонический лабиринтный рефлекс\*
- 2) асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс
- 3) тонический лабиринтный рефлекс
- 4) установочные рефлексы (цепные симметричные рефлексы), обеспечивающие выпрямление туловища

#### 10. РЕБЕНОК В СООТВЕТСТВИИ СО СВОИМ ФИЗИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ МОЖЕТ ОТСТАВАТЬ

- 1) в плане психического развития на 20%, а в отношении моторного развития - на 25%
- 2) в плане психического развития на 50%, а в отношении моторного развития - на 25%
- 3) в плане психического развития на 30%, а в отношении моторного развития - на 45%
- 4) в плане психического развития на 30%, а в отношении моторного развития - на 25%\*

#### 11. ВРЕМЯ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ

- 1) не должны наблюдаться после 5-6 месяцев скорректированного возраста
- 2) не должны наблюдаться после 3-4 месяцев скорректированного возраста

- 3) не должны наблюдаться после 4-6 месяцев скорректированного возраста\*
- 4) не должны наблюдаться после 1-2 месяцев скорректированного возраста
- 5) не должны наблюдаться после 12 месяцев скорректированного возраста

12. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА У ДЕТЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗАНО

- 1) с нарушением мозгового кровообращения
- 2) с эндокринными нарушениями
- 3) с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена\*
- 4) с гипоксией нейрона
- 5) с изменением клеточной проницаемости

13. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДИЕТОЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) от 2 до 6 месяцев
- 2) от 2 месяцев до 1 года
- 3) от 2 месяцев до 3 лет
- 4) от 2 месяцев до 5-6 лет
- 5) всю жизнь\*

14. ПРИ МИКРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ОБЫЧНО

- 1) головной мозг относительно больше черепа
- 2) головной мозг значительно меньше черепа
- 3) уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга\*
- 4) уменьшается лишь мозговой череп относительно лицевого
- 5) мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально

15. ДЛЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА 1 ТИПА (СИНДРОМ ГУРЛЕР) НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) грубые черты лица
- 2) контрактуры в крупных суставах
- 3) нарушение пигментации волос и кожи\*
- 4) диспропорциональное телосложение
- 5) задержка нервно-психического развития

16. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ

- 1) 3 балла и менее\*
- 2) 4-5 баллов
- 3) 5-7 баллов

17. ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ I СТЕПЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония\*
- 2) судороги
- 3) внутричерепная гипертензия

18. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) вялость, адинамия\*
- 2) мозговая кома
- 3) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- 4) децеребрационный синдром

19. ДИАГНОЗ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 3 лет
- 2) с 3 лет до 7 лет\*
- 3) после начала школьного обучения
- 4) после 3 лет

20. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СУДОРОГАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сульфат магния
- 2) диазепам\*
- 3) пирацетам
- 4) фенобаритал

21. К ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гипоксия-ишемия мозга
- 2) родовая травма нервной системы
- 3) инфекционные поражения нервной системы
- 4) метаболические расстройства
- 5) все выше перечисленное\*

22. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВОЗНИКАЮТ

- 1) в антенатальном (или позднем фетальном), интранатальном или раннем неонатальном периодах
- 2) в антенатальном (или позднем фетальном)\*
- 3) в интранатальном или раннем неонатальном периодах

23. КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ. НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ

- 1) оценка по шкале Апгар – 7 баллов и менее, неврологические расстройства
- 2) оценка по шкале Апгар – 8 баллов и выше, неврологические расстройства
- 3) рН пуповинной крови ниже 7,2, оценка по шкале Апгар – 3 балла и менее, сохраняющаяся 5 мин. и более, тяжелые неврологические расстройства (судороги, кома), полиорганные нарушения\*
- 4) нарушения дыхания, метаболический ацидоз, оценка по шкале Апгар – 3 балла и менее, сохраняющаяся 5 мин. и более, тяжелые неврологические расстройства

24. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АСФИКСИИ НА 30 МИНУТЕ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) лактатемия меньше 5 ммоль/л и/или дефицит оснований менее 10 ммоль/л

- 2) лактатемия более 9 ммоль/л\*
- 3) лактатемия 5-9 ммоль/л и/или дефицит оснований менее 10 ммоль/л
- 4) дефицит оснований менее 10 ммоль/л

#### 25. ОСНОВНЫЕ НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ

- 1) кора головного мозга и парасаггитальных зон (селективный некроз нейронов, фокальный или мультифокальный церебральный некроз)
- 2) перивентрикулярная область (перивентрикулярная лейкомаляция, перинтравентрикулярные кровоизлияния)\*
- 3) кора головного мозга и парасаггитальных зон и перивентрикулярная область
- 4) ВЖК и постгеморрагическая гидроцефалия

#### 26. ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В 80% СЛУЧАЕВ ПРИ

- 1) при ВЖК III – IV\*
- 2) при ВЖК I – II
- 3) при ВЖК I
- 4) при любой степени ВЖК

#### 27. КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

- 1) прогрессирующее увеличение размеров боковых желудочков по НСГ выше 97 центиля для данного гестационного возраста
- 2) опережающий рост окружности головы более 14 мм/нед
- 3) опережающий рост окружности головы более 4 мм за двое суток
- 4) прогрессирующее увеличение размеров боковых желудочков по НСГ выше 97 центиля для данного гестационного возраста и /или опережающий рост окружности головы более 14 мм/нед (более 4 мм за двое суток)\*

#### 28. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

- 1) консервативная терапия (диакарб, фуросемид)
- 2) серия люмбальных пункций
- 3) серия вентрикулярных пункций
- 4) нейрохирургические методы коррекции\*

#### 29. ПРАВИЛА РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) нейрометаболическая терапия с первых дней жизни
- 2) комплексная терапия (медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ
- 3) комплексная терапия (медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ при отсутствии активного периода ретинопатии
- 4) комплексная терапия (медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ при отсутствии активного периода ретинопатии и стабилизации общего состояния\*

<p>30. НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ С НМТ ПРИ РОЖДЕНИИ, ИМЕЮЩИЕ НОРМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ДЛЯ ДАННОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА (НГВ) ИЛИ МАЛЫЙ РАЗМЕР ДЛЯ ДАННОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА (МГВ), РОСТ КОТОРЫХ В ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ</p> <p>1) догоняет нормальный рост, с более высокой долей вероятности имеют более оптимальные показатели здоровья, роста и развития*</p> <p>2) отстает от нормального роста, с более высокой долей вероятности имеют более оптимальные показатели здоровья, роста и развития</p> <p>3) перегоняет нормальный рост, с более высокой долей вероятности имеют более оптимальные показатели здоровья, роста и развития</p>	
---	--

## 6. Критерии и оценивания знаний обучающихся

*Для зачета*

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)  
Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)  
Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Халецкая Ольга Владимировна, зав. кафедрой госпитальной педиатрии, д.м.н., профессор

Яцышина Елена Евгеньевна, доцент кафедры госпитальной педиатрии, к.м.н., доцент

Обухова Анна Николаевна, ассистент кафедры госпитальной педиатрии, к.м.н.