

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕВРОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Специальность: 31.08.18 Неонатология  
*код, наименование*

Кафедра: госпитальной педиатрии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2022

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неврология новорожденных и детей раннего возраста» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неврология новорожденных и детей раннего возраста». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике 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
ПК-1, ПК-2, ПК-5	Текущий,	Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста, методы исследования нервной системы. Перинатальные поражения нервной системы (гипоксические поражения, родовые травмы). Раздел 2. Неврологические заболевания у новорожденных и детей раннего возраста. Перинатальные поражения нервной системы (инфекционные, метаболические поражения).	Тестовые задания Ситуационные задачи Собеседование

ОПК-4, ОПК-5, ПК-2, ПК-5	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания
--------------------------	---------------	------------------------	------------------

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тест, ситуационная задача, собеседование.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, 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 рефлекс\*
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 рефлекс 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 рефлексy), 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. У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ

1. субдуральные кровоизлияния
2. субарахноидальные кровоизлияния
3. внутрижелудочковые кровоизлияния
4. перивентрикулярные кровоизлияния
5. паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния\*

#### 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. ВЫРАЖЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ

1. гипоксии головного мозга, незрелости
2. травмы головного и спинного мозга
3. повреждения мозга непрямым билирубином
4. дегенерации передних рогов спинного мозга
5. возможны все перечисленные причины\*

#### 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. МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1/8 от массы тела\*
2. 1/12 от массы тела
3. 1/20 от массы тела
4. 1/4 от массы тела

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 парасаггитальных зон и перивентрикулярная область
4. ВЖК и постгеморрагическая гидроцефалия

#### 26. ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКАЯ 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 ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

1. прогрессирующее увеличение размеров боковых желудочков по НСГ свыше 97 перцентиля 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 перцентиля 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 ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ 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

## Ситуационная задача 1.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Ф	ПК-1	Способен проводить оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	ПК-2	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза
Ф	ПК-5	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок. слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г. длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Топы сердца ритмичные, Ps 152 в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавленными комочками. В неврологическом статусе - крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук, Судорог при осмотре не было.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 192 г/л, Эр - <math>5,8 \times 10^{12}</math>/л, Ц.п. - 0,98, Лейк - <math>12,5 \times 10^9</math> п/я - 10%, с - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 29%, м - 3%, СОЭ -6 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 62,0 г/л, билирубин непрямоy - 51 мкмоль/л, прямоy - нет, мочевины - 3,3 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л, фосфор - 2,32 ммоль/л.</p> <p><i>Ликвор:</i> прозрачность - мутная, белок 0,99 г/л, реакция Панди - +++, цитоз - 4900 в 3 мкл, нейтрофилы - 75%, лимфоциты 25%.</p> <p><i>Нейросонограмма</i> в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма - 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа - 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз

Э	-	Острый неонатальный гнойный менингит. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-ишемического генеза. Средней степени тяжести. Синдром угнетения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
Э	-	
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены неполностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение назначено неполностью
P0	-	Лечение назначено неверно

## Ситуационная задача 2.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>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 рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.</p> <p>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>

		<i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямо́й - 98 мкмоль/л, прямо́й - нет, мочеви́на - 4,0 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий -136 ммоль/л, кальций - 1,05 ммоль/л. <i>Нейросонограмма:</i> немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм).
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	2	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.
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	
Р2	-	Лечение назначено верно
Р1	-	Лечение назначено не полностью
Р0	-	Лечение назначено неверно

## Ситуационная задача 3.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии. При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, АД 56/38 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены, со стороны ЦНС - ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены. В общем анализе крови по cito: уровень Hb составил - 105г/л; эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$ ; ретикулоциты 5%, ц.п. 0,95, Ht - 30%; лейкоциты - $9 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы - 60%, лимфоциты -26%, эозинофилы - 5%, базофилы - 0%, моноциты - 9%. Группа крови А(II), резус-фактор Rh+(положительный).
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Асфиксия новорожденного средней степени тяжести. Постгеморрагическая анемия острая, средней степени тяжести, нормохромная.

		Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, средней степени тяжести, острый период. Синдром угнетения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Ребенку показано исследование основных биохимических показателей крови, КЩС, газов крови – с целью выявления и дальнейшей коррекции возможных метаболических нарушений. Время кровотечения, время свёртывания крови, коагулограмма. Общий анализ мочи, контроль диуреза – с целью возможного выявления проявлений почечной недостаточности. ЭКГ, Эхо-КГ – с целью выявления метаболических и гемодинамических нарушений кровообращения. НСГ – для диагностики поражения ЦНС. УЗИ органов брюшной полости и почек – для диагностики возможной патологии.
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
B	3	Назначьте лечение. Представьте лечение с учетом патогенеза задержки физического развития ребенка.
Э	-	
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>Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, роды I, преждевременные на 36-37-й неделе гестации. Масса тела при рождении 2750 г, длина тела 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Выписан домой на 4 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. На 7-й день жизни у ребенка отмечено повышение температуры тела до субфебрильных цифр, появилось гнойное отделяемое из пупочной ранки, ребенок был направлен в стационар.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 36,1°C. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС 176 в 1 минуту. Живот немного вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на 1 см, плотно-</p>

		<p>эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе – снижение рефлексов новорожденных, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, эритроциты - <math>4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, ц.п. - 0,9, ретикулоциты - 2%, тромбоциты - <math>180 \cdot 10^9/л</math>, лейкоциты – <math>15,1 \cdot 10^9/л</math>, миелоциты - 4%, метамиелоциты - 18%, палочкоядерные нейтрофилы - 21%, сегментоядерные нейтрофилы - 20%, лимфоциты -18%, моноциты - 19%, СОЭ - 6 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ - 24 мг/л (норма до 10), прокальцитонин – 4нг/мл.(норма до 2)</p> <p>Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок – 0,99 г/л, реакция Панди - +++++, цитоз - 5960 в 1 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты -18%.</p> <p>Посев ликвора: высевается E.coli</p> <p>Посев из пупочной ранки: Staph.epidermidis, E.coli</p> <p>Посев крови: стерильна.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Поздний внебольничный неонатальный пупочный сепсис, вызванный E.coli, септикопиемия: острый гнойный менингит, острый гнойный омфалит; гиперергическое течение, период разгара. Анемия средней степени тяжести, нормохромная, смешанного генеза. Недоношенность 36-37 недель.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э	-	Контроль общеклинических и биохимических показателей, инструментальных методов исследования
P2	-	Перечислены верно.
P1	-	Перечислены не полностью: не указано одно обследование.
P0	-	Перечислены неверно.
В	3	Назначьте лечение. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.
Э	-	
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	-	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,

		<p>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. 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 2,5x2,5 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 – 0,8 ммоль/л, рН – 7,26.</p>
В	1	Предложите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Асфиксия новорожденного, тяжелой степени. Перинатальное гипоксическо-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	2	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.
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение назначено не полностью
P0	-	Лечение назначено неверно

Ситуационная задача 6.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>
---	---	---

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Ребенок от второй беременности. Роды на 34-й неделе, на фоне хронической гипоксии плода, отмечалось дородовое излитие вод, 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}</math>/л, ц.п. - 1,0, лейкоциты - <math>9,8 \cdot 10^9</math>/л, 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	2	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 грамму, 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 – постгеморрагической гидроцефалии.</li> <li>- НСГ для исключения других вариантов внутричерепных повреждений</li> </ul>

		(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.

В	3	Назначьте лечение.
Э	-	
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 гиперактивность, 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 2x2 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 крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямоy - 98 мкмоль/л, прямоy - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л. кальций - 1,05 ммоль/л.</p>
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.
B	2	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.
B	3	Назначьте лечение.
Э	-	
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение назначено не полностью
P0	-	Лечение назначено неверно

#### 4.3. Вопросы для собеседования для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-5.

1. Оценка неврологического статуса новорожденного ребенка.
2. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста: норма и диагностика отклонений.
3. Родовые травмы нервной системы у новорожденных. Клиника, диагностика, лечение.
4. Врожденные и перинатальные инфекции. Клиника, диагностика, лечение, исходы.
5. Внутрочерепные кровоизлияния у новорожденных. Клиника, диагностика, лечение, исходы.

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачёту по дисциплине «Неврология новорожденных и детей раннего возраста»:

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
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	ПК-1, ПК-2, ПК-5.

2. К СТОЙКИМ ПОЖИЗНЕННЫМ  
АВТОМАТИЗМАМ У РЕБЕНКА  
ОТНОСЯТСЯ

1. глотательный рефлекс\*
2. сухожильные рефлексy\*
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 рефлексy 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

<p>лабиринтный рефлекс*</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс</li> <li>3. тонический лабиринтный рефлекс</li> <li>4. установочные рефлексы (цепные симметричные рефлексы), обеспечивающие выпрямление туловища</li> </ol> <p><b>10. РЕБЕНОК В СООТВЕТСТВИИ СО СВОИМ ФИЗИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ МОЖЕТ ОТСТАВАТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в плане психического развития на 20%, а в отношении моторного развития - на 25%</li> <li>2. в плане психического развития на 50%, а в отношении моторного развития - на 25%</li> <li>3. в плане психического развития на 30%, а в отношении моторного развития - на 45%</li> <li>4. в плане психического развития на 30%, а в отношении моторного развития - на 25%*</li> </ol> <p><b>11. ВРЕМЯ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РЕФЛЕКСОВ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не должны наблюдаться после 5-6 месяцев скорректированного возраста</li> <li>2. не должны наблюдаться после 3-4 месяцев скорректированного возраста</li> <li>3. не должны наблюдаться после 4-6 месяцев скорректированного возраста*</li> <li>4. не должны наблюдаться после 1-2 месяцев скорректированного возраста</li> <li>5. не должны наблюдаться после 12 месяцев скорректированного возраста</li> </ol> <p><b>12. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА У ДЕТЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗАНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. с нарушением мозгового кровообращения</li> <li>2. с эндокринными нарушениями</li> <li>3. с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена*</li> <li>4. с гипоксией нейрона</li> <li>5. с изменением клеточной проницаемости</li> </ol> <p><b>13. У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ</b></p>	
--	--

<p><b>ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. субдуральные кровоизлияния</li> <li>2. субарахноидальные кровоизлияния</li> <li>3. внутрижелудочковые кровоизлияния</li> <li>4. перивентрикулярные кровоизлияния</li> <li>5. паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния*</li> </ol> <p><b>14. ПРИ МИКРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ ОБЫЧНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. головной мозг относительно больше черепа</li> <li>2. головной мозг значительно меньше черепа</li> <li>3. уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга*</li> <li>4. уменьшается лишь мозговой череп относительно лицевого</li> <li>5. мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально</li> </ol> <p><b>15. ВЫРАЖЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ ГИПОТОНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипоксии головного мозга, незрелости</li> <li>2. травмы головного и спинного мозга</li> <li>3. повреждения мозга непрямым билирубином</li> <li>4. дегенерации передних рогов спинного мозга</li> <li>5. возможны все перечисленные причины*</li> </ol> <p><b>16. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 балла и менее*</li> <li>2. 4-5 баллов</li> <li>3. 5-7 баллов</li> </ol> <p><b>17. ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ I СТЕПЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНЫ</b></p>	
--	--

<p>1. тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония*</p> <p>2. судороги</p> <p>3. внутричерепная гипертензия</p> <p>18. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1. вялость, адинамия*</p> <p>2. мозговая кома</p> <p>3. тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония</p> <p>4. децеребрационный синдром</p> <p>19. МАССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НОВОРОЖДЕННОГО В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1. 1/8 от массы тела*</p> <p>2. 1/12 от массы тела</p> <p>3. 1/20 от массы тела</p> <p>4. 1/4 от массы тела</p> <p>20. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СУДОРОГАХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1. сульфат магния</p> <p>2. диазепам*</p> <p>3. пирацетам</p> <p>4. фенobarбитал</p> <p>21. К ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1. гипоксия-ишемия мозга</p> <p>2. родовая травма нервной системы</p> <p>3. инфекционные поражения нервной системы</p> <p>4. метаболические расстройства</p> <p>5. все выше перечисленное*</p> <p>22. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВОЗНИКАЮТ</p> <p>1. в антенатальном (или позднем фетальном), интранатальном или раннем неонатальном периодах</p> <p>2. в антенатальном (или позднем фетальном)*</p> <p>3. в интранатальном или раннем неонатальном периодах</p>	
---	--

**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, перивентрикулярные кровоизлияния)\*
3. кора головного мозга и парасаггитальных зон и перивентрикулярная область
4. ВЖК и постгеморрагическая гидроцефалия

**26. ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКАЯ**

**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

<p>(медикаментозные и немедикаментозные воздействия), нейрометаболическая терапия не ранее 44 недели ПГВ при отсутствии активного периода ретинопатии и стабилизации общего состояния*</p> <p><b>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</b></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 оценивания результатов обучения

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 несущественные 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 несущественные 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 несущественные 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

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.