федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕВРОЛОГИЯ**

по специальности

**31.08.42 Детская неврология**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.42 Детская неврология, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

**Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1** – готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

**УК-2** - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

**УК-3 -** готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

**ПК-1** – готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

**ПК-2 –** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения.

**ПК-3** – готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.

**ПК-4 -** готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

**ПК-5 –** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

**ПК-6** –  готовность к ведению и лечению пациентов с неврологическимизаболеваниями.

**ПК-7 -** готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**ПК-8** – готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.

**ПК-9** - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

**ПК-10** - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

**ПК-11** - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

**ПК-12** - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1.** Анатомо-физиологическое введение в детскую неврологию. Нервно-психическое развитие ребенка в различные периоды жизни. Особенности исследования детей грудного возраста.

**Формы текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Периоды детского возраста.
2. Морфологические аспекты онтогенеза нервной системы.
3. Биомеханика двигательного развития ребенка первого года жизни.
4. Нейрохимические аспекты онтогенеза нервной системы.
5. Развитие чувствительности.
6. Концепция возрастных кризов.
7. Оценка неврологического статуса ребенка первого года жизни. Оценочные шкалы. Шкала Гриффитс.
8. Моторное и психоречевое развитие 3-х летнего ребенка.
9. Моторное и психоречевое развитие 5 летнего ребенка.
10. Моторное и психоречевое развитие годовалого ребенка.
11. Моторное и психоречевое развитие 7 летнего ребенка.

***Темы для рефератов:***

1. Особенности исследования детей грудного возраста. Оценочные шкалы.

2. Нервно-психическое развитие ребенка первых 3-х лет жизни.

3. Нервно-психическое развитие ребенка в дошкольном и школьном периодах.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденных является физиологичным до

1) 3 мес.

2) 4-5 мес.

3) 1-1,5 мес.

4) 6 мес.

5) 2 мес.

2. Истинная ходьба у ребенка формируется в возрасте

1) 2 года

2) 1 год 6 мес.-2 года

3) 1 год

4) 2 года 6 мес.-3 года

5)3 года-3 года 6 мес.

3. Активный словарь к 3 годам у ребенка составляет не менее

1) 1000-1500 слов

2) 500 слов

3) 200-300 слов

4) 500-1000 слов

5)2000 слов

4. К варианту правильного ползания относится

1) реципрокное ползание

2) ползание назад

3) ползание «по-пластунски»

4) перемещение прыжками

5) перемещение катками

5. В норме походка ребенка до 2-х лет

1) переменным шагом

2) на носочках

3) с пятки на носок

4) топающего характера

5) с опорой на наружный край стопы

6. Угол разведения ног ребенка в приводящих мышцах новорожденного равен

1) 110-130 градусов

2) Менее 90 градусов

3) 130-150 градусов

4) 90-100 градусов

5) > 150 градусов

7.К физиологическим рефлексам новорожденных не относится

1) рефлекс опоры

2) асимметричный шейный тонический рефлекс

3) рефлекс автоматической ходьбы

4) рефлекс ползания

5) рефлекс выпрямления

8. Лабиринтный выпрямляющий рефлекс на голову наблюдают

1) Со 2-го месяца жизни

2) С 3-го месяца жизни

3) С 5 месяца жизни

4) С 6 месяца жизни

5) С 4 месяца жизни

9. Проба «шарфа» отражает снижение тонуса мышц

1) в нижних конечностях

2) верхних конечностей, преимущественно в проксимальных отделах

3) шеи

4) туловища

10. При исследовании периостальных и сухожильных рефлексов у младенцев после 3-х мес. наиболее информативными являются

1) коленные

2) ахилловы

3) карпорадиальные

4) биципитальные

11.Для развития доречевой функции ребенка 6 мес. характерно:

1) Активный недифференцированный лепет

2) Гуление

3) Говорит около 5 слов

4) Говорит около 30 слов

Подниматься и спускаться по лестнице, чередуя ноги (с опорой) ребенок начинает

1)1 год

2) 3 года

3) 1 год 6 мес.

4) 2г.6мес

13.Наивысший уровень продуктивности образной памяти достигается

1) 4-5 лет

2) 8-11 лет

3) 7-9 лет

4) 16-17 лет

14. Период раннего детства приходится на возраст

1) 1-3 года

2) 4-6 лет

3) 7-10 лет

4) 1-12 мес.

15. Психомоторный тип нервно- психического реагирования (по В.В. Ковалеву) у детей и подростков в ответ на различные вредности характерен в период

1) 1-3 года

2) 4-10 лет

3) 7-12 лет

4) 12-16 лет

16. Аффективый тип реагирования по В.В. Ковалеву включает

1) синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии.

2) преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание

3) проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста», включающих, с одной стороны, сверхценные

4) общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами.

17.Сенситивный период развития качества силы приходится на

1) 6-7 лет

2) 14-17 лет

3) 7-12 лет

4) 12-16 лет

18. Предпочтение руки формируется в возрасте

1) 1 год

2) 5 лет

3) 2 года

4) 8 лет

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

Ребенок доношен. Лежа на животе симметричная опора на выпрямленные руки с раскрытыми ладонями. Сидит неуверенно. При вертикализации опора на полные стопы. Захватывает игрушку без противопоставления первого пальца. Четкая локализация звуков в горизонтальном и вертикальном направлении, изучение и рассматривание предметов, расположенных в разных местах; прослеживание за упавшей игрушкой. Активный недифференцированный лепет. Понимает мимику и жесты окружающих. Начинает отличать своих и чужих. Держит бутылочку из которой сосет, тянет ее ко рту или отталкивает.

Задания:

1) Какому возрасту соответствует данный неврологический статус?

2) Какие критерии оценки ребенка отображены в данном статусе?

3) Из каких положений оценивается грубая моторика у ребенка?

*Задача2.*

Ребенку 3 мес. При осмотре: Взгляд фиксирует, за предметами следит. Поворачивает голову в сторону раздражителя. Глотание не нарушено. В положении на животе голову удерживает непродолжительное время. При пробе на тракцию-запрокидывание головы. Положение на спине не стабильно. Мышечный тонус диффузно снижен. Гулит, комплекс «оживления».

Задания:

1) Какой синдром имеет место?

2) Укажите основную причину данного синдрома.

3) Укажите пробы на мышечную гипотонию.

*Задача3.*

Ребенок доношен. Какому возрасту соответствует данный неврологический статус. Грубая моторика: в положении на животе –прямой угол между плечом и предплечьем. Таз опущен до плоскости опоры, цент тяжести смещен к тазовому концу. Положение на спине становиться стабильным. Начало «группировки». Мелкая моторика: кисть чаще раскрыта. Ребенок захватывает вложенную в руку игрушку. Перцепция: движение руки выполняется под зрительным контролем. После звуковой стимуляции ребенок охотно издает гласные звуки.

Задания:

1) Какому возрасту соответствует данный неврологический статус?

2) Опишите доречевое развитие и социальное поведение в данном возрасте.

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1) Данный статус характерен для ребенка 6 мес.

2) Оценка проводится по 5 критериям: грубая моторика, тонкая моторика, перцепция, развитие речи, социально-эмоциональное поведение ребенка.

3) Грубая моторика оценивается из положения на спине, животе, вертикально.

*Задача 2.*

1) Синдром мышечной гипотонии.

2) Гипотония встречается при заболеваниях головного и спинного мозга, периферического нейрона, нарушениях нейромышечной передачи и патологии мышц. Однако центральные причины, проявляющиеся постуральной гипотонией, в структуре СМГ составляют 60–80 %, значительно превышая частоту возможных причин, связанных с двигательной единицей.

3) Тонус у младенцев с симптомами гипотонии может быть оценен при проведении пробы на тракцию, проб с вертикальным и горизонтальным подвешиванием.

Проба на тракцию — наиболее чувствительный тест для определения постурального тонуса. Врач захватывает кисти ребенка и подтягивает его в положение сидя. У здорового ребенка голова приподнимается от поверхности сразу вслед за телом. Когда достигается сидячее положение, голова удерживается прямо посередине. Во время пробы исследователь ощущает сопротивление тракции и наблюдает сгибание конечностей ребенка в локтевых и коленных суставах. У доношенных детей допустимо лишь минимальное запаздывание движения головы. Аномальная проба на тракцию в виде большой задержки движения головы вслед за туловищем и отсутствие сгибания в конечностях у доношенного новорожденного указывают на гипотонию. Проба на тракцию не может быть проведена у недоношенных, не достигших 33 недель гестации. Возможности сгибателей шеи поднять голову появляются после 33 недель.

Вертикальное подвешивание.Врач располагает свои кисти в подмышечных областях ребенка и поднимает его вверх. Пока ребенок находится в вертикальном положении, его голова располагается прямо по средней линии, а конечности сохраняют позу сгибания в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. У ребенка с мышечной гипотонией при вертикальном подвешивании голова свисает вперед. Ноги свободно свисают. Из-за слабости мышц плечевого пояса ребенок не удерживается и «проскальзывает» между руками исследователя. «Проваливание» головы ребенка и симптом «вялых плеч» у доношенных новорожденных возникает как при гипоксических парасагиттальных поражениях головного мозга, так и при травме шейного отдела спинного мозга.

Горизонтальное подвешивание. Здоровый младенец поднимает голову, удерживает спину прямо, сгибает конечности в локтевых, тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Может периодически разгибать голову, напрягать спину и группироваться, преодолевая силы гравитации. Гипотоничный новорожденный и младенец перегибаются через руки врача как перевернутая буква «U», при этом голова и ноги свободно свисают (симптомы «тряпичной куклы» или «провисшего белья»).

*Задача 3.*

1. Данный статус характерен для ребенка 3 мес.

2. Речь: пассивная - в ответ на голос останавливает взгляд с проявлением эмоциональных реакций, активная- интонационная выразительность голосовых реакций, «гуление». Социальное поведение: комплекс «оживления»

**Тема 2.** Врожденные пороки центральной нервной системы. Детский церебральный паралич.

**Формы текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1.Распространенность и причины возникновения врожденных пороков ЦНС.

2.Врожденные пороки развития конечного мозга.

3.Вопросы клиники и диагностики пороков развития мозжечка.

4.Вопросы киники и диагностики пороков развития спинного мозга.

5.Пороки развития обонятельного анализатора.

6.Факторы риска развития ДЦП

7.История изучения ДЦП

 8.Классификация детского церебрального паралича.

 9.Характеристика форм ДЦП.

 10.Диагностика ДЦП.

 11. Лечение и прогноз ДЦП.

***Темы для рефератов:***

1. Вопросы клиники и лечения Детского церебрального паралича.

2.Врожденные пороки развития мозжечка

3.Врожденные пороки развития спинного мозга

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1.Положение, когда пассивное или активное сгибание головы вызывает повышение тонуса сгибателей рук и разгибателей ног, а разгибание головы приводит к противоположному действию носит название:

1) Симметричный шейный тонический рефлекс

2) Асимметричный шейный тонический рефлекс

3) Лабиринтный тонический рефлекс

4) Лабиринтный установочный рефлекс на голову

2.К спастическим формам ДЦП не относится:

1) Двойная гемиплегия

2) Спастическая диплегия

3) Гиперкинетическая форма

4) Гемипаретическая форма

3.В характерную триаду аномалии Денди–Уокера не входит:

1) полная или частичная агенезия червя мозжечка

2) кистозная дилатация IV желудочка

3) расширение задней черепной ямки со смещением вверх латеральных синусов, намета мозжечка и стока синусов

4) агенезия мозолистого тела

4.Клинические проявления аномалии Денди–Уокера включают все, кроме:

1) задержку психомоторного развития,

2) макроцефалию,

3) гидроцефалию различной степени выраженности;

4) микроцефалию.

5.При спастической диплегии имеет место:

1) Преимущественная спастичность в руках

2) Преимущественная спастичность в ногах

3) Равномерная спастичность в руках и ногах

4) Спастичность в руке и ноге одной половины тела.

6. Атаксическая форма ДЦП характеризуется:

1) низким тонусом мышц, [атаксией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F) и высокими сухожильными и периостальными рефлексами

2) односторонним спастическим гемипарезом

3) [гиперкинезами](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть [параличи](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%87) и [парезы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7)

4) равномерная спастичность в руках и ногах

7.Грубая задержка психического развития наиболее часто отмечается при:

 1) Двойной гемиплегии

 2) Атаксической форме

 3) Спастической диплегии

 4) Гемипаретической форме

8.Патология черепных нервов наиболее часто встречается при

 1) Гемипаретической форме.

 2) Атаксической форме;

 3) Спастической диплегии;

 4) Двойной гемиплегии;

9.Дискинетическая форма ДЦП характеризуется:

1) тетрапарезом;

 2)односторонним спастическим гемипарезом;

 3)низким тонусом мышц, [атаксией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F) и высокими сухожильными и периостальными рефлексами;

 4)[гиперкинезами](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7), повышением мышечного тонуса по экстрапирамидному типу.

10.Лечение при детском церебральном параличе должно быть:

1) комплексным с применением медикаментозных и немедикаментозных методов

2) включать только немедикаментозные методы;

3) включать только медикаментозное лечение.

11.Наиболее частым синдромом речевых расстройств у детей с ДЦП является

1) Дизартрия

2) Заикание

3) Мутизм

4) Дислексия

12. В большинстве случаев эпилепсия у детей с ДЦП дебютирует в возрасте

1) На первом году жизни

2) В 2-3 года

3) 3-4 года

4) 15 лет

13.Тяжесть двигательных нарушений у детей с ДЦП определяется по шкале GMFCS, которая состоит из

1) 5 уровней

2) 4 уровней

3) 3 уровней

4) 2 уровней

14. Шкала MACS для оценки функции верхней конечности используется у детей с ДЦП в возрасте

1)4-18 лет

2) 1-4 лет

3) 2-6 лет

4) 10-18 лет

15. Тяжелое стойкое ограничение движений в руке по шкале MACS соответствует

1) 1 уровню

2) 4 уровню

3) 3 уровню

4) 5 уровню

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

Мальчик, 2 года, поступил с жалобами на отставание в моторном и речевом развитии.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, на фоне анемии тяжелой степени, многоводия. Роды I преждевременные на сроке 28-29 нед., по Апгар 6/6 баллов; масса тела 1380г, рост 40см. В возрасте 45 мин. переведен в ОРИТН, где находился с 25.06. по 30.06.08 ИВЛ 54 часа. Диагноз при рождении: СДР, перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, с-м угнетения. Недоношенность 28-29 нед. С рождения отставание в моторном и речевом развитии.

В сознании. Речевая активность снижена, произносит отдельные слова, фразовой речи нет.

В неврологическом статусе: Голова долихоцефалической формы. ОГ 46,5 см. Асимметрия носогубных складок. Голову держит хорошо. Переворачивается. Лежа на животе опирается на предплечья. Не сидит, не ходит. Флексорно-пронаторный гипертонус в руках по шкале спастичности Ashworth 1 балл D и S; гипертонус экстензоров в дистальных отделах нижних конечностей по шкале спастичности Ashworth 3 балла, а также аддукторов бедер по шкале спастичности Ashworth 2-3 балла. Гиперрефлексия с рук и ног D=S. Р-с Бабинского с 2-х сторон.

1)Укажите форму ДЦП, уровень развития моторных функций по шкале GMFCS. На основании каких симптомов выставлена данная форма.

2)Причины развития заболевания у данного ребенка.

*Задача 2.*

Больной М. , 3 года, поступилс жалобами на нарушение походки, задержку психо-речевого развития. Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания во второй половине беременности, роды I срочные, по шкале Апгар 9-10 баллов. Вес при рождении 1780г. Голову держит с 3 мес., сидит с 11 мес., ходит с 2 лет. 8 мес.

В неврологическом статусе: Голова микроцефальной формы ОГ 45,5см Непостоянное сходящееся косоглазие. Легкая девиация языка вправо. Мышечная гипотония в руках и ногах. Походка атаксическая. Ходит, широко расставив ноги, опираясь на внутренние отделы стоп. Проприоцептивные рефлексы с рук; с ног Д=S, повышены. Р-с Бабинского с 2-х сторон.

1)Поставьте предположительный диагноз.

2)Дифференциальная диагностика

*Задача 3.*

Больная А., 1г. 8 мес., поступила с жалобами на ограничение движений в левых конечностях

Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, кольпита, I родов в 36-37 нед. По Апгар 8/8 баллов. Вес 3300г., длина 54 см. НСГ на 3-и сутки: кисты в ПВО переднего рога до 5,9 мм, многокамерное кровоизлияние в оба сосудистых сплетения. С 1 мес. на учете у невролога по м/ж. МРТ головного мозга от 21.01.2013г.: в правой теменной доле определяется небольших размеров (до 13 мм) ликворной интенсивности киста, подтягивающая и деформирующая тело гомолатерального желудочка, возможно сообщающаяся с ним;

При поступлении состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

В неврологическом статусе: ОГ 46 см. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Флексорный гипертонус в левой руке по модифицированной шкале спастичности Ashworth 1+ балл, экстензорный гипертонус в левой ноге в проксимальном отделе-1+ , в дистальном отделе -2 балла. Ограничение движений в левых конечностях. Самостоятельно не ходит, только за руку, походка гемипаретическая. Анизорефлексия с рук D<S, с ног D<S. Патологический стопный Бабинского слева.

1) Поставьте диагноз.

2) Укажите причину развития данной формы ДЦП.

3) Уровень интеллекта при данной форме ДЦП

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1. Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Класс функционирования по шкале GMFCS-IV.

В неврологическом статусе имеет место спастический тетрапарез с акцентом на нижние конечности, что является характерным в клинической картине данной формы ДЦП.

1. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды.

*Задача 2.*

1. Атактический ДЦП
2. В большинстве случаев требуется тщательная дифференциальная диагностика с наследственными заболеваниями: прогрессирующими мозжечковыми атаксиями, лейкодистрофиями, митохондриальными заболеваниями.

*Задача 3.*

1. ДЦП, гемипаретическая форма слева.
2. Причиной является геморрагический инсульт и врожденные аномалии развития мозга.
3. Дети с данной формой хорошо адаптируются в обществе, чаще всего интеллект не страдает и дети получают хорошее образование.

**Тема 3.** Перинатальные поражения нервной системы

**Формы текущего контроляуспеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных.

2. Гипоксическое поражение центральной нервной системы, патогенез.

3. Травматические повреждения нервной системы.

4. Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения функций ЦНС.

5. Поражения ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода.

6. Синдромы восстановительного периода последствий перинатального поражения ЦНС.

7.Методы диагностики перинатальных поражений ЦНС.

8. Лечение перинатальных поражений ЦНС.

***Темы для рефератов:***

1. Родовая травма ЦНС

2. Перивентрикулярная лейкомаляция, патогенез, клиника.

3. Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения функций ЦНС.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. К пренатальному периоду действия вредного фактора не относится

1) интранатальный

2) эмбриональный

3) ранний фетальный

4)поздний фетальный

2. Наиболее частой причиной симптоматических судорог у новорожденных является

1) Инфекционные поражения

2) Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС

3) Гипокальциемия

4) Гипогликемия

3. Перивентрикулярные лейкомаляции наиболее характерны для поражения головного мозга у

1)доношенных

2) недоношенных

3)переношенных

4)детей любых групп

4. К повреждениям шейного отдела позвоночника и спинного мозга при родовой травме не относятся

1)паралич Эрба-Дюшенна

2) паралитическая косолапость

3)тотальный паралич Керера

4)паралич Дежерин-Клюмпке

5. При легкой степени ГИЭ синдром вегето-висцеральных дисфункций протекает с

1) Преобладанием симпатикотонии

2) Преобладанием парасимпатикотонии

3) Обе субсистемы подавлены

6. Диагностика внутричерепных кровоизлияний у недоношенных новорожденных основана на данных

1) нейросонографии

2) Клинического осмотра

3) R-графии черепа

4)Электроэнцефалографии

7. I степень ВЖК недоношенных характеризуется

1) Кровь в субэпендимальных зонах герминального матрикса

2) Наличие сгустка крови в просвете расширенного бокового желудочка

3) Прорыв крови в перивентрикулярное пространство

4) Увеличение сгустка крови в субэпендимальных зонах более 10 мм без расширения бокового желудочка или прорыв крови в полость желудочка без его расширения.

8. II степень вентрикуломегалии у новорожденных характеризуется шириной тела бокового желудочка

1) до 10 мм

2) от 21 до 30 мм

3) до 20 мм

4) Более 30 мм

9. Течение острой билирубиновой энцефалопатии имеет

1) 2 фазы

2) 4 фазы

3) 3 фазы

4) 5 фаз

10. Промежуточная фаза билирубиновой энцефалопатии развивается

1) Через неделю после появления начальных симптомов

2) Через 2-3 суток после появления начальных симптомов

3) Через 4-5 суток после появления начальных симптомов

4) Через 2 недели после появления начальных симптомов

11. Основными клиническими синдромами церебральной ишемии I степени являются

1) Возбуждение или угнетение ЦНС ( более 7 суток), судороги, внутричерепная гипертензия

2) Угнетение-кома, судороги, прогрессирующая потеря церебральной активности свыше 20 дней.

3) Возбуждение или угнетение ЦНС (не более 5-7 суток)

4) Угнетение-кома, судороги, прогрессирующая потеря церебральной активности свыше 10 дней.

12. Основными клиническими проявлениями хронической билирубиновой энцефалопатии являются

1) Экстрапирамидные расстройства, глазодвигательные нарушения, поражение слухового анализатора

2) пирамидные расстройства, глазодвигательные нарушения

3) Мозжечковые нарушения, глазодвигательные нарушения, поражение слухового анализатора

4) Мозжечковые нарушения, поражение слухового анализатора

 13. Прирост окружности головы здорового доношенного ребенка во вторую половину первого года жизни составляет

1) 0,5 см за месяц

2) 2 см за месяц

3) 1,5 см за месяц

4) 1см за месяц

14.Доброкачественные несемейные неонатальные судороги возникают в период

1) С 7 по 14 день жизни

2) С 7 по 10 день жизни

3) С 1 по 7 день жизни

4) С 12 по 14 день жизни

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

Ребенок рожден на 35 неделе беременности. При рождении с-м повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, на НСГ - ВЖК IIст.

Через 2 недели на осмотре у невролога функции черепно-мозговых нервов в пределах нормы, голова выросла на 2 см. Б.Р. спокоен. Тонус физиологичен. Тремор подбородка. Физиологические рефлексы вызываются. 1)Необходимо ли в данном случае назначение НСГ?

 2)Если да, то почему?

*Задача2.*

Мальчик, родился крупновесным 4200г., роды быстрые.  При осмотре правая ручка разогнута во всех суставах, ротирована внутрь, кисть согнута. Сухожильные рефлексы справа не вызываются. Движения сохранены только в кисти и пальцах.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины, ведущие к развитию родовой травмы.

*Задача 3.*

Мальчик, 6 мес. Жалобы на то, что ребенок не переворачивается.

Родился в срок. Во время беременности угроза прерывания в 28, 32 нед.

Вес 2950г., рост 50 см. По Апгар 6/7 баллов.

При осмотре: ОГ 43 см. Б.Р. спокоен. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Голову удерживает. Мышечная дистония с преобладанием легкого гипертонуса в дистальных отделах рук и ног. Лежа на животе опора на предплечья, угол 80-90 градусов. При вертикализации - опора на передние отделы стоп. Не переворачивается. Сухожильные рефлексы с рук и ног D=S. Начало лепета.

1. Поставьте диагноз.
2. На основание каких данных можно сделать данное заключение.

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1. Да, необходимо.
2. Часто следствием ВЖК является развитие гидроцефалии**,** которая может быть арезорбтивной на фоне вентрикулита, что приводит к нарушению всасывания спинномозговой жидкости, или обструктивной вследствие острой обструкции сильвиевого водопровода или межжелудочкового отверстия. Медленно прогрессирующая гидроцефалия может развиваться вследствие спаечного процесса в задней черепной ямке. Отдаленный прогноз зависит от степени недоношенности, наличия гидроцефалии, поражения корковых структур. Для диагностики гидроцефального синдрома одним из информативных методов является НСГ.

*Задача 2.*

1) Акушерский параличЭрба-Дюшена.

 2)Чаще всего акушерские параличи наблюдаются в следующих случаях:

-роды крупным плодом;

- клинически узкий таз;

-применение акушерских пособий;

-роды в ягодичном или ножном предлежании.

*Задача 3.*

1)Последствие перинатального поражения головного мозга, поздний восстановительный период. Синдром двигательных нарушений.

2) У данного ребенка отмечается легкое отставание (не более 3 мес.) моторного развития и нарушение мышечного тонуса в виде гипертонуса в дистальных отделах рук и ног. В норме в 6 мес. опора на вытянутые ручки с раскрытыми кистями и при вертикализации опора на полные стопы.

**Тема 4. Специфические расстройства речи в детском возрасте. Заикание.**

**Формы текущего контроляуспеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Функция речи. Факторы риска речевых расстройств.

2. Классификация Л.О. Бадаляна по патогенетическому признаку.

3. Клинико-педагогическая классификация (Волкова Л.С.); психолого-педагогическая классификация

4. МКБ 10

5. Диагностика речевых расстройств.

6. Формы заикания, клиническая характеристика и дифференциальная диагностика.

7. Течения заикания.

8. Лечение заикания.

***Темы для рефератов:***

1. Специфическое расстройство артикуляции
2. Неврозоподобное заикание, эпидемиология, патогенез, клиника.
3. Диагностика речевых расстройств.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Интенсивное развитие речи, формирование словесных связей в процессе общения происходит:

1) от 12 месяцев до 4-х лет

2) в возрасте от 18 месяцев до 5 лет

3) в возрасте от 12 месяцев до 2-х лет

4)до 12 мес.

2. К нарушению устной речи не относится

1) дисграфия

2) дизартрия

3) дисфония

4)заикание

3. Системное недоразвитие экспрессивной речи центрального генеза носит название

1) моторная алалия

2) афазия

3) сенсорная алалия

4)заикание

4. Судороги голосового аппарата возникают, как правило, в момент попытки

1) произнесения согласного звука

2) произнесения гласного звука

3) Вне зависимости от вида звуков

5. Общее недоразвитие речи I уровень ставится, когда имеет место

1) отсутствие общеупотребительной речи;

2) развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе.

3)начало общеупотребительной речи

4) нарушение плавности речи

6. Речевая патология у близких родственников чаще встречается при

1) Невротическом заикании

2)Неврозоподобном

3) Смешанном

4) При неврозоподобном и смешанном заикании

7. Для развития экспрессивной речи ребенка в 1 год характерно

1) активный словарь не менее 4- 5 слов;

2) словарь около 1-2 слова

3) более 15 слов

4) 20 слов

8. Активный словарь к 3 годам составляет не менее

1) 2000 слов

2) 1000-1500 слов

3) 500 слов

4) 3000 слов

9. Тахилалия характерна для заикания

1) неврозоподобного и смешанного

2) невротического

3) только неврозоподобного

4)только смешанного

10. Усиленная фиксация на речи типична для

1) Неврозоподобного заикания

2) Смешанного и невротического

3) Только мешанного

11. Раздуваните крыльев носа во время речи (симптом Фрешельса) характерно для

1) Неврозоподобного

2) Неврозоподобного и смешанного

3) Невротического заикания

4) Смешанного

12. Неожиданная смена ситуации резко ухудшает речь при

1) Неврозоподобном заикании

2) При невротическом и смешанном

3) неврозоподобном и смешанном

4) смешанном

13. Преобладание органических изменений на ЭЭГ, нередко с повышенной судорожной готовностью характерно для

1) невротического

2) Смешанного и неврозоподобного

3) невротического и смешанного

4) только невротического

14. Рецидивирующий тип течения заикания – это тип, при котором

1) отмечаются периодические колебания различной длительности то в сторону улучшения, то в сторону ухудшения речи, однако полного исчезновения заикания не наблюдается

2) наблюдается чередование периодов плавной речи с периодами заикания

3) характеризуется тенденцией заикания к ухудшению

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача1.*

Оля Т. 3,5 года.Жалобы на заикание, которое появилось 2 месяца назад. Анамнестически не выявляется патологии внутриутробного развития и родов. Физическое и психомоторное развитие ребенка протекало в пределах нормы. Первые слова появились до 1 года. Развернутыми фразами стала говорить к двум годам. До настоящего времени предпочитает пользоваться левой рукой во время еды. Мать девочки по национальности татарка, отец — русский. Дома общаются на русском языке. Два месяца назад в семью девочки приехал дедушка, который настоял на том, чтобы с девочкой начали говорить на татарском языке. Ребенок быстро запоминал новые слова и охотно использовал их в речевом общении с родственниками. Примерно через 1,5 месяца общения с использованием слов татарского языка мать заметила вначале редкие, а затем более частые судорожные запинки в речи ребенка.

1) Указать причины, способствующие заиканию.

 2) Тактика ведения данного ребенка.

*Задача 2.*

Таня, 4 года Жалобы матери при обращении: заикание, повышенная впечатлительность, снижение аппетита, ухудшение сна и усиление раздражительности после начала заикания. Анамнестические сведения: наследственность речевой патологией не отягощена. Беременность и роды протекали нормально. Период новорожденности — без патологии. До года девочка росла спокойной, ничем не болела. Отмечалось раннее моторное и речевое развитие: сидит с 4,5 мес., ходит с 9 мес., отдельные слова стала говорить к 11 мес., фразовая речь с 18 мес. Словарный запас пополнялся быстро, за короткий период времени стала употреблять в активной речи много слов, развернутые, грамматически оформленные фразы. В возрасте 2 г. 3 мес. заболела бронхитом в тяжелой форме и была стационирована в больницу, где много плакала, звала мать, отказывалась от пищи. Через 9 дней она была выписана из больницы домой, где родители сразу заметили в речи появление судорожных запинок. Девочка стала капризной, не засыпала одна, требовала ночью включить свет, плохо ела. Родители обратились за помощью к психоневрологу, который рекомендовал лекарства, снижающие возбудимость центральной нервной системы. Общее состояние улучшилось: девочка стала спокойнее, запинок в речи наблюдалось меньше. Заикание проявлялось главным образом в обстановке эмоциональной напряженности: при посещении поликлиники, разговоре с новыми лицами, ссорах между родителями и проч. Логопедические занятия начала посещать в 3 года Психическое состояние: девочка активна, легко вступает в контакт, с интересом относится к обследованию, подробно отвечает на вопросы и задает их сама. Речевое состояние: строение органов артикуляции правильное, движения в полном объеме. Все звуки, кроме “Р”, произносит правильно. Голос громкий. Темп речи ускоренный. Речевое дыхание напряженное, прерывистое. Заикание проявляется в виде легких запинок клонического типа главным образом в вопросно-ответной и спонтанной речи. Затруднено вступление в речь, по 2-3 раза повторяет начальный звук в слове. При эмоциональном возбуждении заикание значительно усиливается. В игре наедине с собой речь плавная, запинок не наблюдается. Интеллектуальное развитие соответствует возрастной норме. Во время занятий активна, внимательна, усидчива.

1. Указать форму заикания.
2. На основании каких критериев можно поставить данный диагноз.

*Задача 3.*

Дима , 3 года. Поступил с жалобами на отсутствие фразовой речи.

Отмечается ХВГП у матери во время беременности. Роды преждевременные на 34 неделе. По Апгар 6/7 баллов. Первые слова сказал в 1 год 2 мес., в 2 года говорил около 30 слов.

При осмотре речевая активность снижена: словарный запас мал (около 100 слов), фразовой речи нет. Запас знаний и представлений об окружающем мал и бессистемен. Не может показать цвета, основных животных. Неусидчив.

1. Поставьте диагноз
2. Что включает диагностика данной патологии.

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1)Возможные причины: леворукость, раннее речевое развитие, полиглоссия. В данном случае основная причина - полиглоссия: одновременное овладение в раннем возрасте разными языками вызывает заикание обычно на каком-нибудь одном языке.

2)Необходимо в данном возрасте использовать один язык.

*Задача 2.*

1) Невротическая форма заикания.

2) Критерии: неотягощенный перинатальный анамнез, наличие развернутой фразовой речи до появления нарушения, преимущественно психогенное начало речевой патологии, большая зависимость степени судорожных запинок от эмоционального состояния заикающегося и условий речевого общения, возможность плавной речи при определенных условиях (речь наедине с собой, в условиях эмоционального комфорта, при отвлечении активного внимания от процесса говорения и пр.).

*Задача 3.*

1. Задержка речевого развития, сочетающаяся с задержкой интеллектуального развития
2. Диагностика включает: осмотр врача-невролога, логопедическое обследование, патопсихологическое исследование, электроэнцефалография; по показаниям: прием врача-сурдолога, прием врача-психиатра, аудиография, МРТ головного мозга.

**Тема 5.** Синдром мышечной гипотонии у детей.

**Формы текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, защита рефератов, тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

***Вопросы для устного опроса:***

1.Синдром мышечной гипотонии центрального уровня.

2. Синдром мышечной гипотонии периферического уровня.

3. Пробы на мышечную гипотонию.

4. Спинальные мышечные атрофии.

5. Врожденные структурные миопатии.

6. Врожденные мышечные дистрофии.

7. Метаболические миопатии с младенческим дебютом

8. Прогрессирующие мышечные дистрофии.

9. Диагностика синдрома мышечной гипотонии у детей

10. Лечение синдрома мышечной гипотонии

***Темы для рефератов:***

1. Врожденные структурные миопатии.
2. Метаболические миопатии с младенческим дебютом
3. Спинальные мышечные атрофии.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

1. Какой симптом из нижеприведенных исключает спинальный уровень мышечной гипотонии у ребенка 6 мес.

1) выраженный асимметричный шейный тонический рефлекс

2) нарушение функции тазовых органов

3) проводниковые нарушения чувствительности

4)вялый парез в ногах и спастический в руках

2. Врожденные структурные миопатии манифестируют в большинстве случаев

1) в первые месяцы жизни

2) на 3-м году жизни

3) в 10-20 лет

4) после 20 лет.

3. Креатинфосфокиназа (КФК) — фермент, участвующий в реакциях энергообразования и содержащийся в наибольшем количестве

1) в сердечной и скелетной мускулатуре

2) в мускулатуре кишечника

3) в соединительной ткани

4) в сердечной мышце

4. Для миатонии Томсена не характерно:

1) миатоническая реакция мышц

2) гипертрофия мышц шеи, ног, плечевого пояса

3) атрофии мышц лица, туловища, конечностей

4) отсутствие снижения интеллекта

5.Какой симптом из нижеприведенных исключает невральный уровень мышечной гипотонии у ребенка 11 мес.

1) дистальная атрофия;

2) гипорефлексия;

3) дистальное нарушение чувствительности;

4) атаксия;

5) наличие рефлекса Бабинского

6.Поражение эндокринной системы наиболее часто встречается у больных с

1) миатоническими заболеваниями

2) прогрессирующими мышечными дистрофиями

3) спинальными амиотрофиями

4) структурными миопатиями

 7.К Х-сцепленным миодистрофиям не относится:

1)Миодистрофия Беккера

2)Миодистрофия Эрба

3)Миодистрофия Дюшенна

4)Миодистрофия Лейдена – Мебиуса

5)Миодистрофия Эмери-Дрейфуса

8.Наличие миодистрофии в клинической картине заболевания характерно для

1) структурных миопатий

2) спинальных амиотрофий

3)наследственных нейропатий

4) прогрессирующих мышечных дистрофий

9.Поражение эндокринной системы часто встречается у больных с

1) Миотоническими заболеваниями

2) Прогрессирующими мышечными дистрофиями

3) Спинальными амиотрофиями

4) Наследственными нейропатиями

10.Для ПМД Эмери – Дрейфуса не характерно:

1) локализация мышечных атрофий преимущественно в трехглавой и двуглавой мышцах плеча, мышцах тазового пояса, бедер и перонеальной группы

2) атрофии мышц лица, плечевого пояса и передней группы мышц голени

3) медленно-прогрессирующее течение

4) наличие сгибательных контрактур в локтевых суставах, ретракции пяточных сухожилий, тугоподвижности в шейном отделе позвоночника

11.Спинальная мышечная атрофия II типа имеет начало в возрасте

1) 6-18 мес.

2) до 6 мес.

3) >18 мес.

4) 30-40 лет

12. Болезнь центрального стержня относится к группе

1) структурных миопатий

2) прогрессирующих мышечных дистрофий

3) спинальных амиотрофий

4) миотоний

13.Черепно-лицевые дисморфии характерны для больных с

1) прогрессирующими мышечными дистрофиями

2) спинальными амиотрофиями

3) структурными миопатиями

4)наследственными нейропатиями

14.Первичные метаболические миопатии обусловлены

1) наследственным нарушением обмена

2) возникают вследствие соматических и эндокринных заболеваний, транзиторных метаболических расстройств.

3) возникают вследствие интоксикации

4) возникают вследствие эндокринных заболеваний

**15.К нейроэндокринным нарушениям,** протекающим с гипотонией мышц, задержкой психомоторного развития на первом году жизни, относятся

1) фенилкетонурия

2) гипотиреоз и синдром Лоуренса — Муна — Барде — Бидля

3) Метилмалоновая ацидопатия

4) Врожденная миотоническая дистрофия

**16.Синдром мышечной гипотонии** характеризуется

1) снижением спонтанной и произвольной двигательной активности  ребенка, снижение сопротивления пассивным движениям и увеличением их объема

2) двигательной активностью и тонусом соответственно возрасту ребенка

3) проходящим повышение мышечного тонуса то в сгибателях, то в разгибателях

4) увеличением сопротивления пассивным движениям, ограничением спонтанной и произвольной двигательной активности

***Типовые ситуационные задачи:***

*Задача 1.*

Убольной М., с первых дней рождения отмечается выраженная гипотония, снижение двигательной активности, арефлексия. Во время беременности мать девочки обращала внимание вялое шевеление плода.

1. Указать предварительный клинический диагноз
2. Синдром «вялый ребенок» является показанием к дифференциальной диагностике между какими заболеваниями?
3. Лечение

*Задача 2.*

Больная С., 9 мес., поступила с жалобами (со стороны родителей) на задержку моторного развития. С рождения отмечались выраженная мышечная слабость, сниженная двигательная активность. Сосание вялое. В возрасте 6 мес. перенесла пневмонию. По мере роста четко очерчивалась задержка моторного развития: плохо удерживала голову, не переворачивалась.

 При осмотре: Ребенок не сидит, не переворачивается. Определяется черепно-лицевая дисморфия (высокое готическое небо, удлиненное лицо, выступающий подбородок) и выраженная мышечная слабость. Спонтанная двигательная активность низкая. Девочка вялая, поза «лягушки». Мышцы диффузно гипотрофированы, дряблые. Выявляется диффузная мышечная гипотония. Лицо гипомимично. Сухожильные рефлексы: коленные и ахилловы отсутствуют, с 2-х главых и 3-х главых мышц снижены. Психоэмоциональное развитие-по возрасту.

1)Указать предварительный клинический диагноз

2)Какой метод обследования является наиболее информативным в диагностике: а) структурных миопатий,

в) спинальных амиотрофий.

*Задача 3.*

У мальчика на 2-м году жизни выявлены мышечная слабость и атрофии мышц лица, лопаток, плеч, бедер. ЭМГ-ритм «частокола», фасцикуляции. КФК-160 Е/л.

1)Поставьте диагноз.

2)Укажите уровень поражения.

3) Вопросы профилактики данной патологии.

*Задача 4.*

У мальчика 8 мес. с двигательными нарушениями отмечается с рождения респираторный дистресс, снижение мышечного тонуса, арефлексия, синдром «валика», катаракта, гиперсомния. КФК 190 ЕД/л, глюкоза 9 ммоль/л. ЭКГ: Нарушение сердечного ритма и проводимости.

1)Поставьте предположительный диагноз.

2) На основании каких симптомов был заподозрен данный диагноз?

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи***

*Задача 1.*

1) Спинальная амиотрофия I типа.

2) Необходимо дифференцировать от перинатальной патологии, врожденной миотонической дистрофии, врожденной структурной миопатии.

3) Спинальная амиотрофия является показанием для госпитализации при первичной диагностике, ухудшении состояния пациента с возникновением расстройств дыхания, необходимости проведения повторного курса лечения (2 раза в год). Пока эффективного лечения СМА не существует. Терапия направлена на стимуляцию проведения нервных импульсов, усиление периферического кровообращения и поддержание энергетического обмена в мышечной ткани. Применяют антихолинэстеразные фармпрепараты (сангвинарин, амбенония хлорид, неостигмин); средства, улучшающие энергетический метаболизм (коэнзим Q10, L-карнитин); витамины гр. В; препараты, симулирующие работу ЦНС (пирацетам, кислота гамма-аминомасляная).

Наряду с курсами медикаментозного лечения пациентам рекомендован [массаж](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/massage/) и физиотерапевтические процедуры. Развитие [контрактур суставов](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/joint-contractures) и деформаций скелета является показанием для консультации [ортопеда](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-traumatology/orthopedist) с решением вопроса об использовании специальных адаптивных ортопедических конструкций.

*Задача 2.*

1)Структурная миопатия

2)В диагностике структурных миопатий наиболее информативна биопсия мышц, спинальных амиотрофий - исследование SMN гена.

*Задача 3.*

1)Скапулоперониальная спинальная мышечная атрофия.

2) Мотонейроны передних рогов спинного мозга.

3) В России возможно проведение прямой и косвенной ДНК-диагностики, что резко снижает риск повторного рождения больного ребенка в семье.

*Задача 4.*

1)Врожденная миотоническая дистрофия Штейнерта

2) При миотонической дистрофии имеет место сочетание миотонического и миопатического симптомокомплексов в сочетании с эндокринными нарушениями и патологией сердечно-сосудистой системы.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: 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, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Неврология» проводится в форме недифференцированного зачета по зачетным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий по решению ситуационных задач:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1)Периоды детского возраста.

2)Морфологические аспекты онтогенеза нервной системы.

3)Биомеханика двигательного развития ребенка первого года жизни.

4)Нейрохимические аспекты онтогенеза нервной системы.

5)Развитие чувствительности.

6)Концепция возрастных кризов.

7)Оценка неврологического статуса ребенка первого года жизни. Оценочные шкалы. Шкала Гриффитс.

8)Моторное и психоречевое развитие 3-х летнего ребенка.

9)Моторное и психоречевое развитие 5 летнего ребенка.

10)Моторное и психоречевое развитие годовалого ребенка.

11)Моторное и психоречевое развитие 7 летнего ребенка.

12) Распространенность и причины возникновения врожденных пороков ЦНС.

13)Врожденные пороки развития конечного мозга.

14)Вопросы клиники и диагностики пороков развития мозжечка.

15)Вопросы киники и диагностики пороков развития спинного мозга.

16)Пороки развития обонятельного анализатора.

17)Факторы риска развития ДЦП

18)История изучения ДЦП

19)Классификация детского церебрального паралича.

 20)Характеристика форм ДЦП.

 21)Диагностика ДЦП.

 22) Лечение и прогноз ДЦП.

 23)Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных.

 24) Гипоксическое поражение центральной нервной системы, патогенез.

 25)Травматические повреждения нервной системы.

 26)Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения функций ЦНС.

 27) Поражения ЦНС при инфекционных заболеваниях перинатального периода.

 28)Синдромы восстановительного периода последствий перинатального поражения ЦНС.

 29)Методы диагностики перинатальных поражений ЦНС.

 30) Лечение перинатальных поражений ЦНС.

 31)Функция речи. Факторы риска речевых расстройств.

 32) Классификация Л.О. Бадаляна по патогенетическому признаку.

 33)Клинико-педагогическая классификация (Волкова Л.С.); психолого-педагогическая классификация

 34) МКБ 10

 35) Диагностика речевых расстройств.

 36)Формы заикания, клиническая характеристика и дифференциальная диагностика.

 37)Течения заикания.

 38) Лечение заикания.

. 39)Синдром мышечной гипотонии центрального уровня.

 40) Синдром мышечной гипотонии периферического уровня.

 41) Пробы на мышечную гипотонию.

 42) Спинальные мышечные атрофии.

 43) Врожденные структурные миопатии.

 44) Врожденные мышечные дистрофии.

 45) Метаболические миопатии с младенческим дебютом

 46) Прогрессирующие мышечные дистрофии.

 47) Диагностика синдрома мышечной гипотонии у детей

 48) Лечение синдрома мышечной гипотонии

***Типовые ситуационные задачи для проверки***

***сформированных умений и навыков:***

***Задача 1***. Больная М**.**, 4 года, поступила с жалобами на задержку моторного развития: самостоятельно не ходит, плохо сидит; отсутствие самостоятельности при выполнении определенных бытовых навыков: самостоятельно не ест ложкой, не одевается.

Из анамнеза известно: ребенок от Iбеременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, ХФПН, ГДН-II ст. Роды I преждевременные быстрые в 28-29 недель беременности, дискоординация родовой деятельности, смешанное ягодичное предлежание (пособие по Цовьянову), запрокидывание правой руки (пособие по Марисо-Левре), абсолютная короткость пуповины (40 см). рождена по шкале Апгар 4/5 баллов, масса при рождении 1310 г, длина – 41 см, окр.гол.- 27см, окр.гр. – 24см. Состояние при рождении очень тяжелое за счет ДН, глубокой незрелости, неврологической симптоматики. Через 15 минут переведена в ДРО, проведено лечение: ИВЛ (105 часов).

При поступлении состояние удовлетворительное. Речь дизартричная, односложная.

**В неврологическом статусе:** голова округлой формы, ОГ=50см. Отмечается легкая асимметрия носогубных складок, чуть опущен левый угол рта. Флексорный гипертонус в верхних конечностях по модифицированной шкале Ашфорта D- 1+ балл, S- 1 балл. Гипертонус в заднемедиальной группе мышц бедер D- 1+ балл, S- 2 балла. Гипертонус в задней группе мышц голеней D- 2 балла, S-3 балла. Объем активных и пассивных движений ограничен с акцентом на ноги. Ходит у опоры, опора на передние отделы стоп, ползает не реципрокно, сидит с согнутыми и ротированными внутрь бедрами и коленями. Сухожильные рефлексы с рук и ног D=S. Рефлекс Бабинского с 2-х сторон положительный. Навыки опрятности не сформированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите уровень развития моторики.
3. Назначьте лечение.

***Задача 2***. Больной Б., 7 лет, поступил с жалобами на мышечную слабость в руках и ногах, отсутствие самостоятельной ходьбы.

Из анамнеза известно, что ребенок от II беременности, 2-х срочных родов. Беременность протекала на фоне отёков, ХВГП. Масса при рождении – 3470г, длина тела – 51см. Оценка по шкале Апгар – 8 б. Диагноз при рождении: Риск ГБН по АВО-системе. На 1-м году жизни развивался соответственно возрасту. В 1 год 4 мес. появились жалобы на нарушение походки, плохое вставание из положения сидя и лёжа.

Лаборатория ДНК-диагностики ГУ Медико-генетического научного центра РАМН. Заключение: Проведён поиск делеции 7-8 экзонов гена SMN в гомозиготном состоянии. Диагноз SMA молекулярно-генетическими методами подтверждён. ЭМГ. Заключение: Электрофизиологическая характеристика электрической активности исследуемых мышц с рук и ног свидетельствует о диффузном поражении рук и ног с большей заинтересованностью справа в виде синхронных фасцикуляций на фоне редуцированной ЭМГ со снижением амплитуды. 2 тип ЭМГ. Данные изменения характерны для поражения передних рогов спинного мозга, в сочетании с первично-мышечным компонентом.

При поступлении состояние удовлетворительное.

В неврологическом статусе: ОГ 54 см Глазные щели D=S, фотореакции N. Глазодвижение в полном объеме. Лицо симметрично, язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Мышечная сила в руках: проксимальные отделы на 3 балла, дистальные отделы на 2 балла. Мышечная сила в ногах: проксимальные отделы – приведение, отведение ног на 3 балла, поднимание ног на 1 балл; сила в дистальных отделах ног на 2 балла. Плосковальгусная деформация стоп. Ходит с поддержкой, опираясь на передневнутренние отделы стоп. Карпорадиальные рефлексы D=S,снижены. Бицепс -, трицепс-рефлексы abs. Сухожильные рефлексы с ног abs. Брюшные рефлексы D=S, N. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Пальце-носовую пробу выполняет. Вегетативных расстройств нет.

1)Укажите диагноз

2)Наиболее информативный метод диагностики данной патологии

3)Прогноз

*Задача 3*. Больной Б., 5 мес,

На осмотре отмечается: Голова округлой формы. ОГ 41 см, БР 1,5х1,5 см, не выбухает, края плотные. Движения глазных яблок в полном обьеме. За предметом следит. Нистагма нет. Носогубные складки симметричные. Глотание не нарушено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония, умеренно выраженная. Снижена опора на ножки. При пробе на тракцию голову запрокидывает назад, руки вытянуты. Проприоцептивные рефлексы с рук и ног D=S, оживлены. Патологических знаков нет.

 Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии, многоводия, I преждевременных родов на 36 нед, по Апгар 7/8 баллов; билирубин 230 ммоль/ л; НСГ: гипоксические изменения, незрелость.

1)Какой синдром имеет место.

2)Укажите генез синдрома.

3)Лечение.

*Задача 4*.

Больной Н., 9 лет, поступил с жалобами на нарушение функции ходьбы, трудности при подъёме по лестнице, при вставании, быструю утомляемость;

Анамнез жизни: Ребёнок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания во второй половине, II срочных родов. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Вес при рождении – 3742 г, рост – 52 см. DS при рождении – гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Синдром дисадаптации. Развивался с легкой задержкой: голову держит с 2 мес, сидит с 7 мес, ходит с 1г 7мес. Наследственность не отягощена. В возрасте 3-х лет заметили нарушение походки

При поступлении состояние удовлетворительное.

В неврологическом статусе: Сознание ясное. Голова округлой формы, ОГ 52см. Глазные щели, зрачки D=S, движение глазных яблок в полном объёме, конвергенция снижена, сходящееся косоглазие. Гипомимия лица. Сглажена левая носогубная складка. Язык – по средней линии. Глотание не нарушено. Отмечается псевдогипертрофия жевательных мышц, дельтовидной, лопаточной мышц, икроножных мышц. Мышечная гипотония в проксимальных отделах рук и ног, в дистальных отделах нижних конечностей – дистония. Выражен поясничный лордоз. Отмечается уменьшение объёма движений в плечевых, тазобедренных и коленных суставах за счёт снижения силы, а в голеностопных суставах объём движений ограничен за счёт контрактур. Мышечная сила в проксимальных и дистальных отделах верхних конечностей – 3 балла, в проксимальных отделах нижних конечностей – 1 балл, в дистальных отделах – 1-2 балла. Сухожильные рефлексы с рук и ног не вызываются. Патологических стопных знаков нет. Нарушений чувствительности не показывает. В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую пробу выполняет уверенно. Походка «утиная», с опорой на передне-наружные отделы стоп. При вставании отмечается миопатический подъём.

1. Поставьте диагноз
2. Диагностика.

***Эталоны ответов на типовые ситуационные задачи:***

**Задача 1.**

1) Детский церебральный паралич, спастическая диплегия. Степень двигательной активности по шкале GMFCS – IIIуровень. Спастико-паретическая дизартрия.

2) Степень двигательной активности по шкале GMFCS – IIIуровень.

3) Лечение ДЦП должно быть комплексным. В данном случае показано: лечебный массаж спины, расслабляющий верхних и нижних конечностей. Лечебная гимнастика – общеразвивающие, упражнения на укрепление мышц спины, расслабление мышц и разработку суставов нижних конечностей.занятия в костюме «Атлант», электрофорез с эуфиллином и папаверином на нижний грудной отдел и область икроножных мышц. Коррекционные занятия с психологом, логопедом, ноотропы курсами.

**Задача 2.**

1)Спинальная амиотрофия II типа

2)Исследование SMN гена

3)Прогноз неблагоприятный

**Задача 3.**

1)Синдром вялого ребенка

2) Центрального генеза в связи с перинатальным поражением ЦНС.

3)Массаж , пассивная гимнастика, витаминотерапия, ноотропы per os.

**Задача 4.**

1)Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена

2) ЭМГ, исследование КФК крови, ЭКГ, ЭХО-КС, ДНК-диагностика, патопсихологическое исследование.

Образец зачётного билета

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.42 Детская неврология*

дисциплина Неврология

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

1. Синдром мышечной гипотонии центрального уровня.

2. Моторное и психо-речевое развитие 5 летнего ребенка.

II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Выполнение практического задания - решение ситуационной задачи:

Больной Т., 13 лет, поступил в отделение психоневрологии с жалобами на изменение походки, быструю утомляемость при ходьбе и подъеме на лестницу, боли в ногах. Первые симптомы заболевания появились в 9 лет. При осмотре отмечается снижение мышечного тонуса и мышечной силы в проксимальных отделах нижних конечностей. Отмечаются гипотрофии мышц тазового пояса и бедер, легкие псевдогипертрофии икроножных мышц. Сухожильные рефлексы: с двуглавой и трехглавой мышц плеча D = S, коленные и ахилловы снижены D = S. Подъем лесенкой. Походка по типу «утиной».

1)Предположительный диагноз.

2) Методы обследования.

3) Основные симптомы, встречающиеся при мышечных дистрофиях.

4). С чем связана «утиная походка», хромота Тренделенбурга.

Заведующий кафедрой

клинической медицины (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на (зачете) промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу и синтезу. | Знатьэтиологию и патогенез заболеваний и состояний, принципы их профилактики, диагностики и лечения;критерии эффективности лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения. | вопросы № 1-79 |
| Уметьанализировать полученную информацию в процессе профессиональной деятельности | практические задания № 1-56 |
| Владетьформированием заключений и выводов на основе полученной информации в процессе профессиональной деятельности | практические задания № 1-56 |
| 2 | УК -2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия. | Знать - требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю ординатуры | вопросы № 80-88 |
| Уметь - соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда, осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом. | практические задачи № 1-3 |
| Владеть - навыком контроля выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом, навыком обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, навыком соблюдения правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда | практические задачи №4-6 |
|  | УК-3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. | Знать - основы педагогической деятельности в разноуровневом медицинском и фармацевтическом образовании в соответствии с нормативной базой. Основные современные педагогические принципы и методы обучения и воспитания.  | вопросы № 89-90 |
| Уметь - применять знания педагогических методов и технологий в профессиональной деятельности,планировать и проводить занятия с учащимися разных возрастных категорий; формулировать цели занятия, подбирать формы контроля | практические задачи № 7-8 |
| Владеть - навыками педагогического общения с пациентами и коллегами, | практическая задача № 9 |
| 4 | ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление их причин и условий возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. | Знать -факторы риска, этиологию и патогенез хронических неинфекционных заболеваний | вопросы № 2, 3, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 18, 19,24, 26,27, 28, 30,32, 37,39,41, 43, 44, 45,46,47,48,50,52,54,56,57,58,59,60,64, 65,66, 70-79 |
| Уметьвыявлять основные факторы риска развития хронических заболеваний нервной системы. | практические задания № 2,3,4,5,6,8,9,10,11,12, 13, 28,29,32,48,53 |
|  | Владетьметодами профилактики и ранней диагностики неврологических заболеваний и патологических состояний | практические задания № 4,5,14,15,17-20, 21,22,23,25,26,27,30,32,39,46,48,52. |
| 5 | ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Знатьпорядки проведения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения и критерии его эффективности | вопросы № 1, 2,3, 22,27,39, 43,46,48,54,59,63 |
| Уметьприменять клинико-диагностические методы при проведении диспансеризации взрослого населения | практические задания № 2,31-36 |
| Владетьметодами диагностической и лечебной оценки в процессе диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неврологическими заболеваниями | практические задания № 7-13,14-27,30,39 |
| 6 | ПК – 3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Знать - принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней; -принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; -вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях | вопросы № 68-74 |
| Уметь - организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; | практические задания: № 28,29,38 |
| Владеть - навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней | практические задания:№ 32,37 |
| 7 | ПК -4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков. | Знать - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; -статистику состояния здоровья населения; -критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; | вопросы № 1-79 |
| Уметь - применять методики изучения состояния здоровья населения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции. | практические задания:№ 29, 32-37 |
| Владеть - навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; -методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; -методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды | практические задания: № 29, 32-37 |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания № 1-27,30,38,39,46,48 |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания № 1-27,30,38,39,41-53 |
| Уметьопределять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания № 29,31,32,33-35,40-52 |
| Владетьметодами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания № 29,31,32,33-35,40-52 |
| 8 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьклассификацию основных неврологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 12-20, 23-28, 32-37, 39-47 |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания: 1-5 |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания: 1-5 |
| 9 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи | Знатьметоды лечения и алгоритмы ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при неврологических заболеваниях | вопросы №22, 30, 38, 48. |
| Уметьопределять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания: 2-5 |
| Владетьметодами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания: 2-5 |
| 1 | ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знатьклассификацию основных неврологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, методы их диагностики и диагностические критерии. | вопросы № 12-20, 23-28, 32-37, 39-47 |
| Уметьопределять патологические изменения при использовании диагностических методов исследования | практические задания: 1-5 |
| Владетьметодами оценки патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | практические задания: 1-5 |
| 2 | ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи | Знатьметоды лечения и алгоритмы ведения пациентов на основе клинических рекомендаций (протоколов ведения), порядков и стандартов медицинской помощи при неврологических заболеваниях | вопросы №22, 30, 38, 48. |
| Уметьопределять методы лечения и тактику ведения на основе установленной патологии. | практические задания: 2-5 |
| Владетьметодами оценки эффективности лечебных мероприятий | практические задания: 2-5 |
| 10. | ПК-7. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | Знать - принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней; -принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; -вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; -вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях | вопросы № 91-92 |
| Уметь - -организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней; -планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями в условиях ЧС; -организовать иммунопрофилактику населения при эпид. неблагополучии; -проводить статистический анализ; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, | практические задачи: № 10-11 |
| Владеть - навыками работы с нормативно-правовыми документами; -навыками планирования и организации мероприятий при ЧС; -навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных и медицинских мероприятий в очагах инфекционных болезней и ЧС; | практические задачи:№ 10-11 |
| 11 | ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Знатьосновы реабилитации и санаторно-курортного лечения  | вопросы № 7,14,17,21,23,27, 29, 31,35,39, 43,46,59 |
| Уметьустановить показания и противопоказания для проведения реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения | практические задания № 33-35 |
| Владетьметодами оценки эффективности реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения | практические задания № 33-35 |
| 12 | ПК-9: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Знатьфакторы риска развития неврологических заболеваний и их осложнений и принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. | вопросы № 2,3,14,17,20,21,23,27,29,39,50,52,54,56-66,70-79 |
| Уметьустанавливать факторы риска и патологические изменения как основу мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. | практические задания № 2,3,4,5,6,8,9,10,11,12, 13, 28,29,32,48,53 |
| Владетьнавыками оценки факторов риска и патологических изменений. | практические задания № 4,5,14,15,17-20, 21,22,23,25,26,27,30,32,39,46,48,52. |
| 13 | ПК -10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях. | Знать общие вопросы организации медицинской помощи населению, порядок оказания медицинской помощи по профилю обучения в ординатуре, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи стандарты медицинской помощи, порядки организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, принципы и порядок организации диспансерного наблюдения, порядок оказания паллиативной медицинской помощи при неизлечимых прогрессирующих заболеваниях и состояниях, нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность медицинских организаций и медицинских работников, в том числе в сфере назначения, выписывания и хранения наркотических средств и психотропных веществ | Вопрос №93-99 |
| Уметь разрабатывать маршрутизацию пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну | практические задачи:№12-13 |
| Владеть - навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; -методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; -методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды; -методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; -методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ; -навыками проведения экспертизы трудоспособности | практические задачи:№12-13 |
| 14 | ПК -11. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях. | Знать - нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, порядок оформления медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации, правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, в том числе в форме электронного документа, правила работы в информационных системах в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» | вопросы № 100-114 |
| Уметь - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, для прохождения медико-социальной экспертизы, определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, заполнять медицинскую документацию, контролировать качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа, использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» | практическая задача:№14 |
| Владеть -навыком проведения экспертизы временной нетрудоспособности и участия в экспертизе временной нетрудоспособности, осуществляемой врачебной комиссией медицинской организации, навыком оформления необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, навыком направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы, навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа | практическая задача: №15 |
| 15 | ПК -12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. | Знать алгоритмы оказания первой врачебной помощи пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; основы организации медицинской эвакуации | вопросы № 115, 116, 117, 118 |
| Уметь оказывать первую врачебную помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; Участвовать в организации санитарно-противоэпидемической помощи населению и медицинской эвакуации в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях | практические задачи: № 16, 17, 18, 21 |
| Владеть навыками организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, чрезвычайных ситуациях и при катастрофах в мирное и военное время | практические задачи:№ 19, 20  |