

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

**«Дальневосточный федеральный
университет»(ДФУ)**

ШКОЛА МЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

«Детская неврология»

Специальность 31.08.42 «Неврология»

Форма подготовки: очная

Содержание

№	
I	Перечень форм оценивания, применяемых на различных этапах формирования компетенций в ходе освоения дисциплины «Неврология»
II	Текущая аттестация по дисциплине «Детская Неврология».....
III	Промежуточная аттестация по дисциплине «Детская Неврология».....
I	Шкала оценки уровня достижения результатов обучения для текущей и промежуточной аттестации по дисциплине «Детская Неврология».....
V	Приложение 1 (справочное)

I. Перечень форм оценивания, применяемых на различных этапах формирования компетенций в ходе освоения дисциплины «Детская неврология»

	Контролируемые модули/ разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций	Оценочные средства - наименование					
			текущий контроль	промежуточная аттестация				
Детская неврология Неонатальная неврология		УК1.1, УК1.2, УК1.3, УК1.4 УК2.1, УК2.2, УК2.3. УК4.1, УК4.2, УК4.3, УК4.4, УК5.1, УК5.2, УК5.3, УК5.4 ОПК1.1, ОПК1.2, ОПК1.3, ОПК1.4 ОПК2.1, ОПК2.2, ОПК2.3, ОПК2.4, ОПК2.5 ОПК3.1, ОПК3.2, ОПК3.3, ОПК4.1, ОПК4.2, ОПК4.3, ОПК4.4 ОПК5.1ОПК5.2 ОПК6.1.ОПК6.2 ОПК7.1, ОПК7.2, ОПК7.3, ОПК7.4, ОПК8.1, ОПК8.2, ОПК9.1, ОПК9.2, ОПК9.3, ОПК10.1, ОПК10.2. ОПК10.3, ОПК10.4 ПК1.1, ПК1.2, ПК4.1, ПК4.2, ПК4.3, ПК5.1, ПК5.2, ПК5.3, ПК6.1, ПК6.2, ПК7.1 ПК7.2, ПК7.3, ПК8.1, ПК8.2, ПК8.3. ПК 9.1, ПК 9.2 ПК10.1, ПК 10.2, ПК.10.3	Знает	УО-1 Собеседование ПР-1 Реферат ТС Презентация	УО-2 Собеседование ПР-1 Вопросы к зачету			
			Умеет	ПР-1 Тест	УО-2 Собеседование ПР-1 Вопросы к зачету			
			Владеет	УО-1 Решение ситуационных задач	ПР-4 Собеседование ПР-1 Вопросы к зачету			
				3				
			Эпилепсия у детей		УК1.1, УК1.2, УК1.3, УК1.4 УК2.1, УК2.2, УК2.3. УК4.1, УК4.2, УК4.3, УК4.4, УК5.1, УК5.2, УК5.3, УК5.4 ОПК1.1, ОПК1.2, ОПК1.3, ОПК1.4 ОПК2.1, ОПК2.2, ОПК2.3, ОПК2.4, ОПК2.5 ОПК3.1, ОПК3.2, ОПК3.3, ОПК4.1, ОПК4.2, ОПК4.3, ОПК4.4 ОПК5.1ОПК5.2 ОПК6.1.ОПК6.2 ОПК7.1, ОПК7.2, ОПК7.3, ОПК7.4, ОПК8.1, ОПК8.2,	Знает	УО-1 Собеседование ПР-1 Реферат ТС Презентация	УО-2 Собеседование ПР-1 Вопросы к зачету
						Умеет	ПР-1 Тест	УО-2 Собеседование ПР-1 Вопросы к зачету
Владеет	УО-1 Решение ситуационных задач	ПР-4 Собеседование ПР-1 Вопросы к зачету						

		ОПК9.1, ОПК9.2, ОПК9.3, ОПК10.1, ОПК10.2. ОПК10.3, ОПК10.4 ПК1.1, ПК1.2, ПК4.1, ПК4.2, ПК4.3, ПК5.1, ПК5.2, ПК5.3, ПК6.1, ПК6.2, ПК7.1 ПК7.2, ПК7.3, ПК8.1, ПК8.2, ПК8.3. ПК 9.1, ПК 9.2 ПК10.1, ПК 10.2, ПК.10.3			
--	--	--	--	--	--

Применяемые формы оценочных средств по дисциплине «Детская неврология»:

- 1) собеседование (УО-1); доклад, сообщение (УО-3);
- 2) тесты (ПР-1); рефераты (ПР-4); кейс-задача (ПР-11) и т.д.
- 3) тренажер (Аккредитационно-симуляционный центр Школы медицины) (ТС-1); и т.д.

Шкала оценки уровня достижения результатов обучения для текущей и промежуточной аттестации по дисциплине «Детская неврология»

Баллы (рейтинговая оценка)	Уровни достижения результатов обучения		Требования к сформированным компетенциям
	Текущая и промежуточная аттестация	Промежуточная аттестация	
100 – 86	Повышенный	«зачтено» / «отлично»	Свободно и уверенно находит достоверные источники информации, оперирует предоставленной информацией, отлично владеет навыками анализа и синтеза информации, знает все основные методы решения проблем, предусмотренные учебной программой, знает типичные ошибки и возможные сложности при решении той или иной проблемы и способен выбрать и эффективно применить адекватный метод решения конкретной проблемы
85 – 76	Базовый	«зачтено» / «хорошо»	В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать и синтезировать предложенную информацию, выбрать метод решения проблемы и решить ее. Допускает единичные серьезные ошибки в решении проблем, испытывает сложности в редко встречающихся или сложных случаях решения проблем, не знает типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы
75 – 61	Пороговый	«зачтено» / «удовлетворительно»	Допускает ошибки в определении достоверности источников информации, способен правильно решать только типичные, наиболее часто встречающиеся проблемы в конкретной области (обрабатывать информацию,

			выбирать метод решения проблемы и решать ее)
60 – 0	Уровень не достигнут	«не зачтено» / «неудовлетворительно»	Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы.

I. Текущая аттестация по дисциплине «Детская неврология»

Текущая аттестация ординаторов по дисциплине «Детская неврология» проводится в соответствии с локальными нормативными актами ДВФУ и является обязательной.

Текущая аттестация по дисциплине «Детская неврология» проводится в форме контрольных мероприятий (собеседование, доклад, сообщение, тестирование, написание и защита рефератов, деловая и/или ролевая игра, кейс-задачи, проведение практических занятий в Аккредитационно-симуляционном центре Школы медицины) по оцениванию фактических результатов обучения ординаторов и осуществляется ведущим преподавателем, руководителем образовательной программы.

По каждому объекту дается характеристика процедур оценивания в привязке к используемым оценочным средствам.

Оценочные средства для текущего контроля

Темы рефератов

1. Задержка психомоторного развития
2. Половой диморфизм развития неврологических заболеваний у детей
3. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных

4. Поведенческие состояния новорожденных
5. Транзиторные состояния нервной системы новорожденных
6. Стандартные неврологические шкалы оценки нервной системы новорожденного
7. Основные концепции неврологии развития
8. Развитие основных неврологических функций
9. Эпилепсия. Современные подходы к терапии.
10. Пароксизмальные расстройства сознания неэпилептической природы
11. Нейрокожные заболевания и синдромы
12. Неврологические расстройства у пациентов с генетическими аномалиями.
13. Болезнь Штурге-Вебера
14. Болезнь Гиппель-Линдау
15. Миопатия
16. Миотония
17. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена
18. Конечностно-поясные формы прогрессирующих мышечных дистрофий
19. Дистальные миопатии
20. Детская спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана
21. Задержка психомоторного развития
22. Половой диморфизм развития неврологических заболеваний у детей
23. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных
24. Поведенческие состояния новорожденных
25. Транзиторные состояния нервной системы новорожденных
26. Стандартные неврологические шкалы оценки нервной системы новорожденного
27. Основные концепции неврологии развития
28. Развитие основных неврологических функций
29. Эпилепсия. Современные подходы к терапии.
30. Пароксизмальные расстройства сознания неэпилептической природы

31. Нейрокожные заболевания и синдромы
32. Неврологические расстройства у пациентов с генетическими аномалиями.
33. Болезнь Штурге-Вебера
34. Болезнь Гиппель-Линдау
35. Миопатия
36. Миотония
37. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена
38. Конечностно-поясные формы прогрессирующих мышечных дистрофий
39. Дистальные миопатии
40. Детская спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана

Банк тестовых заданий

1. Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет

- а) $1/8$ от массы тела
- б) $1/12$ от массы тела
- в) $1/20$ от массы тела
- г) $1/4$ от массы тела

2. Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки

- а) униполярные
- б) биполярные
- в) мультиполярные
- г) псевдоуниполярные
- д) верно а) и б)

7

3. Передача нервного импульса происходит

- а) в синапсах
- б) в митохондриях
- в) в лизосомах
- г) в цитоплазме

4. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет

- а) 15-20 мл
- б) 35-40 мл
- в) 60-80 мл
- г) 80-100 мл

5. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет

- а) длину аксона и точность проведения
- б) скорость проведения нервного импульса
- в) длину аксона
- г) принадлежность к чувствительным проводникам
- д) принадлежность к двигательным проводникам

6. Нейроглия выполняет

- а) опорную и трофическую функцию
- б) опорную и секреторную функцию
- в) трофическую и энергетическую функцию
- г) только секреторную функцию
- д) только опорную функцию

7. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании

- а) покровных костей черепа
- б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
- в) сосудистых сплетений
- г) отверстий в основании черепа
- д) черепных швов

8. Давление спинномозговой жидкости у детей школьного возраста в норме составляет

- а) 15-20 мм вод. ст.
- б) 60-80 мм вод. ст.
- в) 120-170 мм вод. ст.
- г) 180-250 мм вод. ст.
- д) 260-300 мм вод. ст.

8

9. Симпатические клетки лежат

- а) в передних рогах
- б) в задних рогах
- в) в передних и задних рогах
- г) главным образом, в боковых рогах

10. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка

- а) XII грудного
- б) I поясничного
- в) II поясничного
- г) III поясничного

11. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте

- а) до 2 месяцев

- б) до 3 месяцев
- в) до 4 месяцев
- г) до 1 года

12. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте

- а) до 1-2 месяцев
- б) до 3-4 месяцев
- в) до 5-6 месяцев
- г) до 7-8 месяцев

13. К миелэнцефальным позотоническим рефлексам относят

- а) асимметричный тонический шейный
- б) симметричный тонический шейный
- в) тонический лабиринтный
- г) верно а) и б) д) все перечисленные

14. Зрительное сосредоточение на предмете появляется у детей

- а) к концу первого месяца жизни
- б) в середине второго месяца жизни
- в) в начале третьего месяца жизни
- г) к концу третьего месяца жизни

15. Принцип реципрокности заключается

- а) в расслаблении антагонистов и агонистов
- б) в расслаблении только агонистов
- в) в расслаблении только антагонистов
- г) в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов

16. При птозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен

- а) в четверохолмии
- б) во внутренней капсуле слева
- в) в мосту мозга слева
- г) в левой ножке мозга

9

17. Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста

- а) раннего
- б) дошкольного
- в) младшего школьного
- г) старшего школьного

18. Геморрагическая сыпь при менингококкцемии у детей является следствием

- а) аллергии
- б) иммунологической реактивности

- в) повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови
- г) всего перечисленного

19. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей

- а) при стафилококковой инфекции
- б) грудного возраста
- в) при иммунодефиците
- г) с ликвореей
- д) с аллергией

20. При инфекционно-токсическом шоке предпочтительно применять

- а) пенициллин
- б) левомицетин
- в) ампициллин
- г) гентамицин
- д) цефалоспорины

21. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- а) в стволе мозга
- б) в затылочной доле
- в) в лобной доле
- г) в височной доле

22. Разовая доза нитрозепама (радедорма), назначаемая детям в возрасте от 1 года до 5 лет, составляет

- а) 2.5-5 мг
- б) 5-10 мг
- в) 10-15 мг
- г) 15-20 мг

10

23. Детям назначают диазепам в суточной дозе

- а) 0.05-0.1 мг/кг
- б) 0.12-0.8 мг/кг
- в) 1-1.5 мг/кг
- г) 1.5-2 мг/кг

24. Разовая доза фенибута для детей до 8 лет составляет

- а) 5-10 мг
- б) 20-30 мг
- в) 50-100 мг
- г) 150-200 мг

25. Индометацин не рекомендуется назначать детям

- а) до 5 лет
- б) до 7 лет

в) до 10 лет

г) до 12 лет

26. Детям в возрасте от 6 до 12 месяцев парацетамол назначают в разовой дозе

а) 5-10 мг

б) 25-50 мг

в) 100-150 мг

г) 200-500 мг

27. Суточная доза сонапакса (тиоридазина) для детей раннего школьного возраста составляет

а) 2.5-5 мг

б) 5-10 мг

в) 10-30 мг

г) 50-100 мг

28. Для миоклонических гиперкинезов при миоклонус-эпилепсии у детей характерна

а) стабильность

б) колебание интенсивности по дням

в) колебание интенсивности по месяцам

г) интенсивность определяется только возрастом

29. В развитии генерализованного тика у детей роль наследственных факторов

а) отсутствует

б) незначительная

в) значительная

г) зависит от возраста родителей

д) зависит от пола больного

11

30. Плече-лопаточно-лицевая форма миопатии (Ландузи - Дежерина) имеет

а) аутосомно-доминантный тип наследования

б) аутосомно-рецессивный тип наследования

в) аутосомно-рецессивный, сцепленный с X-хромосомой тип наследования

г) аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный тип наследования

д) тип наследования неизвестен

31. При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают

а) только вялые парезы ног

б) только вялые парезы рук

в) вялые парезы рук и ног

г) только парезы мышц туловища

д) парез мышц рук, ног и туловища

32. При миастении у детей наблюдаются следующие вегетативные нарушения

- а) повышенная потливость
- б) артериальная гипотония
- в) функциональные изменения со стороны сердца
- г) функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта
- д) все перечисленные

33. Поражение нервной системы при наследственных нарушениях обмена у детей преимущественно связано

- а) с нарушением мозгового кровообращения
- б) с эндокринными нарушениями
- в) с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена
- г) с гипоксией нейрона
- д) с изменением клеточной проницаемости

34. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет

- а) от 2 до 6 месяцев
- б) от 2 месяцев до 1 года
- в) от 2 месяцев до 3 лет
- г) от 2 месяцев до 5-6 лет
- д) всю жизнь

35. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно

- а) для болезни с нарушением аминокислотного обмена
- б) для болезни углеводного обмена
- в) для мукополисахаридоза
- г) для липидозов
- д) для лейкодиетрофии

12

36. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений

- а) половых хромосом
- б) аутосом
- в) обмена аминокислот
- г) обмена витаминов
- д) обмена углеводов

37. В характеристику болезни Дауна входит все перечисленное, кроме

- а) лица "клоуна"
- б) олигофрении
- в) нарушения речи

- г) нарушения моторики
- д) пирамидной недостаточности

38. При синдроме Шершевского - Тернера кариотип больного

- а) 46 XX
- б) 45 XO
- в) 47 XXУ
- г) 47 XX/XY

39. У пациентов с болезнью Дауна обычно имеют место все перечисленные признаки, кроме

- а) порока сердца
- б) ожирения
- в) полидактилии
- г) гипоспадии
- д) ломкости костей

40. Синдром Шершевского - Тернера чаще встречается

- а) у девочек
- б) у мальчиков
- в) у лиц обоего пола
- г) только у взрослых

41. Синдром Марфана характеризуется

- а) арахнодактилией
- б) пороками сердца
- в) подвывихами хрусталика
- г) задержкой умственного развития
- д) всеми перечисленными симптомами

42. При гепато-церебральной дистрофии мышечный тонус изменен по типу

- а) гипотонии
- б) пирамидной спастичности
- в) экстрапирамидной ригидности
- г) дистонии
- д) повышения по смешанному экстрапирамидному и пирамидному типу

43. Большая масса тела при рождении, кушингоидные черты, увеличение размеров сердца, печени, селезенки, микроцефалия (реже гидроцефалия) характерны

- а) для врожденной краснухи
- б) для тиреотоксической эмбриопатии
- в) для диабетической эмбриопатии
- г) для фетального алкогольного синдрома (ФАС)

44. Микседемоподобный синдром с задержкой психического развития отмечается у новорожденных от матерей, страдающих

- а) гипертиреозом
- б) гипотиреозом
- в) диффузным токсическим зобом
- г) очаговым ("островчатым") зобом
- д) струмой

45. Первичный гипотиреоз у детей характеризуется

- а) сухостью и иктеричностью кожи
- б) грубым голосом, микроглоссией
- в) ломкими "матовыми" волосами
- г) грубой задержкой психомоторного развития
- д) всем перечисленным

46. При микроцефалии у детей обычно

- а) головной мозг относительно больше черепа
- б) головной мозг значительно меньше черепа
- в) уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга
- г) уменьшается лишь мозговая череп относительно лицевого
- д) мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально

47. Вторичная микроцефалия у детей развивается

- а) в пренатальном периоде
- б) только постнатально
- в) в перинатальном периоде и в первые месяцы жизни
- г) в любом возрасте
- д) всегда в возрасте старше 1 года

14

48. Прогноз при микроцефалии у детей определяется

- а) темпом роста головы
- б) размером мозгового черепа
- в) выраженностью двигательного дефекта
- г) степенью умственной отсталости
- д) сроком начала терапии

49. Дети с микроцефалией обычно наблюдаются невропатологом

- а) до 15 лет
- б) до старшего школьного возраста
- в) до младшего дошкольного возраста
- г) в раннем возрасте, далее наблюдаются психиатром

50. Избыточная продукция спинномозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии

- а) наружной
- б) внутренней
- в) открытой или сообщающейся
- г) гиперпродуктивной
- д) резорбтивной

51. Большинство гидроцефалий у детей являются

- а) травматическими
- б) токсическими
- в) гипоксическими
- г) врожденными
- д) приобретенными

52. При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление

- а) стойко высокое
- б) нормальное
- в) пониженное
- г) неустойчивое с тенденцией к повышению
- д) неустойчивое с тенденцией к понижению

53. В наиболее тяжелых случаях при гидроцефалии у детей развивается

- а) неврит зрительного нерва
- б) гидроанэнцефалия
- в) пирамидная недостаточность
- г) дистрофия подкорковых узлов
- д) поражение мозжечка и его связей

54. Ребенок с врожденной гидроцефалией обычно рождается

- а) с нормальной или слегка увеличенной головой
- б) с увеличением окружности головы на 4-5 см
- в) с уменьшенной головой
- г) с увеличением окружности головы на 5-8 см

55. Выраженный тетрапарез, психическая отсталость, псевдобульбарный синдром характерны

- а) для гидроанэнцефалии
- б) для окклюзионной гидроцефалии
- в) для наружной гидроцефалии
- г) для гидроцефалии после родовой травмы
- д) для сообщающейся гидроцефалии

56. Вегетативные нарушения особенно четко выражены у детей при окклюзии на уровне

- а) бокового желудочка
- б) III желудочка
- в) I желудочка
- г) на любом уровне

57. Усиление пальцевых вдавлений на краниограмме характерно для гидроцефалии

- а) только наружной
- б) окклюзионной
- в) сообщающейся

58. Резкое уменьшение кольца свечения характерно для гидроцефалии

- а) наружной
- б) сообщающейся
- в) любой
- г) окклюзионной в начальном периоде
- д) окклюзионной с гидроанэнцефалией

59. Декомпенсация гидроцефалии у детей особенно часто возникает

- а) при вирусных инфекциях
- б) при кишечных инфекциях
- в) при нейроинфекциях
- г) при черепных травмах
- д) при черепных травмах и инфекциях

60. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

- а) о метаболическом алкалозе
- б) о метаболическом ацидозе
- в) о нарушении церебральной гемодинамики
- г) об обезвоживании
- д) о поражении дыхательного центра

16

61. В течении перинатальной энцефалопатии выделяют

- а) острый период
- б) ранний восстановительный период
- в) поздний восстановительный период
- г) все перечисленные периоды

62. У доношенных детей чаще всего наблюдаются

- а) субдуральные кровоизлияния
- б) субарахноидальные кровоизлияния
- в) внутримозговые кровоизлияния

г) перивентрикулярные кровоизлияния д) паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния

63.Выраженная мышечная гипотония новорожденных является отражением

- а) гипоксии головного мозга, незрелости
- б) травмы головного и спинного мозга
- в) повреждения мозга непрямым билирубином
- г) дегенерации передних рогов спинного мозга
- д) возможны все перечисленные причины

64.В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется

- а) заменное переливание крови
- б) фототерапия
- в) фенobarбитал
- г) преднизолон
- д) все перечисленное

65.Атрофия кисти, трофические нарушения и симптом Горнера типичны

- а) для пареза Эрба - Дюшенна
- б) для пареза Дежерин - Клюмпке
- в) для тотального пареза руки
- г) для пареза диафрагмы
- д) для тетрапареза

66.В комплексной терапии акушерских параличей применяются

- а) массаж, ЛФК б) поперечный электрофорез эуфиллина и никотиновой кислоты
- в) ортопедические укладки
- г) иглорефлексотерапия
- д) все перечисленные методы

17

67.Структурный дефект головного мозга при детском церебральном параличе может оказать влияние на развитие

- а) только двигательной сферы
- б) только речи
- в) головного мозга в целом
- г) влияние не оказывает

68.Детский церебральный паралич и перинатальная энцефалопатия имеют

- а) клиническую общность
- б) общность только по времени воздействия повреждающего фактора
- в) только этиологическую общность

- г) общность этиологии и времени повреждения
- д) однотипность течения

69. Точные сроки повреждения головного мозга при детском церебральном параличе

- а) установить никогда нельзя
- б) устанавливаются лишь в части случаев
- в) всегда точно известны по сопутствующим признакам
- г) устанавливаются только морфологически

70. К основным патогенетическим факторам детского церебрального паралича относятся

- а) инфекционный
- б) токсический
- в) гипоксический
- д) травматический
- е) все перечисленные

71. Нарушению мозгового кровообращения в интра- или неонатальном периоде, ведущему к детскому церебральному параличу, обычно предшествуют

- а) внутриутробная инфекция
- б) метаболические нарушения
- в) внутриутробная гипоксия или асфиксия
- г) травма беременной женщины
- д) аллергия беременной женщины

72. При спастической диплегии у детей отмечается

- а) только центральный парез дистальных отделов ног
- б) только парапарез ног
- в) только тетрапарез
- г) парапарез ног или тетрапарез

18

73. Сходящееся косоглазие при спастической диплегии обычно связано с поражением

- а) ядра отводящего нерва с одной стороны
- б) ядер отводящего нерва с обеих сторон
- в) корешков отводящего нерва на основании мозга
- г) ретикулярной формации мозгового ствола
- д) коркового центра зрения с обеих сторон

74. Преобладание поражения проксимальных отделов рук над дистальным при центральном тетрапарезе характерно

- а) для спастической диплегии только у грудных детей
- б) для двойной гемиплегии только у грудных детей
- в) для спастической диплегии в любом возрасте

- г) для двойной гемиплегии в любом возрасте
- д) для натальной травмы спинного мозга

75. Распространенность детского церебрального паралича составляет на 1000 детского населения

- а) 0.5 и ниже
- б) 1.5-2.0
- в) 5 и более
- г) 10 и более
- д) 15 и более

76. У ребенка с мышечной гипотонией в первые 2-3 месяца жизни может сформироваться детский церебральный паралич в форме

- а) атонически-астатической
- б) спастической диплегии
- в) гиперкинетической
- г) любой из перечисленных

77. Для гиперкинетической формы детского церебрального паралича характерно наличие

- а) атетоза
- б) хореического гиперкинеза
- в) торсионной дистонии
- г) хореоатетоза
- д) всего перечисленного

78. Диагностика двойной гемиплегии возможна у детей

- а) на первом месяце жизни
- б) с 1.5 лет
- в) с рождения
- г) примерно с 5-8-месячного возраста
- д) около 1 года

19

79. Снижение слуха при детском церебральном параличе чаще встречается

- а) при спастической диплегии
- б) при двойной гемиплегии
- в) при гемипаретической форме на стороне пареза
- г) при гиперкинетической форме после ядерной желтухи
- д) при атонически-астатической форме

80. Детский церебральный паралич в первые месяцы жизни может быть заподозрен на основании

- а) факторов риска по течению беременности и родам
- б) патологической постуральной активности
- в) четкой задержки в двигательном и психическом развитии

- г) нарушений мышечного тонуса
- д) всего перечисленного

81. На протяжении 2-3 лет жизни у ребенка с детским церебральным параличом необходимо воспитывать

- а) стереогноз
- б) праксис
- в) пространственную ориентацию
- г) предречевые и речевые навыки
- д) все перечисленные навыки

82. Холинолитические препараты (циклодол, ридинол, тропацин) показаны при детском церебральном параличе

- а) с экстрапирамидной ригидностью, атетозом, торсионной дистонией
- б) не показаны
- в) показаны при атонически-астатической форме
- г) показаны при наличии хореического гиперкинеза

83. В детском, особенно раннем, возрасте силу механического удара смягчает

- а) отсутствие плотных сращений черепных швов
- б) эластичность покровных тканей черепа
- в) относительное увеличение субарахноидального пространства
- г) все перечисленное

84. При наличии менингеального синдрома после черепно-мозговой травмы у детей необходимы

- а) электроэнцефалография
- б) биохимическое исследование крови
- в) определение остроты зрения и исследование глазного дна
- г) спинномозговая пункция
- д) рентгенография основания черепа

20

85. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается

- а) эпилептический синдром
- б) неврозоподобный синдром
- в) гипоталамический синдром
- г) гидроцефальный синдром
- д) церебрастенический синдром

86. Очаг ушиба головного мозга чаще возникает у детей

- а) только в области удара
- б) только в стволе мозга
- в) в области удара или противоудара
- г) только субтенториально
- д) в области подкорковых узлов

87. При переломе основания черепа у детей часто возникает

- а) эпидуральная гематома
- б) субарахноидальное кровоизлияние
- в) субапоневротическая гематома
- г) гемипарез
- д) ликворрея

88. При частичном разрыве спинного мозга у детей возможно

- а) почти полное восстановление
- б) частичное восстановление
- в) положительной динамики не бывает
- г) положительная динамика лишь в раннем возрасте

89. При полном разрыве спинного мозга у детей восстановление

- а) не бывает
- б) бывает частичным
- в) улучшается лишь чувствительность
- г) частичное восстановление лишь у детей раннего возраста

90. В раннем детском возрасте причиной судорожных припадков является

- а) недостаток пиридоксина (витамина В6)
- б) недостаток кальция пантотената (витамина В5)
- в) недостаток фолиевой кислоты (витамина В12)

91. Вторично генерализованная эпилепсия возникает у детей на фоне

- а) аллергии
- б) иммунодефицита
- в) органического церебрального дефекта
- г) инфекционного заболевания
- д) черепно-мозговой травмы

21

92. К группе высокого "риска" по эпилепсии следует отнести детей

- а) с фебрильными судорогами в раннем возрасте
- б) с аффектно-респираторными пароксизмами
- в) с органическим церебральным дефектом
- г) с наследственной отягощенностью по эпилепсии
- д) со всеми перечисленными факторами

93. Фенобарбитал детям раннего возраста целесообразно сочетать с назначением

- а) калия
- б) натрия бикарбоната

- в) магния сульфата
- г) кальция

94. Постепенная отмена противосудорожного лечения возможна у детей

- а) через 1-2 года после последнего припадка
- б) через 7-10 лет после последнего припадка
- в) при положительной динамике ЭЭГ, но в зависимости от последнего припадка
- г) через 3-5 лет после припадка при нормализации ЭЭГ
- д) в пубертатном периоде

95. Заикание в основном развивается в возрасте

- а) до 5 лет
- б) младшем школьном
- в) старшем школьном
- г) препубертатном

96. Невротические тики наиболее часты в возрасте

- а) до 3 лет
- б) от 3 до 5 лет
- в) от 5 до 12 лет
- г) от 12 до 16 лет
- д) старше 16 лет

97. Наличие энуреза встречается у детей

- а) старше 2 лет
- б) старше 4 лет
- в) старше 6 лет
- г) старше 8 лет
- д) старше 10 лет

98. Более позднее развитие ²²общемозговых симптомов у детей по сравнению со взрослыми связано

- а) с уменьшением секреции ликвора
- б) с увеличением секреции ликвора
- в) с усилением резорбции пахионовыми грануляциями
- г) с относительным увеличением емкости субарахноидального пространства

99. У детей чаще, чем у взрослых, развиваются опухоли нейроэктодермального ряда, в частности

- а) саркомы
- б) арахноэндотелиомы
- в) эпендимомы
- г) тератомы
- д) глиомы

100. При появлении у ребенка с гипертензионными симптомами атаксии, атонии, асинергии, адиадохокинеза и дисметрии можно заподозрить опухоль

- а) лобной доли
- б) височной доли
- в) полушарий мозга
- г) затылочной доли
- д) мозжечка

Промежуточная аттестация по дисциплине «Детская неврология»

Промежуточная аттестация ординаторов по дисциплине «Детская неврология» проводится в соответствии с локальными нормативными актами ДВФУ и является обязательной

Вопросы для собеседования (УО-1)

1. Виды парезов (центральный, периферический, смешанный). Уровни поражения, клинические проявления
2. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы. Локализация процесса. Структуры, вовлеченные в процесс. Клинические проявления, дифференциальная диагностика, основные причины возникновения.
3. Альтернирующие синдромы. Уровень поражения. Основные причины возникновения.
4. Ликворная система. Ликвородинамика в норме. Менингеальный синдром. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика менингитов в зависимости от характера ликвора. Понятие о менингизме.
5. Эпилепсия. Классификация. Принципы лечения пациентов. Неотложная помощь при эпилептическом приступе.
6. Эпилептический статус, причины, критерии, принципы терапии.
7. Первичная головная боль (классификация, клинические особенности, принципы терапии).
8. Мигрень, клиника, диагностика, принципы купирования приступа мигрени. Профилактическое лечение.

9. Синдром вегетативной дистонии. Психовегетативный синдром. Основные причины возникновения, клиническая картина, неотложная помощь при вегетативном кризе.
10. Классификация нарушений мозгового кровообращения. Гемодинамика мозга в норме. Регуляция мозгового кровообращения.
11. Пороки развития ЦНС. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
12. Гидроцефалия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Анатомо-физиологические особенности строения и функционирования центральной и периферической нервной системы здорового доношенного ребенка и недоношенного в неонатальном периоде.
14. Особенности развития ликворной и сосудистой систем головного и спинного мозга плода.
15. Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода и ЦНС.
16. Диагностика внутриутробного состояния плода и ЦНС: основные методы, используемые в акушерстве для определения внутриутробного состояния плода, клинические, лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические, морфологические, цитогенетические методы
17. Основные отделы нервной системы: полушария мозга, межучный мозг, ствол мозга, мозжечок, ретикулярная формация и лимбическая система,²⁴ спинной мозг, корешки, сплетения, периферические нервы, гематоэнцефалический барьер, вегетативная нервная система
18. Понятие перинатального периода. Основные этиологические факторы, приводящие к формированию перинатального поражения ЦНС.
19. Классификация ППЦНС и подходы к формулировке диагноза. Клиника гипоксически-ишемического поражения ЦНС, гипоксически-геморрагического (церебральная ишемия, ВЖК, субарахноидальное кровоизлияние), травматического, токсического, инфекционного генеза. Диагностика.

20. Методы оценки неврологического статуса у новорожденных. Особенности у недоношенных детей.
21. Оценка уровня сознания и степени тяжести состояния неврологического больного. Менингеальные симптомы, исследование ликвора, особенности проведения пункции у новорожденных. Кома.
22. Методика оценки двигательной системы у детей. Способы вызывания сухожильных и основных безусловных рефлексов спинального автоматизма у детей; особенности методики у новорожденных. Методика оценки чувствительной сферы у детей старшего возраста, особенности у новорожденных. Методика оценки черепных нервов, координаторной сферы, вегетативной сферы.
23. Патоморфологические и клинические особенности перинатального поражения ЦНС у недоношенных детей. Особенности течения заболевания у детей с ЭНМТ и ОНМТ. Прогноз. Исходы.
24. Судорожный синдром у новорожденных. Диагностика. Тактика ведения. Лечение.
25. Синдромы острого и раннего восстановительного периода. Синдром повышенного нервно-рефлекторного возбуждения, угнетения, коматозный, гипертензионный, гидроцефальный, судорожный, вегето-висцеральных нарушений, задержки статико-моторного и предречевого развития, двигательных нарушений. Клиника. Диагностика. ²⁵
26. Оказание неотложной помощи новорожденным с неврологической патологией в роддоме, ОПН, реанимационном отделении, в специализированном отделении, в поликлинике.
27. Классификация последствий перинатального поражения ЦНС у детей. Формулировка диагноза. Клиника. Лечебные мероприятия. Гидроцефалия.
28. Принципы диспансеризации детей с ППЦНС в условиях поликлиники. Особенности диспансеризации недоношенных детей.

29. Пороки развития нервной системы. Черепно-мозговые и спинномозговые грыжи: классификация, осложнения, подходы к нейрохирургической коррекции.
30. Основные заболевания нервной системы, требующие нейрохирургической коррекции
31. ДЦП. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
32. Эпилепсия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
33. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
34. Спинальные мышечные атрофии у детей. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
35. Головные боли у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Гидроцефалия. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
37. Задержка психомоторного развития. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
38. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
39. Пароксизмальные расстройства сознания неэпилептической природы. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
40. Болезнь Штурге-Вебера. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
41. Болезнь Гиппель-Ландау. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
42. Миопатия Томсена. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

43. Парокизмальная миоплегия. Этиология, патогенез. Формы. Клиника. Диагностика. Лечение. Купирование гипокалиемического паралича. Прогноз.
44. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
45. Конечностно-поясные формы прогрессирующих мышечных дистрофий. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
46. Дистальные миопатии. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
47. Детская спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
48. Черепно-мозговая травма у детей. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
49. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
50. Синдром вегетативной дисфункции. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

Банк тестовых заданий (ПР-1)

1. Из противосудорожных средств активацию церебральных тормозных систем и торможение спинальных возбуждающих систем наиболее эффективно вызывают

- а) карбамазепин
- б) вальпроат натрия
- в) этосуксимид
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

27

2. Из противосудорожных средств в одинаковой степени угнетают как тормозные, так и возбуждающие системы ретикулярной формации ствола

- а) карбамазепин
- б) вальпроат натрия
- в) этосуксимид
- г) фенитоин
- д) триметадион (триметин)

3. К средствам, повышающим эффективность противосудорожных препаратов, относятся нижеперечисленные, кроме

- а) а-токоферола
- б) антихолинэстеразных препаратов
- в) дофаминергических препаратов
- г) антихолинергических препаратов

4. Концентрация противэпилептических препаратов - фенобарбитала, фенитоина и карбамазепина повышается при назначении

- а) эритромицина
- б) хлорамфеникола
- в) изониазида
- г) циметидина
- д) верно а) и б)
- е) все перечисленное

5. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется

- а) типом припадков
- б) формой эпилепсии
- в) частотой приступов
- г) особенностями ЭЭГ

6. Среди следующих противэпилептических препаратов в меньшей степени угнетает корковые функции

- а) карбамазепин
- б) фенобарбитал
- в) бензонал
- г) гексамидин

7. Меньшее значение в определении эффективности фармакотерапии эпилепсии имеет изменение

- а) частоты приступов
- б) продолжительности приступов
- г) особенностей ЭЭГ

28

8. При частых припадках первично генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить

- а) максимальную дозу одного выбранного препарата и снижать ее постепенно
- б) минимальную дозу выбранного препарата и повышать ее постепенно
- в) сочетание минимальных доз двух или трех основных противэпилептических средств
- г) сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств

9.Повышение активности микросомальных ферментов печени, ускоряющих метаболизм противосудорожных средств, вызывают

- а) пропранолол
- б) преднизолон
- в) празозин
- г) парлодел

10.Чтобы избежать передозировки противосудорожных средств, суточная доза в граммах в пересчете на единицу фенобарбитала (фенобарбиталовый коэффициент) не должна превышать

- а) 0.1
- б) 0.2
- в) 0.3
- г) 0.4
- д) 0.5

11.При возникновении приступов первично-генерализованной эпилепсии в дневные часы для лечения целесообразно добавлять по утрам

- а) нейролептики
- б) транквилизаторы
- в) антидепрессанты
- г) психостимуляторы
- д) ГАМК-ергические средства

12. При возникновении приступов эпилепсии во время сна средством первой очереди является

- а) карбамазепин
- б) гексамидин
- в) вальпроевая кислота
- г) фенобарбитал

29

13. Для повышения эффективности лечения эпилепсии сна в дополнение к противосудорожным средствам в вечерние часы назначают одно из следующих средств дополнительной группы

- а) клофелин
- б) анаприлин
- в) L-допа
- г) метилдофа

14.При длительном лечении чувствительность к противосудорожным средствам

- а) остается неизменной
- б) повышается
- в) понижается

15. Тяжелую анемию при длительном лечении эпилепсии высокими дозами вызывают

- а) вальпроат натрия
- б) диазепам
- в) фенобарбитал
- г) дифенин

16. Нарушение функции щитовидной железы наблюдают при длительном лечении эпилепсии следующими препаратами, за исключением

- а) карбамазепина
- б) вальпроата натрия
- в) фенитоина
- г) этосуксимида

17. К бессудорожным формам эпилептического статуса относят все следующие пароксизмальные проявления, за исключением эпилептического

- а) психомоторного возбуждения
- б) "пикволнового ступора"
- в) состояния спутанности
- г) сумеречного состояния

18. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является

- а) бережная иммобилизация головы
- б) иммобилизация конечностей
- в) введение воздуховода в ротоглотку
- г) дача ингаляционного наркоза с закисью азота

19. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену

- а) маннитола
- б) диазепама
- в) тиопентала натрия
- г) гексенала

20. В случае острого эпилептического психоза средством первой очереди являются

- а) седативные
- б) транквилизаторы
- в) нейролептики
- г) антидепрессанты

21. Прекратить лечение противоэпилептическими средствами можно в случае, если припадков не было по меньшей мере

- а) 1-2 года
- б) 1 год
- в) 1.5 года
- г) 2 года
- д) 3 года

22. Основным нейрофизиологическим механизмом патогенеза эпилепсии является формирование очага

- а) стимуляции активирующей восходящей системы
- б) сниженного порога возбудимости в коре
- в) генерации гиперсинхронных разрядов
- г) недостаточной активности в антиэпилептических подкорковых структурах
- д) все перечисленное

23. Анатомическими структурами, через которые реализуется распространение патологической электрической активности при генерализации эпилептического приступа, являются

- а) ретикулярная формация межучного мозга
- б) ретикулярная формация среднего мозга
- в) комиссуральные нейрональные системы мозолистого тела
- г) все перечисленные
- д) верно а) и в)

24. Важнейшим нейрофизиологическим свойством эпилептического очага является способность

- а) генерировать гиперсинхронный разряд электрической активности
- б) навязывать ритм своей активности другим отделам мозга
- в) путем генерализации гиперсинхронных импульсов генерировать вторичные и третичные очаги
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

25. Для выявления нарушений электрической активности мозга при эпилепсии применяют

- а) классическую электроэнцефалографию
- б) компрессионно-спектральный метод регистрации ЭЭГ (с преобразованием по Берг - Фурье)
- в) исследование зрительных вызванных потенциалов
- г) исследование слуховых вызванных потенциалов
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б)

26. При достижении стойкого клинического эффекта в лечении эпилепсии постепенную отмену противоэпилептического препарата следует проводить в течение

- а) 1 месяца
- б) 3 месяцев
- в) 6 месяцев
- г) 1 года
- д) 3 лет

27. К структурам мозга, поддерживающим и активирующим эпилептическую активность, относятся

- а) нейрональные системы лимбико-ретикулярного комплекса
- б) ассоциативные волокна разных отделов коры
- в) межполушарные комиссуральные нейрональные системы
- г) все перечисленные
- д) верно б) и в)

28. Структурами мозга, угнетающими проявления эпилептической активности при эпилепсии, являются

- а) хвостатое ядро
- б) латеральное ядро гипоталамуса
- в) каудальное ретикулярное ядро моста
- г) мозжечок
- д) все перечисленные
- е) верно б) и в)

29. Припадок эпилепсии называют генерализованным, если он проявляется

- а) клоническими судорогами во всех конечностях
- б) тоническими судорогами во всех конечностях
- в) генерализованными сенсорными эквивалентами
- г) нарушением сознания

32

30. Проявлению эпилептической активности на ЭЭГ способствуют

- а) ритмическая фотостимуляция
- б) гипервентиляция
- в) депривация (лишение) сна
- г) сонная активация
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б)

31. Дисбаланс нейромедиаторных систем головного мозга при эпилепсии включает снижение активности

- а) катехоламинергических систем
- б) серотонинергических систем

- в) ГАМК-ергических систем
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и в)

32. Развитию эпилептического припадка способствует

- а) ацидоз
- б) алкалоз
- в) гиперкапния
- г) ни один из этих факторов

33. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются

- а) анизокорией
- б) сужением
- в) расширением
- г) ничем из перечисленного

34. Припадки эпилепсии чаще возникают ночью (эпилепсия сна) при локализации эпилептического очага

- а) в правой лобной доле
- б) в левой лобной доле
- в) в правой височной доле
- г) в левой височной доле
- д) одинаково часто при любой локализации

35. Сложные фокальные припадки эпилепсии отличаются от простых

- а) сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
- б) сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
- в) изменением сознания происходящего
- г) всем перечисленным
- д) верно а) и б)

33

36. Абсолютным электроэнцефалографическим признаком эпилепсии является наличие пароксизмальных

- а) ритмических феноменов в альфа- и бета-диапазонах
- б) ритмических феноменов в тета-диапазоне
- в) ритмических феноменов в дельта-диапазоне
- г) комплекса пик - волна

37. Рефлекторными называют такие из вызванных эпилептических припадков, которые провоцируются

- а) эмоциональным стрессом
- б) приемом алкоголя
- в) лихорадкой с повышением температуры
- г) первичными сенсорными импульсами

38. Решающим диагностическим признаком эпилептического сложного абсанса является

- а) возникновение множественных миоклоний
- б) развитие фокальной или генерализованной атонии мышц
- в) кратковременная утрата сознания
- г) симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей

39. Эпилептическую активность не повышает

- а) эстрадиол
- б) кортизон
- в) тиреоидин
- г) прогестерон

40. Гиперплазия десен наблюдается при длительном лечении эпилепсии

- а) этосукцимидом
- б) карбамазепином
- в) дифенином
- г) клоназепамом

41. При менструальной эпилепсии, когда припадки возникают за неделю до наступления и в дни месячных, назначают

- а) метилтестостерон
- б) тиреоидин
- в) прегнин
- г) все перечисленное

42. Для повышения эффективности лечения эпилепсии сна целесообразно карбамазепин комбинировать с одним из следующих основных противоэпилептических средств

- а) фенобарбитал
- б) дифенин
- в) этосуксимид
- г) триметадион (триметин)

34

43. Перинатальный период включает:

- а) антенатальный, интранатальный и неонатальный
- б) поздний антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный
- в) антенатальный, интранатальный и поздний неонатальный
- г) ранний антенатальный, интранатальный и поздний неонатальный

44. Факторы риска формирования ППЦНС:

- а) связанные с соматическим здоровьем матери
- б) связанные с состоянием гинекологической сферы матери
- в) связанные с течением родов
- г) связанные с адаптацией новорожденного

д) все перечисленные

45. Ведущие этиологические факторы ППЦНС:

- а) гипоксия, инфекции, метаболические и токсические воздействия, травматические
- б) гипоксия, инфекции, геморрагия, метаболические и токсические воздействия, травматические
- в) гипоксия, метаболические и токсические воздействия, травматические
- г) гипоксия, инфекции, геморрагия, травматические

46. Основная причина кровоизлияний у недоношенных новорожденных это:

- а) незрелость антикоагулянтной системы
- б) незрелость стенки церебральных сосудов
- в) повышенная активность прокоагулянтной системы
- г) наличие герминального матрикса

47. Перивентрикулярная лейкомаляция локализуется:

- а) в области стенок боковых желудочков
- б) в области ствола головного мозга
- в) в подкорковых образованиях
- г) в коре больших полушарий

48. У новорожденных с ППЦНС геморрагического генеза могут быть:

- а) эпидуральная гематома, паренхиматозное и субарахноидальное кровоизлияние, внутрижелудочковое кровоизлияние 1, 2 и 3 степени
- б) субдуральная гематома, субарахноидальное кровоизлияние, кефалогематома, внутрижелудочковое кровоизлияние
- в) эпи-, субдуральная гематома, субарахноидальное кровоизлияние, паренхиматозное и внутрижелудочковое кровоизлияние 1, 2, 3 степени
- г) эпи-, субдуральная гематома, кефалогематома, субарахноидальное кровоизлияние, внутрижелудочковое кровоизлияние

49. Нарушению мозгового кровообращения в интра-или неонатальном периоде, ведущему к детскому церебральному параличу, обычно предшествуют:

- А). внутриутробная инфекция
- б). метаболические нарушения
- в). внутриутробная гипоксия или асфиксия
- г). травма беременной женщины
- д). аллергия беременной женщины

50. У доношенных детей чаще всего наблюдаются:

- а). субдуральные кровоизлияния
- б). субарахноидальные кровоизлияния

- в). внутрижелудочковые кровоизлияния
- г). перивентрикулярные кровоизлияния
- д). паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния

51. Частота регистрации родового травматизма в генезе ППЦНС:

- а) 60% новорожденных
- б) всегда у крупных доношенных
- в) никогда у недоношенных
- г) не более 10% всех новорожденных.

52. К токсико-метаболическому повреждению ЦНС в перинатальном периоде приводят:

- а) транзиторные экзо- и эндогенные дисметаболические расстройства
- б) только эндогенные нарушения обмена веществ
- в) только экзогенно обусловленные нарушения обмена веществ
- г) дисэлектролитемии

53. Различают следующие формы тяжести ППЦНС:

- а) легкая, средне-тяжелая, тяжелая, тяжелейшая
- б) легкая, среднетяжелая, тяжелая
- в) компенсированная, легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая
- г) компенсированная, суб- и декомпенсированная

54. В структуру восстановительного периода ППЦНС входят синдромы:

- а) гидроцефальный, эпилептический, вегето-висцеральных расстройств, двигательных нарушений, задержки статико-моторного и психо-предречевого развития, церебрастенический
- б) СПНРВ, общего угнетения, эпилептический, задержки статико-моторного и психо-предречевого развития, церебрастенический
- в) гидроцефальный, эпилептический, вегето-висцеральных расстройств, двигательных нарушений, коматозный
- г) СПНРВ, общего угнетения, двигательных нарушений, судорожный, коматозный

55. Гидроцефальный синдром диагностируется у детей первого года жизни при:

- а) регистрации расширения ликворных пространств по результатам НСГ
- б) патологической прибавке окружности головы и регистрации расширения ликворных пространств по результатам НСГ
- в) патологической прибавке окружности головы, появлении патологического диастаза родничков и швов
- г) патологической прибавке окружности головы, появлении патологического диастаза родничков и швов и регистрации расширения ликворных пространств по результатам НСГ

56. Судорожный синдром у детей с ПЩНС провоцируется:

- а) кровоизлиянием, гипогликемией, недостатком витамина В₆, гипоксией, дисэлектролитемией, нейроинфекцией
- б) прежде всего, алиментарными причинами
- в) прежде всего, нейроинфекцией
- г) прежде всего, дисэлектролитемией

57. Зрительное сосредоточение на предмете появляется у детей:

- а). к концу первого месяца жизни
- б). в середине второго месяца жизни
- в). в начале третьего месяца жизни
- г). к концу третьего месяца жизни

58. При появлении менингеального синдрома без лихорадки у новорожденных детей необходимы:

- а). электроэнцефалография
- б). биохимическое исследование крови
- в). определение остроты зрения и исследование глазного дна
- г). спинномозговая пункция
- д). рентгенография основания черепа

59. Рентгенологические методики у детей с ПЩНС:

- а) не применяются
- б) применяются только для оценки состояния позвоночника
- в) применяются только для оценки состояния черепа
- г) применяются для оценки состояния позвоночника и черепа

60. Постепенная отмена противосудорожного лечения возможна у детей с ПЩНС

- а). к концу первого года жизни
- б). через 6 месяцев лет после последнего припадка
- в). при положительной динамике по ЭЭГ
- г). через 3-5 лет после припадков при нормализации ЭЭГ

61. Противопоказаниями со стороны неврологов для вакцинации детям с ПЩНС служат:

- а) частые простудные заболевания и нежелание родителей
- б) наличие гипербилирубинемии, анемии и нежелание родителей
- в) наличие анемии и частые простудные заболевания
- г) наличие прогрессирующего гидроцефального синдрома

62. Сроки диспансерного наблюдения пациентов с ПЩНС у невролога:

- а) в возрасте 1, 2, 6, 9 и 12 месяцев
- б) в возрасте 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев
- в) в возрасте 1, 6, 9 и 12 месяцев

г) в возрасте 1, 2, 6 месяцев, далее индивидуально

Кейс-задачи (ПР-11)

Ситуационная задача № 1

Ребенок Н. 2 месяца. На приеме у педиатра. Из анамнеза известно, что родился доношенным, от 2-й беременности, 1-х быстрых родов, масса тела при рождении – 4200г. Оценка по шкале Апгар -7/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки. На естественном вскармливании. Жалобы на срыгивания, не связанные с приемом пищи, повышенную двигательную активность, метеолабильность, беспокойный сон. Патологическая прибавка размеров окружности головы, более 2,5 см в течение каждого месяца, расхождение сагиттального и ламбдовидного швов более 3 см. При осмотре обращает внимание мраморность кожных покровов, экзофтальм, сходящееся косоглазие, симптом Грефе. Мышечный гипертонус в руках и ногах. Сухожильные рефлексы оживлены в ногах. Данные нейросонографии: МПЩ – 7мм. Передние рога боковых желудочков – слева: 6 мм, справа – 7 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Оцените состояние больного, выделите ведущий синдром
3. Дайте рекомендации. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 2

Ребенок О. 5 дней. Родился доношенным, масса тела 3800 г. Оценка по шкале Апгар – 0/2/4. С рождения на ИВЛ. Находится в реанимационном отделении. Состояние тяжелое. Потеря церебральной активности в первые 12 часов с последующим нарастанием угнетения. Не просыпается при повторной болевой стимуляции, глаза не открывает. Увеличенные зрачки, «мутные», отсутствует реакция на свет. Отсутствует рефлекс Пейпера и спонтанные движения глазных яблок. Мышечная атония, сухожильные и брюшные рефлексы угнетены, врожденные рефлексы отсутствуют, в том числе, глотания и сосания. Первые сутки – клонико-тонические судороги. Снижение системного АД. Питание через зонд. Данные НСГ: вентрикуломегалия желудочков мозга, внутрижелудочковые тромбы. Гемоглобин крови -100 г/л. СМЖ на 3-и сутки: примесь крови, плеоцитоз-300 кл в 1 мкл.

Аntenатальный, интранатальный анамнез: беременность 1-я, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, в родах – первичная родовая слабость, безводный период 18 часов, Кесарево сечение.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Оцените состояние больного, выделите ведущие синдромы.
3. Терапевтическая тактика. Мониторинг.

Ситуационная задача № 3.

Ребенок К. 9 месяцев, на приеме у педиатра. Родился доношенным, м.т. - 3200 г. В III - ем триместре беременности дважды проходила лечение в стационаре по поводу эклампсии. Плановое кесарево сечение. Оценка по шкале Апгар - 6/7/8. Синдром угнетения наблюдался у ребенка с рождения и в течение 5 дней пребывания в роддоме. НСГ: ВЖК II ст. справа, множественные псевдокисты сосудистых сплетений. После 6 суток ребенок переведен в отделение патологии новорожденных, где находился на лечении до 3-х недельного возраста.

Ребенок не сидит, не пытается ползать. Не лепечет. Не переворачивается на живот. Не берет предметы в руки. Справа снижение мышечного тонуса в руке и ноге. Нет опоры на правую ногу. Сухожильные рефлексы в правой нижней конечности слабые. НСГ: дилатация межполушарной щели - 5мм, множественные псевдокисты сосудистых сплетений.

На приеме у педиатра и невролога не был 4 месяца.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Оцените состояние больного, выделите ведущие синдромы
3. Тактика ведения больного.

Ситуационная задача № 4

Ребенку А. - 1 месяц. На приеме у педиатра. Родился недоношенным, м. т. - 2010 г. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки. Находится на грудном вскармливании. Жалобы на общее беспокойство, усиленную спонтанную двигательную активность, немотивированный плач, диссомнию. «Кишечных колик» нет. Оживление сухожильных рефлексов, повышен рефлекс Моро, мелкоамплитудный тремор в руках. НСГ в роддоме: признаки церебральной ишемии Iст.

Аntenатальный, интранатальный анамнез: беременность 1-я, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемия. Роды на 35 неделе гестации.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного, выделите ведущие синдромы.
3. Тактика ведения больного.

Ситуационная задача № 5

Ребенок Н., 12 мес. На приеме у педиатра. Физическое развитие ребенка соответствует возрастному периоду, но есть жалобы на диссомнию,

повышенную гиперактивность, плач по ночам, эмоциональную лабильность, тремор, вздрагивания, «закатывания» 2 раза в неделю. Окружность головы 46 см. Ходит самостоятельно, речь малоактивна.

НСГ: расширение МПЩ - 6мм, III желудочек -6,5 мм.

Ребенок родился доношенным, м. т. -3400 г. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Нейросонографические критерии субкомпенсации ликвородинамических расстройств наблюдались в течение первого года жизни.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного, выделите ведущие синдромы.
3. Тактика ведения больного.

Ситуационная задача № 6

Девочка 13 лет жалуется на повышенную утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, тревожность, плаксивость, насильственные движения в мышцах лица, плечевом поясе, верхних конечностях, которые беспокоят пациентку около месяца.

Из анамнеза известно, что больная страдает суставной формой ревматизма с частыми обострениями.

При осмотре врачом общего профиля было выявлено: больная неусидчива, гримасничает, не может удержать высунутый из полости рта язык при зажмуренных глазах, эмоционально лабильна.

В неврологическом статусе генерализованный хореический гиперкинез на фоне диффузной мышечной гипотонии, вегетативная дисфункция.

Задание:

1. Клинический диагноз?
2. Топический диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение

40

Ситуационная задача № 7

Девочка 11 лет пришла с мамой в поликлинику, в коридоре врач общего профиля обратил внимание на имеющийся у девочки генерализованный дистонический гиперкинез: вращательный штопорообразный – шеи с поворотом головы влево и назад, туловища, нижних конечностей с подошвенным сгибанием пальцев и ротацией стопы внутрь, верхних конечностей – сгибание кистей в кулак и приведение большого пальца.

При дальнейшем осмотре: наблюдается усиление гиперкинеза в вертикальном положении и попытке целенаправленного движения, исчезновение симптомов во сне и при определенных жестах, повышение мышечного тонуса по пластическому типу в конечностях, больше в левой

ноге, нарушение статики и походки. Поражения ЧМН, пирамидной, мозжечковой и сенсорной систем не выявлено.

Со слов матери, с 8 лет у девочки при ходьбе возникала неловкость в левой ноге, в последующем присоединилось усиление сокращения мышц и неправильная установка стопы. Через год наблюдалось вовлечение мышц шеи и рук, через 2 года – мышц туловища. В семье подобных случаев заболевания не было.

Задание:

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?

Ситуационная задача № 8

3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Задание:

1. Поставьте топический диагноз?
2. Поставьте предварительный клинический диагноз?
3. Предложите дополнительные методы обследования.
4. Предложите план лечения.
5. Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
6. Возможные исходы заболевания?

41

Ситуационная задача № 9

Родители 9ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2- 37,5, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л.

Задание:

1. Поставьте топический диагноз?
2. Поставьте предварительный клинический диагноз?

3. Предложите дополнительные методы обследования.
4. Предложите план лечения.
5. Возможные исходы заболевания?

Ситуационная задача № 10

В летнем детском спортивном лагере у троих детей возраста от 6 до 9 лет в течение 2-х суток повысилась температура до 38 градусов, появилась сильная головная боль, головокружение, повторная рвота. У одного ребенка развился судорожный припадок. При осмотре: состояние у всех средней тяжести, гиперемизированная окраска лица с бледным носогубным треугольником, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В анализе ликвора ребенка, которого первым доставили в районную больницу: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм вод.ст., 400 клеток в 1мкл, преобладают лимфоциты, белок – 0,2 г\л.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз?
2. Предложите дополнительные методы обследования.
3. Предложите план лечения.
4. Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
5. Возможные исходы заболевания?

Ситуационная задача № 11

Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко, которое покупала бабушка в соседней деревне. Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39 градусов, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через 2 дня температура снизилась, но еще через 2, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице определили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление – 350 мм вод.ст., цитоз- 200 кл. в 1 мкл, смешанного х-ра, с преобладанием лимфоцитов.

Задание:

1. Поставьте топический диагноз?
2. Поставьте предварительный клинический диагноз?
3. Предложите дополнительные методы обследования.
4. Предложите план лечения.
5. Предположите возможный источник заражения.

Ситуационная задача № 12

29-летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6-летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексy снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16 лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.

Задание:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Что такое приемы Говерса?
3. Тип наследования данного заболевания?
4. Нужна ли госпитализация?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
6. Нужно ли обследовать других членов семьи и зачем?
7. Предложите тактику лечения.
8. Возможные исходы заболевания?
9. Показано ли санаторно-курортное лечение?

Ситуационная задача № 13

Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобноносовисочных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил.

Задание:

1. Первая помощь?
2. Действие врача скорой помощи?
3. Обследование?
4. Клинический диагноз?
5. Лечение?

Ситуационная задача № 14

Девушка 16 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на эпизоды выключения сознания. Знает об этих эпизодах от знакомых и родственников: во время разговора замолкает, в течение нескольких секунд на обращенную речь не реагирует. Падения, судороги, потерю мочи отрицает. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день, продолжительность 10-20 секунд. Подобные приступы отмечаются у отца больной. КТ головного мозга патологии не выявило. На ЭЭГ: пароксизмальные разряды «пик медленная волна» с частотой 3/с, с генерализацией по конвексу.

Задание:

1. Клинический диагноз?
2. Обследование?
3. Лечение?

Требования к содержанию и структуре собеседования:

Критерии оценки на вопросы для собеседования (доклада, сообщения):

Уровень освоения	Критерии оценки результатов обучения	Кол-во баллов
повышенный	Ординатор выразил своё мнение по сформулированной проблеме, аргументировал его, точно определив ее содержание и составляющие. Приведены данные отечественной и зарубежной литературы, статистические сведения, информация нормативно-правового характера. Ординатор знает и владеет навыком самостоятельной исследовательской работы по теме исследования; методами и приемами анализа теоретических и/или практических аспектов изучаемой области. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет; графически работа оформлена правильно	100 - 86

базовый	Работа характеризуется смысловой цельностью, связностью и последовательностью изложения; допущено не более 1 ошибки при объяснении смысла или содержания проблемы. Для аргументации приводятся данные отечественных и зарубежных авторов. Ординатором продемонстрированы исследовательские умения и навыки. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет. Допущены одна-две ошибки в оформлении работы	85-76
пороговый	Ординатор проводит достаточно самостоятельный анализ основных этапов и смысловых составляющих проблемы; понимает базовые основы и теоретическое обоснование выбранной темы. Привлечены основные источники по рассматриваемой теме. Допущено не более 2 ошибок в смысле или содержании проблемы, оформлении работы	75-61
уровень не достигнут	Работа представляет собой пересказанный или полностью переписанный исходный текст без каких бы то ни было комментариев, анализа. Не раскрыта структура и теоретическая составляющая темы. Допущено три или более трех ошибок в смысловом содержании раскрываемой проблемы, в оформлении работы.	60-0

Требования к содержанию и структуре рефератов

Критерии оценки на выполненные письменные задания:

Уровень освоения	Критерии оценки результатов обучения	Кол-во баллов в
------------------	--------------------------------------	-----------------

повышенный	<p>Ответ показывает прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа; умение приводить примеры современных проблем изучаемой области.</p>	100 - 86
базовый	<p>Ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.</p>	85-76
пороговый	<p>Ответ, свидетельствующий в основном о знании процессов изучаемой предметной области, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа; неумение привести пример развития ситуации, провести связь с другими аспектами изучаемой области.</p>	75-61

уровень не достигнут	<p>Ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа; незнание современной проблематики изучаемой области.</p>	60-0
----------------------	---	------

Требования к структуре и содержанию Кейс-задачи,

критерии оценки на кейс-задачу:

Уровень освоения	Критерии оценки результатов	Кол-во баллов в
повышенный	<p>Ординатор выразил своё мнение по сформулированной проблеме, аргументировали его, точно определив ее содержание и составляющие. Приведены ⁴⁷ данные отечественной и зарубежной литературы, статистические сведения, информация нормативно-правового характера. Продемонстрировано знание и владение профессиональным навыком, достаточным объемом знаний по методам исследований, современными подходами к лечению. На достаточном уровне владеет основами клинической фармакологии при назначении лечения. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет.</p>	100 - 86

базовый	Ординатор характеризуется смысловой цельностью, связностью и последовательностью изложения; допущено не более 1 ошибки при объяснении смысла или содержания проблемы (задачи). Для аргументации приводятся данные отечественных и зарубежных авторов. Продемонстрированы исследовательские умения и навыки. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет.	85-76
пороговый	Проведен достаточно самостоятельный анализ основных этапов и смысловых составляющих проблемы; понимание базовых основ и теоретического обоснования выбранной темы. Привлечены основные источники по рассматриваемой теме. Допущено не более 2 ошибок в смысле или содержании проблемы	75-61
уровень не достигнут	Ординатор не ответил на поставленные цели и задачи. Не раскрыта структура и теоретическая составляющая темы (заданий). Допущено три или более трех ошибок смыслового содержания раскрываемой проблемы	60-0

Требования к структуре и содержанию тестов

Критерии оценки к тестам:

Уровень освоения	Критерии оценки результатов 48	Кол-во баллов в
повышенный	Оценка «отлично» / зачтено выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с тестами, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, ответил из предложенного количества на 100-86%	100 - 86
базовый	Оценка «хорошо» / зачтено выставляется ординатору, если он твердо знает материал, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении тестовых заданий	85-76

	и ответил из предложенного количества на 85-76%	
пороговый	Оценка «удовлетворительно» / зачтено выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, испытывает затруднения при выполнении тестовых заданий и ответил из предложенного количества на 75-61%	75-61
уровень не достигнут	Оценка «неудовлетворительно» / не зачтено выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет тестовые задание и ответил из предложенного количества на 60 и менее %	60-0

Шкала оценки уровня достижения результатов обучения для текущей и промежуточной аттестации по дисциплине «Неврология»

Баллы (рейтинговая оценка)	Уровни достижения результатов обучения		Требования к сформированным результатам обучения по дисциплине (модулю), практике
	Текущая и промежуточ- ная аттестация	Промежуточ- ная аттестация	
100 - 86	Повышенный	«зачтено»/ «отлично»	Свободно и уверенно находит достоверные источники информации, оперирует предоставленной информацией, отлично владеет навыками анализа и синтеза информации, знает все основные методы решения профессиональных проблем, предусмотренные программой, знает типичные ошибки и возможные сложности при решении той или иной проблемы и способен выбрать и эффективно применить

			адекватный метод решения конкретной проблемы.
85-76	Базовый	«зачтено»/«хорошо»	В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать и синтезировать предложенную информацию, выбрать метод решения проблемы и решить ее. Допускает единичные серьезные ошибки в решении проблем, испытывает сложности в редко встречающихся или сложных случаях решения проблем, не знает типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы.
75-61	Пороговый	«зачтено»/«удовлетворительно»	Допускает ошибки в определении достоверности источников информации, способен правильно решать только типичные, наиболее часто встречающиеся проблемы в конкретной области (обрабатывать информацию, выбирать метод решения проблемы и решать ее)
60-0	Уровень не достигнут	«не зачтено»/«неудовлетворительно»	Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы.

Приложение 1

Примерный перечень оценочных средств (ОС)

№	Код	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
Устный опрос				

1	УО-1	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 разделам дисциплины
2	УО-3	Доклад, сообщение	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений
Письменные работы				
1	ПР-1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2	ПР-4	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
3	ПР-11	Кейс-задача	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагается осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задачи (ситуационные задачи)