

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце: Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

ФИО: Косенок Сергей Михайлович "Сургутский государственный университет"

Должность: ректор

Дата подписания: 01.07.2026 11:28:01

Уникальный программный ключ:

e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

Детская неврология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Кардиологии**
Учебный план о310842-Неврол-26-1.plx
31.08.42 Неврология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 52
самостоятельная работа 20

Виды контроля в семестрах:
зачет 1
контрольная работа 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)			
Неделя	16 4/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	48	48	48	48
Итого ауд.	52	52	52	52
Контактная работа	52	52	52	52
Сам. работа	20	20	20	20
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Смертина Л.П.

Рабочая программа дисциплины

Детская неврология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.42 Неврология (приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 г. № 103)

составлена на основании учебного плана:

31.08.42 Неврология

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Кардиологии от 17.04.2026 протокол № 10

Зав. кафедрой, к.м.н., доцент, Урванцева И.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовка квалифицированного врача-специалиста невролога, обладающего системой обще-культурных и профессиональных компетенций, готового для самостоятельной профессиональной деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи; а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях нервной системы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Педагогика
2.1.2	Нейровизуализация
2.1.3	Патология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика
2.2.2	Производственная (клиническая) практика
2.2.3	Подготовка и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-1.1: Осуществляет проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза	
Знать:	
Уровень 1	1
ПК-1.2: Осуществляет назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности	
Знать:	
Уровень 1	1
ПК-1.3: Осуществляет оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы	
Знать:	
Уровень 1	1

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	организацию работы неотложной неврологической помощи;
3.1.2	экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы.
3.1.3	организацию диспансеризации неврологических больных, анализ ее эффективности;
3.1.4	профилактику неврологических заболеваний и сан - просветительную работу;
3.1.5	международную классификацию болезней;
3.1.6	анатомию и физиологию ребенка и подростка;
3.1.7	общую патологию;
3.1.8	клиническую лабораторную диагностику;
3.1.9	анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
3.1.10	нормальную и патологическую физиологию центральной и периферической нервной системы;
3.1.11	этиологию и патогенез заболеваний нервной системы;
3.1.12	классификации болезней нервной системы;
3.1.13	современные методы обследования неврологического больного;
3.1.14	показания и противопоказания к нейрохирургическому лечению, применению физиотерапии и лечебной физкультуры, санаторно-курортному лечению при заболеваниях нервной системы;
3.1.15	основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике
3.2	Уметь:

3.2.1	определить необходимость применения тех или иных методов клинического и инструментально-го обследования;
3.2.2	оценить результаты клинических и биохимических показателей, данные рентгеноскопии и рентгенографии, нейровизуализации, ЭКГ, эхо-графии как способов диагностики патологических процессов и их активности;
3.2.3	установить диагноз и провести дифференциальный диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10, с выделением основного заболевания или синдрома, сопутствующих заболеваний и осложнений;
3.2.4	назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стандартами оказания неврологической помощи;
3.2.5	оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению возможных и лечению развившихся осложнений заболевания;
3.2.6	определить показания для консультации других специалистов, консилиума специалистов;
3.2.7	организовать изоляцию больных с карантинными заболеваниями и противоэпидемические мероприятия; владеть методами обезболивания, уметь купировать острые болевые синдромы различного генеза; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость реанимационных мероприятий; провести комплекс реанимационных мероприятий при клинической смерти и терминальных состояниях; оказать срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и со-судистой недостаточности, острой дыхательной недостаточности, острых интоксикациях, термических и электротравмах; провести анализ невро-логической заболеваемости на обслуживаемом участке (отделении, поликлинике, МСЧ, районе, регионе), определить задачи по улучшению неврологической ситуации, решить вопросы про-гноза;
3.2.8	определить срок временной потери трудоспособности и направления на КЭК, установить показания для направления на МСЭК; дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования; оценить результаты рентгенологического исследования черепа и позвоночника, церебральной ангиографии, электроэнцефало-графии, ультразвуковых методов исследования, электромиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения; оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.2.9	организовать работу среднего медицинского персонала; установить диагноз и провести лечение при заболеваниях
3.2.10	назначить рациональное комплексное лечение в соответствии с действующими стандартами оказания неврологической помощи;
3.2.11	оценить эффективность лечения, осуществить мероприятия по предупреждению возможных и лечению развившихся осложнений заболевания;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1.					
1.1	Детский церебральный паралич /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2Л3.1	
1.2	Врожденные аномалии /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2Л3.1	
1.3	Детский церебральный паралич /Пр/	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2Л3.1	
1.4	Врожденные аномалии /Пр/	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2Л3.1	
1.5	Эпилепсия и эпилептические синдромы у детей /Пр/	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2Л3.1	
1.6	Тики и синдром Туретта у детей /Пр/	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2Л3.1	

1.7	Энурез /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.8	Детский церебральный паралич /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.9	Врожденные аномалии /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.10	Эпилепсия и эпилепти-ческие синдромы у детей /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.11	Тики и синдром Туретта у детей /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.12	Энурез /Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.13	Контрольная работа /Контр.раб./	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	
1.14	Зачёт /Ср/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л3.1	

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Зими́на Э. В., Кочеткова И. О., Кухтевич Е. В., Ющук Н. Д., Найговзина Н. Б.	Введение в медицинскую статистику с основами эпидемиологического анализа: учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021	3
Л1.2	Скоромец А. А., Скоромец Т. А.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей	СПб.: Политехника, 2021	0
Л1.3	Триумфов А. В.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Краткое руководство	М.: МЕДпресс, 2023	12

6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Ходос Х. Г.	Нервные болезни: Руководство для врачей	М.: Медицина, 2020	2
Л2.2	Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А.	Нервные болезни: учебное пособие	Москва: МЕДпресс-информ, 2022	29
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Смертина Л. П.	Неврологические осложнения остеохондроза: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2014	176
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1				
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft OPffice			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	http://www.garant.ru Информационно-правовой портал Гарант.ру			
6.3.2.2	http://www.consultant.ru Справочно-правовая система Консультант Плюс			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	1. Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультации, текущего контроля и промежуточной аттестации
7.2	- типовой учебной мебелью
7.3	- стационарной учебной доской для мела
7.4	- табличным фондом
7.5	- Ноутбук
7.6	- Медиапроектор
7.7	- Стационарный экран
7.8	2. БУ-ХМАО-СОКБ
7.9	- Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе
7.10	связанные с медицинскими вмешательствами
7.11	- медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские ве-сы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, негаторскоп, камертон, молоточек неврологический)
7.12	- Универсальный передвижной палатный рентгеновский аппарат
7.13	- Высокоскоростной сканирующий томограф
7.14	- Мультисрезовой рентгеновский компьютерный томограф
7.15	- Томограф магнитный резонансный (МРТ)
7.16	- Передвижной рентгенодиагностический комплекс
7.17	- Электроэнцефалограф-анализатор
7.18	- Электромиограф
7.19	3. Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами.

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по УМР

_____ Е.В.Коновалова

«_____» _____ 2025 г.

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

Детская неврология

Специальность:

31.08.42 Неврология

(наименование специальности с шифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач - невролог

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры кардиологии
«_____» _____ 20__ года, протокол № _____

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент _____ И.А.Урванцева

(ученая степень, должность или ученое звание, Ф.И.О.)

Сургут, 2025 г.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы 1 семестр

1. Этап проведение текущей аттестации:

1.1 модуль № 1.1, 1.3 , 1.8 «Детский церебральный паралич»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.3.

1. Детский церебральный паралич. патогенез, эпидемиология. Клинические формы.
2. Этиология ДЦП
3. Риски возникновения ДЦП
4. Международная классификация церебрального паралича(М.Вax et all.2005, P.Rosenbaum et all.2007)
5. Клиника ДЦП. Спастическая диплегия. Гемиплегическая форма. Двойная гемиплегия. Гиперкинетическая форма (двойной атетоз). Атактическая форма. Атонически-астатическая форма
6. Диагноз и дифференциальный диагноз детского церебрального паралича.
7. Лечение ДЦП
8. Реабилитация больных ДЦП.
9. Диагностика ДЦП

Список тестовых заданий к модулю № 1.3

1. Больной 3 г. 1 мес., у которого выявлена задержка статических и локомоторных функций, мышечный гипертонус в конечностях. Интеллект и речевые функции снижены, фразовая речь отсутствует. Поставьте предварительный клинический диагноз:

а) ДЦП, спастическая диплегия, задержка психоречевого развития//

б) Врожденный гипотиреоз//

в)Семейная спастическая параплегия Штрюмпеля//

г)Опухоль головного мозга//

д)Гидроцефалия

2. Детский церебральный паралич чаще развивается при поражении нервной системы:

а) в антенатальном периоде

б) в перинатальном периоде

в) в постнатальном периоде

г) в интранатальном периоде

д) в неонатальном периоде

3. Основной причиной развития детского церебрального паралича является:

а) Травма и гипоксия ЦНС во время родов

б) инфекция ЦНС

в) сосудистые мальформации ЦНС

г) опухоли ЦНС

д) наследственная патология НС

4. Для спастических форм детского церебрального паралича характерно:

а) высокий мышечный тонус

б) фасцикуляции

в) гиперкинезы

г) низкие сухожильные рефлексy

д)атрофии

5. Для атонически-астатической формы детского церебрального паралича характерно:

а) контрактуры

б) разболтанность суставов

в) высокие сухожильные рефлексy

г) низкие сухожильные рефлексy

д) клонусы

6. В развитии гиперкинетической формы детского церебрального паралича решающая роль принадлежит:

а) родовой травме

б) недоношенности

в) ядерной желтухе

г) гипоксии

д) переносимости

7. Для какой клинической формы детского церебрального паралича характерен клонус?

а) спастических форм

б) атонически-астатической форме

в) гиперкинетической форме

г) атактической формы

д) смешанной форме

8. Девочка 8 лет поступила с жалобами на слабость в ногах. В анамнезе больна с рождения, недоношенность. Объективно: тонус в нижних конечностях высокий, сухожильные рефлексy высокие D=S, положительные патологические стопные рефлексy, в руках страдает мелкая моторика. Какая клиническая форма детского церебрального паралича наблюдается у больной?

а) двойная гемиплегия

б) гиперкинетическая

в) диплегия

г) Гемиплегия

д) атактическая

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.8 для самостоятельной работы ординатора.

1. Детский церебральный паралич история изучения
2. Клинические формы детского церебрального паралича.
3. Диагноз и дифференциальный диагноз ДЦП.
4. Центры лечения ДЦП в России
5. Социализация больных ДЦП

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: **ПК-5, ПК-6, ПК-8**

1.2 модуль № 1.2, 1.4 , 1.9 «Врожденный аномалии»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.4

1. Аномалии развития спинного мозга и позвоночника
2. Спинальный дизрафизм. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
3. Шкала SBNS(Spina Bifida Neurological Scale)
4. Синдром фиксированного спинного мозга
5. Миелодисплазии. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

6. Диастематомиелия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
7. Синдром Клиппеля – Вейля. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
8. Сирингомиелия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
9. Аномалии развития головного мозга и черепа
10. Краниовертебральные аномалии Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.9 для самостоятельной работы ординатора

1. Аномалии развития спинного мозга и позвоночника. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
2. Спинальный дизрафизм
3. Миелодисплазии
4. Диастематомиелия
5. Синдром Клиппеля – Вейля
6. Сирингомиелия
7. Аномалии развития головного мозга и черепа
8. Краниовертебральные аномалии
9. Аномалии Арнольда - Киари
10. Базилярная импрессия
11. Платибазия
12. Синдром Денди- Уокера
13. Другие аномалии развития головного мозга и черепа
14. Анэнцефалия
15. Краниорахишизис
16. Иниэнцефалия
17. Энцефалоцеле
18. Врожденная гидроцефалия
19. Врожденные мальформации мозолистого тела
20. Аринэнцефалия
21. Агирия
22. Микрогирия
23. Пахигирия
24. Перегородочно-зрительная дисплазия
25. Мегалэнцефалия
26. Врожденные церебральные кисты
27. Голопрозэнцефалия

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: **ПК-5, ПК-6, ПК-8**

1.3 модуль № 1.5, 1.10 «Эпилепсия и эпилептические синдромы у детей»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.5

1. Эпилепсия и эпилептические синдромы у детей
2. Этиология эпилепсии у детей
3. Эпилепсия первого года.
4. Диагностика Эпилепсии у детей.

5. Идиопатическая парциальная эпилепсия с возрастзависимым началом
6. Идиопатические генерализованные эпилепсии и синдромы
7. Симптоматическая генерализованная эпилепсия и синдромы
8. Эпилептический статус у детей
9. ЭЭГ при эпилепсии
10. Современные методы лечения эпилепсии(Показания, противопоказания)

Список тестовых заданий к модулю № 1.5

1. Ребенок 10 лет, на улице возникли общие судороги, по поводу чего госпитализирован. Данных анамнеза нет. После приступа проведено обследование спинно-мозговой жидкости: давление высокое, цитоз нормальный. На КТ головного мозга патологии нет. Биохимия крови показали незначительный ацидоз. Проведена ЭЭГ, которая выявила медленно-волновую активность с частотой 2,5 Гц. Каков Ваш предположительный диагноз?

- а)Черепно-мозговая травма
- б)Нарушение мозгового кровообращения
- в)Эпилепсия
- г)Гипогликемия

д)Невротическая реакция

2.Для фебрильных судорог характерны:

- а) сложные парциальные припадки
- б) генерализованные тонико-клонические припадки
- в) абсансы

г) фокальные моторные приступы

д) фокальные сенсорные приступы

3.Ребенку 6 мес. с судорогами на фоне температуры была выполнена люмбальная пункция, так как:

а) всегда необходимо пунктировать больного при судорогах на фоне повышения температуры

б) большинство судорог на фоне температуры обусловлены бактериальной инфекцией;

в) судороги на фоне температуры увеличивают внутричерепное давление;

г) необходимо ввести эндолюмбально антиконвульсанты;

д) нейроинфекция у детей этого возраста может проявляться лихорадкой и судорогами;

4. Синоним Джексоновского припадка – это:

- а) фибрилляция;
- б) миоклония;
- в) фокальный моторный эпилептический припадок;
- г) альтернирующий синдром;
- д) большой эпилептический припадок.

5. 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

6. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается

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

7. Исходом ушиба головного мозга у детей может быть

- а)травматический арахноидит

- б)органический церебральный дефект
- в)системный невроз
- г)травматическая эпилепсия
- д)церебрастенический и гипертензионно-гидроцефальный синдром

8. Вторично генерализованная эпилепсия возникает у детей на фоне

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

9. 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

10. Больные эпилепсией или эпилептическим синдромом на диспансерном учете у детского невропатолога

- а)не состоят
- б)состоят только в раннем возрасте
- в)состоят при отсутствии психических изменений и психических эквивалентов
- г)состоят все больные до 15 лет

Список задач к модулю № 1.5

Ребенок, 9 месяцев, от 2 беременности, роды в срок, с весом 3200, рост 56 см, оценка по Апгар 7/8 баллов. Голову держит с 2 месяцев, с 5 месяцев переворачивается, сидит с 6,5 месяцев. Впервые в возрасте 6 месяцев развился приступ судорог в виде кивков, клевков. Через 1 месяц, на фоне противосудорожной терапии и нормальной температуры, появились серийные судороги флексорно-экстензорного характера до 10-15 серий в день. Девочка стала терять приобретенные навыки. На ЭЭГ – гипсаритмия. Нейросонография – умеренное расширение передних рогов боковых желудочков. На КТ головного мозга патологии не выявлено.

- Поставьте предположительный диагноз?
- С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Назначьте лечение

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.10 для самостоятельной работы ординатора

1. Протокол снятия диагноза Эпилепсия у детей
2. Протокол снятия диагноза Эпилепсия у взрослых
3. Эпилептоидноподобные синдромы.
4. Симптоматическая генерализованная эпилепсия и синдромы
5. Эпилептический статус у детей

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- решение тестов, задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: **ПК-5, ПК-6, ПК-8**

1.4 модуль № 1.6, 1.11 «Тики и синдром Туретта у детей»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.6

1. Этиология и патогенез тиков у детей
2. Этиология и патогенез синдрома Туретта у детей
3. Распространенность тиков у детей. Варианты течения.
4. Когнитивные дисфункции при синдроме Туретта у детей
5. Классификация тиков по МКБ 10.
6. Тикозная буря(тикозный статус).
7. Диагностика тиков
8. Лечение Тиков.
9. Лечение синдрома Туретта(консервативное и оперативное).

Список задач к модулю № 1.6

5-летний подросток обратился с жалобами на непроизвольное хрюканье, возникающее помимо воли подергивания мышц лица, шеи, туловища, конечностей, живота, подпрыгивания. Анамнез: единственный ребенок в семье, с хорошими материально-бытовыми и психологическими условиями. От 2 беременности, протекавшей без патологии, с весом при рождении 3500 гр. В детстве был суетливым, очень подвижным, но с 1 класса эти явления ликвидировались. В 3 –летнем возрасте мальчик переболел ветряной оспой в легкой форме, после чего возникли непроизвольные моргания с присоединением подергиваний плеч, на что родители не обращали внимания, ругали сына за моргания и подергивания мышц плечевого пояса, заставляли его следить за собой. В 6 летнем возрасте был консультирован невропатологом, после чего начал принимать элениум и тазепам. Динамика состояния не наблюдалась, успеваемость снизилась, стал прогуливать занятия, дерзить учителям. С 7-летнего возраста стали проявляться непроизвольное выкрикивание отдельных звуков: хрюканье, выкрикивание ругательных слов. В настоящее время в клинике доминируют генерализованные тики, вокализмы и инфантилизм.

Поставьте предварительный диагноз? Болезнь Жиль де ля Туретта

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте лечение.

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.11 для самостоятельной работы ординатора

1. Социальная адаптация детей с синдромом Туретта
2. Современное лечение тиков у детей.
3. Временные рамки постановки диагноза тиков и синдрома Туретта

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- задач, а также написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-8

1.5 модуль № 1.7, 1.12 «Энурез»

Список вопросов для устного опроса модуль № 1.7

1. Энурез. Классификация. Диагностические критерии. Лечение.
2. Этиология энуреза при поражения ЦНС.
3. Первичный и вторичный энурез.
4. Дифференциальная диагностика энуреза.
5. Применение будильниковых устройств для лечения энуреза.

6. Энурез при поражениях периферической иннервации
7. Энурез метаболической и токсической природы
8. Диагностика и критерии синдрома Энуреза.
9. Лечение Энуреза
10. оперативное лечение Энуреза центрального генеза

Список тем рефератов или презентаций модуль № 1.12 для самостоятельной работы ординатора

1. Современное лечение синдрома Энуреза
2. Энурез детского возраста, механизм исчезновения.
3. Средства улучшения повседневной жизни при Энурезе.
4. Оперативное лечение Энуреза не центрального генеза.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение заданий- написание рефератов или создание презентаций позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: **ПК-5, ПК-6, ПК-8**

2. Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации

1. Детский церебральный паралич. Этиология, патогенез, эпидемиология. Клинические формы.
2. Клиника ДЦП. Спастическая диплегия. Гемиплегическая форма. Двойная гемиплегия. Гиперкинетическая форма (двойной атетоз). Атактическая форма. Атонически-астатическая форма
3. Диагноз и дифференциальный диагноз детского церебрального паралича.
4. Лечение ДЦП
5. Аномалии развития спинного мозга и позвоночника
6. Спинальный дизрафизм. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
7. Миелодисплазии. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
8. Диастематомиелия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
9. Синдром Клиппеля – Вейля. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
10. Сирингомиелия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
11. Аномалии развития головного мозга и черепа
12. Краниовертебральные аномалии Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
13. Аномалии Арнольда – Киари. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
14. Базиллярная импрессия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
15. Платибазия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
16. Синдром Денди- Уокера. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
17. Другие аномалии развития головного мозга и черепа
18. Анэнцефалия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение

19. Краниорахизис. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
20. Иниэнцефалия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
21. Энцефалоцеле. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
22. Врожденная гидроцефалия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
23. Врожденные мальформации мозолистого тела
24. Аринэнцефалия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
25. Агирия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
26. Микрогирия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
27. Пахигирия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
28. Перегородочно-зрительная дисплазия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
29. Мегалэнцефалия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
30. Врожденные церебральные кисты. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
31. Голопрозэнцефалия. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
32. Идиопатическая парциальная эпилепсия с возрастзависимым началом
33. Идиопатические генерализованные эпилепсии и синдромы
34. Симптоматическая генерализованная эпилепсия и синдромы
35. Эпилептический статус у детей
36. Тики и синдром Туретта у детей. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение
37. Энурез. Классификация. Диагностические критерии. Лечение

Вывод: устный опрос по данному разделу позволяет оценить сформированность части следующей компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

2.2. Список тестовых заданий

001. 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
004. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет
 - а) 15-20 мл
 - б) 35-40 мл
 - в) 60-80 мл
 - г) 80-100 мл
008. Давление спинно-мозговой 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.
- 009.Симпатические клетки лежат
 - а)в передних рогах
 - б)в задних рогах
 - в)в передних и задних рогах
 - г)главным образом, в боковых рогах
- 011.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
- 012.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
- 013.К миелонцефальным позотоническим рефлексам относят
 - а)асимметричный тонический шейный
 - б)симметричный тонический шейный
 - в)тонический лабиринтный
 - г)верно а) и б)
 - д)все перечисленные
- 014.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
- 017.Гнойным менингитом чаще болевают дети возраста
 - а)раннего
 - б)дошкольного
 - в)младшего школьного
 - г)старшего школьного
- 018.Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием
 - а)аллергии
 - б)иммунологической реактивности
 - в)повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови
 - г)всего перечисленного
- 019.Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей
 - а)при стафилококковой инфекции
 - б)грудного возраста
 - в)при иммунодефиците
 - г)с ликвореей
 - д)с аллергией
- 020.При инфекционно-токсическом шоке предпочтительно применять
 - а)пенициллин
 - б)левомицетин
 - в)ампициллин
 - г)гентамицин
 - д)цефалоспорины
- 021.Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются
 - а)в стволе мозга

- б) в затылочной доле
 - в) в лобной доле
 - г) в височной доле
028. 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
029. 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
030. 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
031. 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
032. 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
033. 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
034. 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
035. 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 лейкодистрофии

036. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений
- а) половых хромосом
 - б) аутосом
 - в) обмена аминокислот
 - г) обмена витаминов
 - д) обмена углеводов
037. В характеристику болезни Дауна входит все перечисленное, кроме
- а) лица "клоуна"
 - б) олигофрении
 - в) нарушения речи
 - г) нарушения моторики
 - д) пирамидной недостаточности
038. При синдроме Шершевского - Тернера кариотип больного
- а) 46 XX
 - б) 45 XO
 - в) 47 XXУ
 - г) 47 XX/XY
039. У пациентов с болезнью Дауна обычно имеют место все перечисленные признаки, кроме
- а) порока сердца
 - б) ожирения
 - в) полидактилии
 - г) гипоспадии
 - д) ломкости костей
040. Синдром Шершевского - Тернера чаще встречается
- а) у девочек
 - б) у мальчиков
 - в) у лиц обоего пола
 - г) только у взрослых
041. Синдром Марфана характеризуется
- а) арахнодактилией
 - б) пороками сердца
 - в) подвывихами хрусталика
 - г) задержкой умственного развития
 - д) всеми перечисленными симптомами
042. 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
047. 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
048. 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
049. 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
050. Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии
- а)наружной
 - б)внутренней
 - в)открытой или сообщающейся
 - г)гиперпродуктивной
 - д)арезорбтивной
051. Большинство гидроцефалий у детей являются
- а)травматическими
 - б)токсическими
 - в)гипоксическими
 - г)врожденными
 - д)приобретенными
052. 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
053. 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
054. 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
059. 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
060. 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
061. В течении перинатальной энцефалопатии выделяют
- а)острый период
 - б)ранний восстановительный период
 - в)поздний восстановительный период
 - г)все перечисленные периоды

062. У доношенных детей чаще всего наблюдаются
- а) субдуральные кровоизлияния
 - б) субарахноидальные кровоизлияния
 - в) внутрижелудочковые кровоизлияния
 - г) перивентрикулярные кровоизлияния
 - д) паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния
063. 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
064. В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется
- а) заменное переливание крови
 - б) фототерапия
 - в) фенobarбитал
 - г) преднизолон
 - д) все перечисленное
065. Атрофия кисти, трофические нарушения и симптом Горнера типичны
- а) для пареза Эрба - Дюшенна
 - б) для пареза Дежерин - Клюбке
 - в) для тотального пареза руки
 - г) для пареза диафрагмы
 - д) для тетрапареза
066. 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
071. 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
072. 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
073. 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
074. 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 перинатальной травмы спинного мозга
075. 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
076. 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
077. Для гиперкинетической формы детского церебрального паралича характерно наличие
- а) атетоза
 - б) хореического гиперкинеза
 - в) торсионной дистонии
 - г) хореоатетоза
 - д) всего перечисленного
078. 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
079. 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
084. 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) спинно-мозговая пункция
 - д) рентгенография основания черепа
085. Наиболее часто после сотрясения головного мозга у детей отмечается
- а) эпилептический синдром
 - б) неврозоподобный синдром
 - в) гипоталамический синдром
 - г) гидроцефальный синдром
 - д) церебрастенический синдром
086. Очаг ушиба головного мозга чаще возникает у детей
- а) только в области удара
 - б) только в стволе мозга
 - в) в области удара или контрудара
 - г) только субтенториально

- д)в области подкорковых узлов
- 087.Исходом ушиба головного мозга у детей может быть
- а)травматический арахноидит
 - б)органический церебральный дефект
 - в)системный невроз
 - г)травматическая эпилепсия
 - д)церебрастенический и гипертензионно-гидроцефальный синдром
- 088.В детском возрасте при травме чаще встречаются
- а)оболочечные кровоизлияния
 - б)паренхиматозные кровоизлияния
 - в)внутрижелудочковые кровоизлияния
 - г)паренхиматозные и внутрижелудочковые кровоизлияния
- 089.Эпидуральная гематома часто наблюдается у детей
- а)при переломе костей свода черепа
 - б)при переломе основания черепа
 - в)при переломе только внутренней пластинки
 - г)только при линейном переломе
- 090.Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей
- а)подостро
 - б)после "светлого" промежутка
 - в)волнообразно
 - г)остро
 - д)начальный период асимптомен
- 091.При переломе основания черепа у детей часто возникает
- а)эпидуральная гематома
 - б)субарахноидальное кровоизлияние
 - в)субапоневротическая гематома
 - г)гемипарез
 - д)ликворрея
- 092.Заключение об инвалидности с детства после травмы спинного мозга выдается
- а)только детям школьного возраста
 - б)в зависимости от характера остаточных явлений
 - в)только при наличии тетрапареза
 - г)только в раннем возрасте
- 093.Санаторно-курортное лечение больным с травмой спинного мозга показано у детей
- а)спустя 1-2 месяца
 - б)спустя 2-3 месяца
 - в)спустя 5-6 месяцев
 - г)спустя 1 год
- 094.Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются
- а)парезы и параличи
 - б)чувствительные нарушения
 - в)нарушения мочеиспускания и пролежни
 - г)деформация позвоночника
 - д)мышечные спазмы
- 095.С целью предупреждения развития стойкой церебрастении после острого периода черепно-мозговой травмы рекомендуется назначение детям
- а)ноотропов
 - б)липоцеребрина
 - в)фитина, кальция глицерофосфата

- г)витаминов
 - д)всего перечисленного
096. Возникающие при сотрясении спинного мозга нарушения у детей
- а)имеют только локальный характер
 - б)всегда распространяются по всему спинному мозгу
 - в)локализованы только в передних и боковых канатиках
 - г)локализованы только в сером веществе
 - д)имеют распространенный или локальный характер
097. 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
098. 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
099. При переломе позвонка, его смещении и вывихе может возникнуть
- а)субарахноидальное кровоизлияние
 - б)синдром сдавления спинного мозга и корешков
 - в)распространенный полирадикулоневрит
 - г)поражение передних рогов спинного мозга
 - д)серозный менингит
100. 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)
101. Вторично генерализованная эпилепсия возникает у детей на фоне
- а)аллергии
 - б)иммунодефицита
 - в)органического церебрального дефекта
 - г)инфекционного заболевания
 - д)черепно-мозговой травмы
102. 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
103. Фенобарбитал детям раннего возраста целесообразно сочетать с назначением
- а)калия
 - б)натрия бикарбоната
 - в)магния сульфата
 - г)кальция
104. 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

105. Больные эпилепсией или эпилептическим синдромом на диспансерном учете у детского невропатолога
- а) не состоят
 - б) состоят только в раннем возрасте
 - в) состоят при отсутствии психических изменений и психических эквивалентов
 - г) состоят все больные до 15 лет
106. У детей дошкольного и школьного возраста преобладают страхи
- а) темноты
 - б) одиночества
 - в) животных, напугавших ребенка
 - г) персонажей сказок, кинофильмов
 - д) всего перечисленного
107. В пре- и пубертатном периодах чаще отмечается страх
- а) без определенного содержания
 - б) школы
 - в) болезни и смерти
 - г) животных и людей
108. В пре- и пубертатном периодах страх часто сопровождается
- а) галлюцинациями
 - б) бредом
 - в) судорогами
 - г) выраженной вегетативной реакцией
 - д) недержанием мочи
109. Заикание в основном развивается в возрасте
- а) до 5 лет
 - б) младшем школьном
 - в) старшем школьном
 - г) препубертатном
110. 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
111. 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
112. Дети с энурезом, тиками и некоторыми другими неврозоподобными нарушениями на диспансерном учете детского невропатолога
- а) не состоят
 - б) состоят только в раннем возрасте
 - в) состоят до 7 лет
 - г) могут состоять
113. Более позднее развитие общемозговых 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

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

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

115. При появлении у больного 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

116. Острое появление у больного с опухолью мозга резкой головной боли, головокружения, рвоты, нарушений функции дыхательного и сосудодвигательного центра связано

- а) с подъемом артериального давления
- б) с развитием приступа окклюзии на уровне I желудочка
- в) с резким падением артериального давления
- г) с поражением вестибулярного рецептора

117. Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией

- а) в подкорковых узлах
- б) в спинном мозге
- в) в полушариях мозга
- г) в стволе мозга
- д) в мозжечке

118. Диссоциированные нарушения чувствительности по сегментарному типу при сирингомиелии характеризуются

- а) выпадением глубокой при сохранности болевой
- б) выпадением болевой при сохранности температурной
- в) выпадением только болевой при сохранности глубокой
- г) сохранностью болевой при выпадении температурной
- д) сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной

2.3. Список задач

ЗАДАЧА 1

Больной 17 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму. В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным выключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 80 ударов в минуту. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексы оживлены без разницы сторон, патологических рефлексов нет, легкий тремор пальцев рук и век, в пробе Ромберга пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность

переключения при выполнении заданий, пересказе текстов. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки внутричерепной гипертензии. На ЭЭГ: фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов пик-волна - медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации пик-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

Поставьте диагноз.

Каковы причины приступов.

Какие дополнительные методы обследования следует выполнить?

Укажите принципы терапии данного заболевания.

ЗАДАЧА 2

Больной 17 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на повышение температуры, сильные головные боли, тошноту, повторную рвоту. Из анамнеза известно, что заболел 2 дня назад, когда повысилась температура до 40°C, появились сильные головные боли, светобоязнь, тошнота, рвота. При осмотре: состояние тяжелое. Лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Петехиальная сыпь на бедрах и ягодицах. Дезориентирован во времени и пространстве. Менингеальный синдром в виде выраженной ригидности мышц шеи, скулового симптома Бехтерева, симптомов Кернига и Брудзинского с двух сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. При исследовании цереброспинальной жидкости цвет ее желтовато-зеленый, мутная, нейтрофильный плеоцитоз (клетки покрывают все поле зрения, в абсолютном большинстве - нейтрофилы, лимфоциты - единичные), незначительное снижение содержания глюкозы и хлоридов (глюкоза – 0,38 г/л, хлориды - 110 ммоль/л). При посеве ликвора обнаружен менингококк.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Какие критерии прекращения антибактериальной терапии?

Какие возможны осложнения при этом заболевании?

ЗАДАЧА 3

Больной 14 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в правой руке и левой ноге, которая появились 2 дня назад. Из анамнеза известно, что за неделю до госпитализации отмечались желудочно-кишечные расстройства и незначительный подъем температуры. Накануне развития мышечной слабости отмечались боли в мышцах конечностей. При осмотре: состояние средней тяжести. Общемозговой, менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение силы в прок-

симальных отделах правой руки до 3,0-3,5 баллов. Рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц D<S. В левой ноге сила снижена в проксимальных и дистальных отделах до 2,0-2,5 и 3,5-4,0 баллов, соответственно. Коленные и ахилловы рефлексы S<D. Расстройств чувствительности нет. При исследовании цереброспинальной жидкости на 3 день после развития мышечной слабости определяется синдром клеточно-белковой диссоциации с лимфоцитарным плеоцитозом: цитоз - 60 лимфоцитов, белок – 0,33 мг %, давление - 190 мм водного столба.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 4

Больная 16 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на насильственные движения в мышцах лица, рук, изменение почерка. Считает себя больной на протяжении 1,5-2,0 месяцев, когда появились изменения почерка, спустя 2-3 недели присоединились непроизвольные движения в руках и в лице. В анамнезе хронический тонзиллит и частые ангины. Около 2 лет назад отмечались болезненность и припухлость коленных и локтевых суставов. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Периодически возникают непроизвольные разбросанные движения в лицевой мускулатуре и в проксимальных отделах конечностей. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренная СОЭ. При биохимическом исследовании крови - положительные ревмопробы.

Поставьте диагноз.

Чем обусловлено наличие гиперкинезов лицевой мускулатуры и конечностей?

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте лечение.

Ответы на вопросы:

001. а	013. д	025. б	037. д	049. г	061. г	073. д	085. д	097. б	109. а	121. а
002. в	014. а	026. б	038. б	050. г	062. д	074. в	086. в	098. а	110. в	122. а
003. а	015. г	027. в	039. д	051. г	063. д	075. б	087. в	099. б	111. б	
004. а	016. г	028. б	040. а	052. б	064. д	076. г	088. а	100. а	112. г	
005. б	017. а	029. в	041. д	053. б	065. б	077. д	089. а	101. в	113. г	
006. а	018. в	030. а	042. в	054. а	066. д	078. а	090. г	102. д	114. д	

007. б	019. г	031. в	043. в	055. а	067. в	079. г	091. д	103. г	115. д	М етоди чески е мате риал ы, опред еляю щие проце
008. в	020. в	032. д	044. в	056. б	068. г	080. д	092. б	104. г	116. б	
009. г	021. г	033. в	045. д	057. б	069. б	081. д	093. в	105. в	117. г	
010. г	022. а	034. г	046. в	058. г	070. е	082. а	094. в	106. д	118. д	
011. а	023. б	035. д	047. в	059. д	071. в	083. г	095. д	107. г	119. д	
012. а	024. в	036. а	048. г	060. б	072. г	084. г	096. д	108. д	120. д	

дуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

Этап: проведение текущего контроля успеваемости

Текущая аттестация – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. Она может осуществляться в устной или письменной формах в виде опросов, рефератов, проверки домашних заданий, написания истории болезни и самостоятельной работы студентов, проведении различных работ, коллоквиумов, тестирования. В ходе текущего контроля успеваемости преподаватель устанавливает реальный уровень усвоения студентами учебной программы на данный момент времени в виде выявления областей незнания, неумения, непонимания.

Формы текущего контроля определены учебным планом и описаны в рабочей программе. По всем заданиям текущего контроля выставляется оценка в соответствии с критериями и шкалой оценивания.

Рекомендации по оцениванию устного опроса:

Требования к оценке:

при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме занятия,
- степень активности студента на занятии;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Схема оценивания правильности ответов на устный опрос:

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
-------------	-------------------------	-----------------	--------

Устный ответ	ПК-5 ПК-6 ПК-8	студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.	Аттестован
		студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Не аттестован

Схема оценивания правильности выполнения практической работы (оценивается по четырехбалльной шкале с оценками):

Схема оценивания тестовых заданий:

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение тестовых заданий	ПК-5 ПК-6 ПК-8	80 – 100%	«отлично»
		66 – 79%	«хорошо»
		46 – 65%	«удовлетворительно»
		45% и менее	«неудовлетворительно»

Схема оценивания правильности решения ситуационных задач (оценивается по четырехбалльной шкале с оценками):

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
-------------	-------------------------	-----------------	--------

Решение ситуационных задач	ПК-5 ПК-6 ПК-8	студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	«отлично»
		если студент достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе при этом в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок;	«хорошо»
		студент недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;	«удовлетворительно»
		студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию рефератов и презентаций

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Реферат (от лат. *refero* – докладываю, сообщаю) представляет собой особое сочинение, в котором определены цели, задачи и выводы излагающие основные положения темы или проблемы.

Тематика рефератов представлена в Фондах оценочных средств и в учебно-методических пособиях для самостоятельной работы ординатора соответствующей рабочей программы.

Рефераты докладываются на занятии соответственно выбранной теме и календарно-тематическому плану, сдаются преподавателю строго в указанный срок.

Сведение отобранной информации должно быть встроено в текст в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения;

а) во введении логичным будет обосновать актуальность темы (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью и наукой);

цель (должна соответствовать теме реферата);

задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы;

б) в основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д.

в) заключение содержит выводы по главам (1-1,5 листа). Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Реферат может быть представлен в виде презентации, при этом обязательно выполнение основных требований к реферату, включая правильность оформления списка литературы!

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких специализированных источников (как минимум 8-10 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации. Предпочтение отдается публикациям в специализированных журналах и монографиям признанных специалистов в соответствующей области знаний. Обязательно использование иностранной литературы.

Схема оценивания правильности написания и защиты реферата или презентации

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Защита реферата или презентации	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Выполнены все требования к написанию и защите реферата или презентации: - обозначена проблема и обоснована её актуальность; - сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция; - сформулированы выводы; - тема раскрыта полностью; - выдержан объём работы; - соблюдены требования к внешнему оформлению реферата или презентации;	«ОТЛИЧНО»

		- даны правильные ответы на дополнительные вопросы.	
		Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты: - неточности в изложении материала; - отсутствует логическая последовательность в суждениях; - не выдержан объем реферата или презентации; - имеются упущения в оформлении; - на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы	«хорошо»
		Имеются существенные отступления от требований к реферированию: - тема освещена лишь частично; - допущены фактические ошибки в содержании реферата или презентации; - имеются ошибки при ответе на дополнительные вопросы; - во время защиты отсутствует вывод.	«удовлетворительно»
		Реферат абсолютно не подготовлен. Тема реферата или презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.	«неудовлетворительно»

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета. Задания на зачете содержат теоретические вопросы и ситуационные задачи.

Методические рекомендации по подготовке к зачету

Для допуска и успешной сдачи промежуточной аттестации (зачет) студенту необходимо выполнить несколько требований:

- 1) регулярно посещать аудиторные занятия по дисциплине; пропуск занятий не допускается без уважительной причины;
- 2) в случае пропуска занятия студент должен быть готов ответить на зачете на вопросы преподавателя, взятые из пропущенной темы;
- 3) студент должен точно в срок сдавать письменные работы на проверку и к следующему занятию удостовериться, что они зачтены;
- 4) готовясь к очередному занятию по дисциплине, студент должен прочитать соответствующие разделы в учебниках, учебных пособиях, монографиях и пр.,

рекомендованных преподавателем в программе дисциплины, и быть готовым продемонстрировать свои знания на паре; каждое участие студента в обсуждении материала на практических занятиях отмечается оценкой преподавателем и учитывается при ответе на зачете;

5) в случае, если студент не освоил необходимый материал или что-то не понял, он должен подойти к преподавателю в часы консультаций и прояснить материал;

6) во время зачета студент получает один теоретический вопрос, готовится в течение 5-7 минут и рассказывает преподавателю все, что знает по этому материалу;

7) второй этап зачета – это решение тестового задания и ответы на вопросы преподавателя по материалу и содержанию задания;

8) третий этап зачёта - это решение ситуационной задачи и ответы на вопросы преподавателя по материалу и содержанию задания;

Схема оценивания промежуточного контроля знаний

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный опрос Тестовые задания Ситуационная задача	ПК-5 ПК-6 ПК-8	заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала по дисциплине, освоивший основную и дополнительную литературу, рекомендованной программой, показавший творческий подход в выполнении поставленной задачи.	зачтено
		выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.	не зачтено