

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАУЛЬТЕТ

Оценочные материалы

по дисциплине

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Специальность **31.05.02 Педиатрия**

2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК 1	обследование детей с целью установления диагноза

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК 1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа:	75 с эталонами ответов, в т.ч.
	Ситуационные задачи	25 с эталонами ответов
	Вопросы для собеседования	40 с эталонами ответов
	Задания на дополнения	10 с эталонами ответов

ПК 1

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Ребенок может переворачиваться со спины на живот с возраста (в месяцах):

1. 8,5 мес.
2. 7 мес.
3. 8 мес.
4. 6 мес.

Эталон ответа: 4. 6 мес.

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ребенок может недолго удерживать голову, находясь в вертикальном положении, в возрасте (в месяцах):

1. 4 мес.
2. 3 мес.
3. 3,5 мес.
4. 2 мес.

Эталон ответа: 4. 2 мес.

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Факторы риска формирования ППЦНС:

1. Связанные с соматическим здоровьем матери

2. Связанные с состоянием гинекологической сферы матери
 3. Связанные с течением родов
 4. Все перечисленные
- Эталон ответа:** 4. Все перечисленные

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ведущее место среди причин перинатальных поражений мозга занимает:

1. Внутриутробная гипоксия
2. Внутриутробная и интранатальная гипоксия плода
3. Инфекционные поражения нервной системы
4. Токсико-метаболические поражения нервной системы

Эталон ответа: 2. Внутриутробная и интранатальная гипоксия плода

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Факторы, обуславливающие перинатальное поражение ЦНС:

1. Механическая травматизация в процессе родов
2. Мутация по 21 хромосоме
3. Неправильный образ жизни матери при беременности
4. Постанатальная гипоксия

Эталон ответа: 1. Механическая травматизация в процессе родов

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Различают следующие формы тяжести ППЦНС:

1. Легкая, среднетяжелая, тяжелая, тяжелейшая
2. Легкая, среднетяжелая, тяжелая
3. Компенсированная, легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая
4. Компенсированная, суб- и декомпенсированная

Эталон ответа: 2. Легкая, среднетяжелая, тяжелая

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой из указанных симптомов у ребенка не является показателем синдрома невнимательности:

1. Не способен сосредоточить внимание на деталях
2. Спит "на ходу"
3. Часто теряет вещи
4. Легко отвлекается на постоянный стимулы

Эталон ответа: 1. Не способен сосредоточить внимание на деталях

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В каком возрасте появляются симптомы ММД:

1. До 7 лет
2. До 8-10 лет
3. До 11-15 лет

Эталон ответа: 1. До 7 лет

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Этиологический фактор развития дисциркуляторной энцефалопатии:

1. Инфекционный
2. Артериальная гипертензия или гипотензия
3. Аллергический
4. Гипогликемия

Эталон ответа: 2. Артериальная гипертензия или гипотензия

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Менингеальные симптомы возникают в результате:

1. Раздражения спинномозговых корешков и сдавления проводящих путей спинного мозга;
2. Повышения ликворного давления и периневрального отека;

3. Воспаления, раздражения, отека оболочек мозга и корешков черепных и спинномозговых нервов;
 4. Воспаления и отека нервных стволов
- Эталон ответа:** 3. Воспаления, раздражения, отека оболочек мозга и корешков черепных и спинномозговых нервов;

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К менингеальным симптомам у новорожденных детей не относится:

1. Выбухание большого родничка;
2. Симптом подвешивания Лессажа;
3. Повышенный тонус затылочных мышц.

Эталон ответа: 3. Повышенный тонус затылочных мышц.

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Акушерскими факторами, предрасполагающими к развитию раннего менингита у новорожденных, являются:

1. Осложнения во время беременности (презкламсия, кровотечения) и родов;
2. Инфекции матери;
3. Хорионамнионит;
4. Все ответы верны;

Эталон ответа: 4. Все ответы верны;

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гнойный менингит у новорожденных детей чаще вызывается:

1. Кишечной палочкой;
2. Пневмококком;
3. Стапилококком;
4. Менингококком;

Эталон ответа: 1. Кишечной палочкой;

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиться в результате:

1. Дегидратации;
2. Метаболических нарушений (гипогликемии, гипокальциемии, гипомагниемии);
3. Органического поражения ЦНС;
4. Нейроинфекции;
5. Все ответы верны.

Эталон ответа: 5. Все ответы верны

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. Острое начало заболевания с повышением температуры;
2. Острое начало заболевания с менингеальным синдромом;
3. Изменения ЦСЖ;
4. Признаки застоя на глазном дне

Эталон ответа: 3. Изменения ЦСЖ;

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

У новорожденного ребенка вариантом нормы следует считать следующий состав ЦСЖ:

1. Белок 0,33 г/л, клеток 0–10, глюкоза 2,2 ммоль/л;
2. Белок 1,5 г/л, клеток 30–50, глюкоза 0,8 ммоль/л;
3. Белок 2,0 г/л, клеток 500, глюкоза 1,1 ммоль/л.

Эталон ответа: 1. Белок 0,33 г/л, клеток 0–10, глюкоза 2,2 ммоль/л;

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для внутриутробной инфекции плода характерно:

1. Наличие инфекционно-воспалительного процесса у матери;
2. Крупная масса тела при рождении;
3. Полицитемический синдром;
4. Конъюгационная желтуха.

Эталон ответа: 1. Наличие инфекционно-воспалительного процесса у матери

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Внутриутробная инфекция
2. Метаболические нарушения
3. Внутриутробная гипоксия или асфиксия
4. Травма беременной женщины
5. Аллергия беременной женщины

Эталон ответа: 3. Внутриутробная гипоксия или асфиксия

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Признаком внутричерепной гипертензии является

1. Расхождение швов
2. Выбухание родничков
3. Крупноразмащистый тремор
4. Судороги

Эталон ответа: 4. Судороги

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К очаговым признакам поражения ЦНС у новорожденных относится

1. Рефлекс МОРО
2. Симптом Бабинского
3. Симптом Кернига
4. Симптом Грефе

Эталон ответа: 4. Симптом Грефе

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К клиническим проявлениям гипопаратиреоза у новорожденного ребенка в неонатальном периоде относят:

1. Большой язык, приоткрытый рот
2. Гиперрефлексию
3. Выраженное угнетение
4. Генерализованные плотные отеки

Эталон ответа: 2. Гиперрефлексию

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гидроцефалия характеризуется:

1. Чрезмерным накоплением в вентрикулярной системе или в субарахноидальном пространстве ликвор
2. Атрофией вещества головного мозга
3. Незрелостью и нарушением архитектоники коры головного мозга
4. Дефектами костей черепа округлой формы

Эталон ответа: 1. Чрезмерным накоплением в вентрикулярной системе или в субарахноидальном пространстве ликвор

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Прогностически неблагоприятным для нормального психомоторного развития недоношенного ребенка является:

1. Судорожный синдром
2. Стойкая мышечная гипотония
3. Выраженный синдром угнетения ЦНС
4. Все перечисленные

Эталон ответа: 4. Все перечисленные

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

. Электроэнцефалография – это:

1. Визуализация статичных структур головного мозга ребенка до 1 года
2. Измерение скорости кровотока по сосудам
3. Исследование электрической активности головного мозга
4. Рентгенологическое исследование головного мозга

Эталон ответа: 3. Исследование электрической активности головного мозга

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В структуре перинатальных поражений нервной системы преобладают:

1. Гипоксические
2. Дисметаболические
3. Инфекционные
4. Травматические

Эталон ответа: 1. Гипоксические

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий.

Ситуационные задачи (25)

Задание 1. Ситуационная задача. Мальчик, 2 месяца. На приеме у педиатра. Из анамнеза известно, что родился доношенным, от 2-й беременности, 1-х быстрых родов, масса тела при рождении – 4100г. Оценка по шкале Апгар -7/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки. На естественном вскармливании. Жалобы на срыгивания, не связанные с приемом пищи, повышенную двигательную активность, метеолабильность, беспокойный сон. Патологическая прибавка размеров окружности головы, более 2,5 см в течение каждого месяца, расхождение сагиттального и ламбдовидного швов более 3 см. При осмотре обращает внимание мраморность кожных покровов, экзофталм, сходящееся косоглазие, симптом Грефе. Мышечный гипертонус в руках и ногах. Сухожильные рефлексы оживлены в ногах. Данные нейросонографии: МПЩ – 7мм. Передние рога боковых желудочков – слева: 6 мм, справа – 7 мм. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущий синдром
3. Дайте рекомендации.

Эталон ответа:

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксического генеза, средней тяжести, ранний восстановительный период
2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
3. Контрольное исследование НСГ, контроль прироста окружности головы и груди, консультация офтальмолога (глазное дно). Консультация невролога. Диспансеризация. Госпитализация по показаниям. Консультация нейрохирурга по показаниям.

Задание 2. Ситуационная задача. Мальчик, 1 месяц. На приеме у педиатра. Из анамнеза известно, что родился недоношенным на 35 неделе, от первой беременности, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемия, масса тела при рождении – 2100 г. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5-е сутки. Находится нагрудном вскармливании. Жалобы на общее беспокойство, усиленную спонтанную двигательную активность, немотивированный плач, диссомнию. «Кишечных колик» нет. Оживление сухожильных рефлексов, повышен рефлекс Моро, мелкоамплитудный тремор в руках. НСГ в роддоме: признаки церебральной ишемии Iст.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного,
3. Выделите ведущие синдромы.

Эталон ответа:

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксического генеза, церебральная ишемия Iст., ранний восстановительный период. Недоношенность 35 недель.
2. Состояние удовлетворительное, возможно клинические симптомы со стороны ЦНС связаны с незрелостью структур мозга, ответственных за смену ритма «сон -бодрствование» на фоне легкой гипоксии.
3. Синдром повышенной нервно - рефлекторной возбудимости

Задание 3. Ситуационная задача. Ребенок С., 12 мес. На приеме у педиатра. Физическое развитие ребенка соответствует возрастному периоду, но есть жалобы на диссомнию, повышенную гиперактивность, плач по ночам, эмоциональную лабильность, тремор, вздрагивания, «закатывания» 2-3 раза в неделю. Окружность головы 46 см. Ходит самостоятельно, речь малоактивна. НСГ: расширение МПЩ - 6мм, III желудочек -6,5 мм. Ребенок родился доношенным, масса тела -3400 г. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Нейросонографические критерии субкомпенсации ликвородинамических расстройств наблюдались в течение первого года жизни.

Вопросы:

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

Эталон ответа:

1. Последствия ППЦНС, синдром ликвородинамических нарушений, респираторно – аффективные пароксизмы, синдром диссомнии.
2. Возможно формирование синдрома гиперактивногоребенка с дефицитом концентрации внимания.

Задание 4. Ситуационная задача. Родители 7-летнего мальчика обратились к врачу с жалобами на легкую отвлекаемость, забывчивость, постоянное беспокойство. Из анамнеза известно, что ребенок родился доношенным от женщины 33 лет, от 1-х своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Масса при рождении 3890 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние после рождения удовлетворительное, но через 5 часов после рождения ребенок беспокоен, не спит, двигательное возбуждение, мышечная гипотония $S < D$, брадикардия, апноэ. Ребенок находился на ИВЛ. Выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Травматическое поражение ЦНС, синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. На 1-ом году жизни находился на естественном вскармливании, прикормы вводились своевременно, но отмечались частые срыгивания, беспокойство. Наблюдался у

невролога, получал ноотропы, сосудистые препараты. Сидит с 7 мес., ходит с 12 мес., говорит с 2,5 лет. С 3-х лет отмечаются тики мимической мускулатуры, грызет ногти. С 5 лет стал невнимательным, несдержаным. Речевое развитие характеризуется тахилалией, дизлалией. В 7 лет ребенок пошел в школу, имеются трудности в обучении: не выполняет задания, не внимателен, отвлекается, есть трудности в правописании. Учитель порекомендовал обратиться к врачу.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

Этапон ответа:

- 1.ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
2. ЭЭГ нарушение а-ритма дизрегуляция а-ритма; генетическое исследование (определение мутации гена Ди рецепторов, гена Д2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина).

Задание 5. Ситуационная задача. Ребенок, 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от I беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (гемоглобин 98 г/л) во втором триместре. В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, родостимуляция окситоцином. Безводный период 10 часов. Масса при рождении 3300. Оценка по Апгар 6/8 баллов. При рождении состояние средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, трепет рук, подбородка. При поступлении состояние тяжелое, мраморность, акроцианоз. Крик монотонный, большой родничок 2х2 см, выбухает, открыт сагittalный шов. Положительный симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы вызываются, трепет рук. Нейросонография: сглажен рисунок борозд и извилин, желудочки мозга увеличены, умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы способствовали развитию патологии у ребенка?
3. Назначьте лечение.

Этапон ответа:

- 1.ППЦНС гипоксического генеза. Кровоизлияние.
- 2.Внутриутробная гипоксия.
- 3.Дренирование гематомы, коагулация, клипирование сосудов.

Задание 6. Ситуационная задача. Девочка Л., поступила в стационар в возрасте 10 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды в срок, слабость родовой деятельности, родостимуляция, безводный промежуток 10 часов, в родах затруднение выведения плечиков. Масса при рождении 4200, оценка по Апгар 7/8 баллов. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Окружность головы 37 см, большой родничок 2х2 см, не напряжен. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма «+», но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижен. Мышечный тонус в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в

пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы автоматической походки, ползания, защитный, спинальные – «+».

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Акушерский парез Дюшена-Эрба.

2. МРТ, УЗИ плечевого сустава и шейного отдела позвоночника, электронейромиография, допплерография сосудов спинного и головного мозга, рентген.

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

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз, оцените состояние больного, выделите ведущий синдром

Эталон ответа: Перинатальное поражение ЦНС, гипоксического генеза, средней тяжести, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Задание 8. Ситуационная задача. Ребенок К., 2-е сутки, мальчик, родился недоношенным в сроке 34 недели массой тела 2015 г, длиной тела 43 см. У женщины 1-я беременность, в 3-м триместре наблюдалась эклампсия, в родах — преждевременная отслойка плаценты и кровотечение. Проведено кесарево сечение. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов без признаков кардио-респираторных нарушений. С первых часов жизни находился в палате интенсивной терапии в инкубаторе. Отсутствие зависимости от кислорода. У ребенка непропорциональное телосложение: относительно большая голова и туловище, короткие ноги, низкое расположение пупка, ланugo, покрывающие плечи и спину, яички не опущены в мошонку. Отмечается гиподинамия, выраженная мышечная гипотония, гипорефлексия, слабый крик при раздражении, быстрое охлаждение при выносе из инкубатора на пеленальный столик и обогревании лампой лучистого тепла. Снижение оральных и спинальных рефлексов. Угнетение сосания и глотания. Не срыгивает. Других отклонений со стороны черепных нервов нет. Невыраженный акроцианоз. Дыхание в легких жесткое. Тоны сердца приглушенны, ритмичные. ЧСС — 138 уд. в 1 мин. ЧД — 42. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул — меконий. Диурез сохранен. Нейросонография: ишемия I — II ст. Гемограмма: эр — 3,5 x 1012/л, Нв — 162 г/л, лейк — 15,2 x109 /л, э — 2%, п — 24%, с — 40%, л — 29%, м — 5%.

Вопросы:

1. Определите степень недоношенности новорожденного.

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Предложите объем исследований.

Эталон ответа:

1. 2 степень недоношенности.

2. На фоне недоношенности предварительный диагноз: перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, ишемия первой ст., острый период, синдром угнетения.
3. Мониторинг: КОС, электролиты, уровень глюкозы в крови, биохимический анализ крови с определением мочевины или остаточного азота, белка, по показаниям определение трансаминаз.

Задание 9. Ситуационная задача. У женщины 29 лет родился мальчик от 1 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 3582 г, длина 52 см. Воды мекониальные. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок интубирован, проведена санация трахеи, получен меконий в небольшом количестве. Дыхание восстановилось, далее, учитывая умеренно выраженные дыхательные нарушения, требовал проведения респираторной поддержки.

Объективный статус: возраст ребенка – 2 часа жизни. ЧСС – 170 уд/мин. ЧД 77 в минуту, SpO₂ – 90-92 %. Состояние ребенка тяжелое. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Неврологический статус: реация на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаюся. Судорог нет. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие инструментальные методы исследования можно назначить пациенту?

Этапон ответа:

1. Синдром аспирации мекония.
2. Обзорное рентгенографическое исследование органов грудной клетки, изменение транскутанной сатурации

Задание 10. Ситуационная задача. Течение беременности и родов: Беременность II. Эндоцервикоз. Роды 2, срочные. О - гестоз I ст. Лицевое предлежание плода. Операция кесарево сечения в н/сегменте. Масса-3900 г., длина- 53 см., ОГ – 38 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 б. Состояние при рождении средней тяжести, асфиксия средней тяжести. В родзале первичная помощь и реанимационные мероприятия согласно приказу № 372. С рождения у ребёнка ограничение движений правой ручки, приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе, пронирована в предплечье, кисть в ладонном сгибании и повернута назад и кнаружи. Мышечный тонус снижен в проксимальных отделах, затруднено отведение плеча, поворот его кнаружи, подъем до горизонтального уровня. Пассивные движения в конечности безболезненны, снижены рефлекс Моро, Бабкина. Положителен симптом «Новика». В неврологическом статусе - синдром гипервозбудимости.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выявите основной (основные) синдромы поражения.

Этапон ответа:

1. Гипоксически-травматическое поражение ЦНС.
2. Синдром Дюшена – Эрба.

Задание 11. Ситуационная задача. Девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза в 1 половине, сочетанного длительно текущего ОГ - гестоза во второй половине беременности. У матери ВСД по гипертоническому типу. Преждевременная

отслойка нормально расположенной плаценты. Роды на 36 неделе беременности путем ОКС. Многоводие. Воды светлые с примесью крови. Вес- 2500 г. Рост- 49 см.

При рождении состояние тяжелое, кожа бледного цвета, тотальная мышечная гипотония, не кричит, самостоятельное дыхание отсутствует, пуповина до перевязки пульсировала. После оказания первичных реанимационных мероприятий к концу 1 минуты цвет кожных покровов бледный, на осмотр не реагирует, самостоятельное дыхание отсутствует, ЧСС 60 в 1 минуту, мышечная атония.

Вопрос: поставьте диагноз

Эталон ответа: острая асфиксия плода и новорожденного тяжелой степени. Недоношенность 36 недель.

Задание 12. Ситуационная задача. Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов - 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, трепет рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пузирьное. Тоны сердца ритмичные, Рs 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с непереваренными комочками. В неврологическом статусе - крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется трепет рук. Судорог при осмотре не было. Общий анализ крови: НЬ - 192 г/л, Эр - 5,8x1012/л, Ц.п. - 0,98, Лейк - 12,5x109/л, п/я - 10%, с - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 29%, м - 3%, СОЭ - 6 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 62,0 г/л, билирубин: непрямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 3,3 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л, фосфор - 2,32 ммоль/л. Нейросонограмма в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма - 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа - 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выявите основной (основные) синдромы поражения

Эталон ответа:

1. Диагноз: Постгипоксическая энцефалопатия, острый период.
2. Гипертензионно – гидроцефальный синдром.

Задание 13. Ситуационная задача. Ребенок О. 5 дней. Родился доношенным, масса тела 3800 г. Оценка по шкале Апгар – 0/2/4. С рождения на ИВЛ. Находится в реанимационном отделении. Состояние тяжелое. Потеря церебральной активности в первые 12 часов с последующим нарастанием угнетения. Не просыпается при повторной болевой стимуляции, глаза не открывает. Увеличенные зрачки, «мутные», отсутствует реакция на

свет. Отсутствует рефлекс Пейпера и спонтанные движения глазных яблок. Мышечная атония, сухожильные и брюшные рефлексы угнетены, врожденные рефлексы отсутствуют, в том числе, глотания и сосания. Первые сутки – клонико-тонические судороги. Снижение системного АД. Питание через зонд. Данные НСГ: вентрикуломегалия желудочков мозга, внутрижелудочковые тромбы. Гемоглобин крови -100 г/л. СМЖ на 3-и сутки: примесь крови, плеоцитоз- 300 кл в 1 мкл. Антенатальный, интранатальный анамнез: беременность 1-я, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, в родах – первичная родовая слабость, безводный период 18 часов, Кесарево сечение.

Вопросы: Поставьте предварительный диагноз

Эталон ответов: Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-травматического генеза, тяжелой степени, острый период, коматозный, судорожный синдром. Внутрижелудочковое кровоизлияние 3-ей степени.

Задание 14. Ситуационная задача. Ребенок поступил из родильного дома на 4 день жизни с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения». Состояние после умеренной асфиксии». Получал лечение в палате интенсивной терапии. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 16 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 3-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, судорожная готовность, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. Начата антибактериальная терапия. При поступлении: состояние тяжелое, температура 37,8°C, крик мозговой, гиперстезия кожных покровов, большой родничок 3×3 см, напряжен. Мышечный гипертонус, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД до 48 в минуту сердечные тоны приглушенны, 148 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул переходный.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Объем дополнительных исследований?
3. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок?

Эталон ответа:

1. Менингоэнцефалит невыясненной этиологии.
2. Люмбальная пункция, ПЦР и ИФА исследование, кровь на СРБ, прокальцитонин, ОАК, ОАМ, КОС, нейросонография, ЭКГ, ЭХО-КС.
3. Невропатолог, инфекционист.

Задание 15. Ситуационная задача. Ребенок К. 9 месяцев, на приеме у педиатра. Родился доношенным, м.т. - 3200 г. В III - ем триместре беременности дважды проходила лечение в стационаре по поводу эклампсии. Плановое кесарево сечение. Оценка по шкале Апгар - 6/7/8. Синдром угнетения наблюдался у ребенка с рождения и в течение 5 дней пребывания в роддоме. После 6 суток ребенок переведен в отделении патологии новорожденных, где находился на лечении до 3-х недельного возраста. Ребенок не сидит, не пытается ползать. Не лепечет. Не переворачивается на живот. Не берет предметы в руки. Справа снижение мышечного тонуса в руке и ноге. Нет опоры на правую ногу. Сухожильные рефлексы в

правой нижней конечности слабые. Результаты нейросонографии: дилатация межполушарной щели - 5мм, множественные псевдокисты сосудистых сплетений. На приеме у педиатра и невролога не был 4 месяца.

Вопрос: поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа: Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически - геморрагического генеза, поздний восстановительный период, средне - тяжелое течение.

Задание 16. Ситуационная задача. Мальчик, 6 мес. Жалобы на то, что ребенок не переворачивается. Родился в срок. Во время беременности угроза прерывания в 28, 32 нед. При рождении: 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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. На основании каких данных можно сделать данное заключение.
3. Укажите какие общие движения в норме должен уметь делать ребёнок к возрасту 6 мес.

Эталон ответа:

- 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.
- 3.В норме в 6 мес. опора на вытянутые ручки с раскрытыми кистями, при вертикализации опора на полные стопы, переворачивается с живота на спину, начинает садиться.

Задание 17. Ситуационная задача. Мальчик 5 дней жизни находится в детском отделении роддома. Из анамнеза известно, что беременность IV, протекавшая на фоне генетической тромбофилии (мутация V фактора) и приема фраксипарина, с неоднократной угрозой прерывания в III триместре, лечилась по поводу тяжелой фетоплацентарной недостаточности, роды I на сроке гестации 40 недель. Масса при рождении 2450 г, длина 53 см. Закричал не сразу, оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. При осмотре кожные покровы бледно-розовые с отчетливым акроцианозом, сухие, с шелушением. Тонус снижен преимущественно в верхних конечностях. Рефлексы ползания, опоры и автоматической походки не вызываются. Отмечается нистагм. Сердечные тоны умеренно звучны. Дыхание пуэрильное. Живот вздут, урчит. Печень +2 см от правого края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул со слизью, непереваренный, зеленый. Диурез адекватный.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. В каких дополнительных обследованиях нуждается ребенок?

Эталон ответа:

1. Асфиксия средней тяжести. Гипоксическое поражение головного мозга, церебральная ишемия 2-й степени, синдром угнетения. ЗВУР по гипотрофическому типу III степени.
2. НСГ, ЭЭГ, коагулограмма, МРТ головного мозга, консультация невролога, офтальмолога.

Задание 18. Ситуационная задача.

Ребенок 37 сут. жизни, родившийся от женщины 18 лет, страдающей астеноневротическим синдромом с дефицитом массы тела, курящей в течение всей беременности, от 1 беременности, протекавшей с анемией во II-III триместрах. Роды преждевременные на 32 нед гестации, в головном предлежании. Масса тела при рождении 1650 г, длина тела 41 см, оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. При рождении состояние тяжелое, за счет выраженных симптомов дыхательной недостаточности, развившейся на фоне респираторного дистресс-синдрома, синдрома угнетения ЦНС. С первого часа жизни ребенок находился на СПАР, получал инфузионную и антибактериальную терапию. Энтеральное кормление начато с первых суток жизни. Симптомы дыхательной недостаточности купировались, симптомы угнетения ЦНС без нарастания, и ребенок был переведен на II этап выхаживания. В возрасте 28 дней у ребенка появилась бледность кожных покровов, стал прогрессировать синдром угнетения ЦНС, отмечались кратковременные приступы апноэ (других симптомов дыхательной недостаточности не наблюдалось), sistолический шум, выслушиваемый над всей поверхностью сердца усилился, однако нарастания симптомов сердечнососудистой недостаточности не наблюдалось.

Клинический анализ крови: гемоглобин 75 г/л, эритроциты 3,2 x 1012/л, ЦП 0,8, ретикулоциты 2%, гематокрит 28, MCV 90 (N80-94), MCH 32 (N 27-31), MCHC 33(N32-36), лейкоциты 9,6 x 109/л (N 7,6-12,4 x 109/л), сегментоядерные нейтрофилы 32%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, лимфоциты 55%, эозинофилы 5%, моноциты 7%, тромбоциты 260 x 109/л, СОЭ 5 мм/час.

Вопросы: Сформулируйте клинический диагноз.

Эталон ответа:

Гипоксическое поражение ЦНС, синдром угнетения ЦНС, синдром апноэ. РДСН в анамнезе. Недоношенность 32 нед. Ранняя анемия недоношенных.

Задание 19. Ситуационная задача.

Доношенный мальчик, от женщины 33 лет, от I своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Общеравномерносуженный таз I ст. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, 1-й период 12 ч, 2-й период 1 ч 10 мин, наложение акушерских щипцов. Масса тела при рождении 3890 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Состояние после рождения удовлетворительное, отмечается опухоль и подкожная гематома в теменно-затылочной области. Через 5 часов после рождения ребенок беспокойный, не спит, взгляд напряженный, двигательное возбуждение, кефалогематома правой теменной кости. В возрасте 11 часов состояние очень тяжелое за счет неврологической симптоматики: многократные клонико-тонические судороги, мышечная гипотония S<D, апноэ, брадикардия. Зрачки S<D. Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, на осмотр не реагировал.

В клиническом анализе крови: Hb - 150 г/л, эритроциты - 4,3 x 1012/л, лейкоциты - 15 x 109/л, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, лимфоциты - 28%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, тромбоциты - 260 x 109/л, СОЭ - 3 мм/час.

КОС: pH - 7,29, pO₂ - 48 мм рт. ст., pCO₂ - 44 мм рт. ст. BE - -5,8, сатурация - 92, уровень лактата - 3,2, глюкозы - 2,3, ионизированного кальция - 0,95.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Факторы риска развития данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Травматическое поражение ЦНС, эпидуральное кровоизлияние, судорожный синдром, синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности, острый период. Перелом правой теменной кости (?).
2. Общеравномерносуженный таз I ст. вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, наложение акушерских щипцов.

Задание 20. Ситуационная задача.

Доношенный мальчик, от женщины 33 лет, от I своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Эпидуральная анестезия. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, 1-й период 12 ч, 2-й период 30 мин, затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 3890 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов.

Состояние после рождения удовлетворительное, отмечается опухоль и подкожная гематома теменно-затылочной области, мышечный тонус ручек асимметрично снижен, D>S, объем активных движений в левой ручке снижен. Рефлексы орального автоматизма живые, ладонно-ротовой слева-, справа+; хватательный слева+-, справа+; Моро слева+-, справа+, опоры+, ползанья+, защитный+.

При положении ребенка на ладони лицом вниз левая ручка свисает. Отсутствует сухожильный рефлекс двуглавой мышцы слева.

Через 1 сутки после рождения состояние удовлетворительное, неврологический статус прежний, ребенок на грудном вскармливании, сосет охотно, крик эмоциональный, мышечный тонус повышен, рефлексы оживлены, кожа розовая, чистая, в легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД = 48 в мин, тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС = 130 в мин, живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка у края реберной дуги, стул - переходный, моча светлая.

В клиническом анализе крови (возраст 1 сут): Нb - 190 г/л, эритроциты - 5,4 x 1012/л, лейкоциты - 12 x 109/л, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, палочкоядерные нейтро-филы - 4%, лимфоциты - 28%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, тромбоциты - 260 x 109/л, СОЭ - 3 мм/час.

КОС: pH - 7,34, pO₂ - 53 мм рт. ст., pCO₂ - 44 мм рт. ст. BE - -2,8, сатурация - 92, уровень лактата - 1,2, глюкозы - 4,3, ионизированного кальция - 0,95.

На НСГ на 2-е сутки: незначительно повышенна эхогенность перивентрикулярных зон.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз,
2. Уровень поражения.

Этапон ответа:

1. Проксимальный акушерский паралич Дюшена-Эрба.
2. С5-С6.
- 3.

Задание 21. Ситуационная задача.

Родители привели к педиатру сына 5 лет. Мать отмечает, что последнее время мальчик стал часто спотыкаться, падать, изменилась походка. Из осмотра: у ребенка кифосколиотическая деформация позвоночника, гипотрофия мышц тазового пояса. Икроножные мышцы в объеме увеличены. Походка «утиная». Положительный симптом Говерса. Фибрillлярные подёргивания мышечных волокон отсутствуют. Сухожильные рефлексы снижены с верхних и нижних конечностей. У отца мальчика все родственники здоровы, со слов матери, сын старшей сестры умер в возрасте 17 лет от неизвестного заболевания.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Что такое симптом Говерса?
3. Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы?
4. Возможный прогноз?

Эталон ответа:

1. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена
2. Симптом Говерса- это компенсаторный приём, применяемый больными с мышечными дистрофиями при вставании («вставание лесенкой»): больной встаёт поэтапно, опираясь руками о нижние конечности.
3. Молекулярно-генетическое исследование, ЭНМГ
4. Прогноз не благоприятный, обычно через 7-10 лет пациенты утрачивают способность к самостоятельному передвижению.

Задание 22. Ситуационная задача.

В отделение поступил ребенок возраст 7 месяцев, жалобы со слов мамы на ежедневные судорожные припадки, отставание в физическом и психическом развитии. Из анамнеза: родился в 43 недели, с весом 3900г. Окружность головки 36 см. Кости черепа были плотными, швы закрыты, большой родничок уменьшен в размерах до 1-1,5 см. В 2 месяца у ребенка замечено сходящееся косоглазие, стал часто срыгивать. В 3 месячном возрасте впервые наблюдался генерализованный судорожный припадок, постепенно припадки стали ежедневными.

Объективно: на осмотр реагирует негативно, плачет. Форма черепа башенная, швы и роднички закрыты. Фиксация взгляда кратковременная. Головку держит плохо. Глазные щели S=D, сходящееся косоглазие, экзофталм, положительный симптом Грефе. Вызывается рефлекс Моро. Рефлекс Ландау отсутствует. Повышен симметричный шейный тонический рефлекс. Парезов и параличей не выявлено. Окулист: на глазном дне - застой в венах сетчатки и перипапиллярный отек. На рентгенограммах черепа выявляется заражение швов и родничков, истончение костей свода черепа; резко выражены пальцевидные вдавления, усилен сосудистый рисунок.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, вытекал под давлением до 300 мм.вод. ст., белок - 0,2°/оо, цитоз -15/3 лимфоциты.

Вопросы:

1. Поставить клинический диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Описать методику исследования рефлекса Ландау.
4. Какие врожденные патологии приводят к развитию гидроцефалии?

Эталон ответа:

1. Краниostenоз, гидроцефалия.
2. МРТ головного мозга.
3. Рефлекс Ландау комбинируется с выпрямляющими рефлексами и является их частью. Ребенка держат свободно в воздухе лицом вниз. Вначале он поднимает голову (результат лабиринтной установочной реакции), так что лицо находится в вертикальной позиции, а рот — в горизонтальной, затем наступает тоническое разгибание спины, ног. Иногда оно может быть настолько сильным, что ребенок изгибается дугой, открытой кверху. Рефлекс Ландау появляется в возрасте 5—6 месяцев, а его отдельные элементы — раньше. На втором году жизни он начинает угасать.
4. Врожденная патология приводящая к гидроцефалии: мальформация Арнольда-Киари 1 вследствие затруднения оттока ликвора из IV желудочка, мальформация Арнольда-Киари 2 в сочетании с менингиомиоцеле или без нее, первичный стеноз водопровода мозга, вторичный стеноз водопровода мозга вследствие глиоза как результат внутриутробной инфекции, мальформация Денди-Уокера (атрезия отверстия Люшка или Можанди), редкие генетические наследственные аномалии, связанные с X-хромосомой.

Задание 23. Ситуационная задача.

Доношенная девочка, от женщины 30 лет, от II своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Общеравномерносуженный таз II ст. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, 1-й период 12 ч, 2-й период 1 ч 30 мин, наложение акушерских щипцов. Масса тела при рождении 3890 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов.

Состояние после рождения удовлетворительное, отмечается опухоль и подкожная гематома в теменно-затылочной области. Через 5 часов после рождения ребенок беспокойный, не спит, взгляд напряженный, двигательное возбуждение, кефалогематома правой теменной кости. В возрасте 11 часов состояние очень тяжелое за счет неврологической симптоматики: многократные клонико-тонические судороги, мышечная гипотония S<D, апноэ, брадикардия. Зрачки S<D. Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, на осмотр не реагировал.

В клиническом анализе крови: Нb - 150 г/л, эритроциты - 4,3 x 1012/л, лейкоциты - 15 x 109/л, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, лимфоциты - 28%, эозинофилы - 2%, моноциты - 6%, тромбоциты - 260 x 109/л, СОЭ - 3 мм/час.

КОС: pH - 7,29, pO2 - 48 мм рт. ст., pCO2 - 44 мм рт. ст. BE - -5,8, сатурация - 92, уровень лактата - 3,2, глюкозы - 2,3, ионизированного кальция - 0,95.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Факторы риска развития данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Травматическое поражение ЦНС, эпидуральное кровоизлияние, судорожный синдром, синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности, острый период. Перелом правой теменной кости (?).
2. Общеравномерносуженный таз II ст. вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, наложение акушерских щипцов.

Задание 24. Ситуационная задача.

Девочка 1 год 4 месяца. Жалобы: на задержку в развитии, ограничение движений в левой руке. Самостоятельно не стоит, не ходит. Анамнез заболевания: Наблюдается неврологом поликлиники с первого месяца жизни по поводу синдрома внутричерепной гипертензии, нарушений мышечного тонуса. Отмечалась задержка темпов психомоторного развития. Голову держит с 2 месяцев, начала брать игрушки с 5 месяцев, переворачивается с 6 месяцев, самостоятельно села в 9 месяцев. С 5-ти месячного возраста заметно ограничение движений в левой руке. Получала лечение в виде физиопроцедур, массажа, ЛФК на мяче, назначались ноотропы, вазоактиваторы, витамины группы В. Для уточнения диагноза направляется в стационар. Анамнез жизни: родилась от первой беременности. Оба родителя молодые, здоровые. Проф. вредностей, вредных привычек не имеют. Беременность на фоне токсикоза, угрозы прерывания в первый триместр, патологической прибавке в массе во второй половине. Роды в срок. Безводный период 2 часа. Масса 3600 г, рост 56 см., окружность головы 36 см. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. К груди приложена на первые сутки, выписана из роддома в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки. Профпрививки начаты с 6-и месяцев (был медотвод по неврологическому диагнозу). Наследственный анамнез: у бабушки по линии матери сахарный диабет, у бабушки по линии отца – гипертоническая болезнь. Объективный статус: Общее состояние относительно удовлетворительное. Спокойно реагирует на осмотр. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Носовое дыхание свободное, в зеве спокойно. Дыхание в легких везикулярное, хрипов не

выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов -нет. Пульс 115 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул один раз в сутки, оформлен. Мочеиспускание свободное. Вес -12кг., рост -78см. Неврологический статус: ОГ -46 см., Большой родничок закрыт. Ч.М.Н. -глазные щели, зрачки S=D, фотопреакция на свет живая. Реакция зрачков на конвергенцию, аккомодацию живая. Расходящееся косоглазие справа. Лицо симметрично в покое, при плаче. Голос звонкий. Небный, глоточный рефлекс вызываются. Язык по средней линии. Ограничение активных, пассивных движений в левой руке, которая прижата к туловищу, кисть ската в кулак. Левая нога ротирована кнаружи. Плечо слева опущено. В положении стоя левая стопа повернута внутрь, пальцы согнуты и напряжены. На пятку встать не может. Гипертонус в левых конечностях, более выражен в руке. Поверхностные рефлексы живые. Сухожильные рефлексы: бицепс, трицепс -оживлены слева, карпорадиальный выше слева. Коленный оживлен S=D. Ахиллов S=D, патологический рефлекс Бабинского с двух сторон. Самостоятельно не стоит, не ходит. Обращенную речь понимает, говорит слогами, отдельными словами. Дополнительные исследования (лабораторные, функциональные, рентгенологические, осмотр узких специалистов)

Осмотр окулиста Расходящееся косоглазие OD. Глазное дно: диски зрительных нервов гиперемированы, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменены.

Электроэнцефалография. Умеренные диффузные изменения, признаки стволовой дисфункции.

Реоэнцефалография. Имеются признаки сосудистой дистонии.

Эхоэнцефалография Признаки повышенного внутричерепного давления.

Вопросы:

- 1.Перечислить неврологические симптомы.
- 2.Выделить неврологический синдром.
- 3.Топический диагноз.
- 4.Клинический диагноз.

Этапон ответа:

- 1.Выделяем неврологические симптомы -мышечный гипертонус пирамидного характера, гиперрефлексия.
- 2.Центральный парез.
- 3.Левосторонний спастический гемипарез. Уровень поражения –двигательная область коры.
- 4.Клинический диагноз: «Детский церебральный паралич. Спастическая форма. Начальная хронически –резидуальная стадия».

Задание 25. Ситуационная задача.

Родители 7-летнего мальчика обратились к врачу с жалобами на легкую отвлекаемость, забывчивость, постоянное беспокойство. Из анамнеза известно, что ребенок родился доношенным от женщины 33 лет, от 1-х своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Масса при рождении 3890 г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние после рождения удовлетворительное, но через 5 часов после рождения ребенок беспокоен, не спит, двигательное возбуждение, мышечная гипотония S<D, брадикардия, апноэ. Ребенок находился на ИВЛ. Выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Травматическое поражение ЦНС, синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. На 1-ом году жизни находился на естественном вскармливании, прикормы вводились своевременно, но отмечались частые срыгивания, беспокойство. Наблюдался у невролога, получал ноотропы, сосудистые препараты. Сидит с 7 мес., ходит с 12 мес., говорит с 2,5 лет. С 3-х лет отмечаются тики мимической мускулатуры, грызет ногти. С 5 лет стал невнимательным, несдержаным. Речевое развитие

характеризуется тахилалией, дизлалией. В 7 лет ребенок пошел в школу, имеются трудности в обучении: не выполняет задания, не внимателен, отвлекается, есть трудности в правописании. Учитель порекомендовал обратиться к врачу.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

Эталон ответа:

- 1.ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
2. ЭЭГ нарушение а-ритма дизрегуляция а-ритма; генетическое исследование (определение мутации гена, ответственного за транспорт дофамина).

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ (40)

Задание 1. Вопрос для собеседования. Что такое кефалогематома?

Эталон ответа: кровоизлияние под надкостницу костей черепа

Задание 2. Вопрос для собеседования. Дайте определение неонатальная смертность.

Эталон ответа: смертность плода в первые 28 дней жизни

Задание 3. Вопрос для собеседования. Классификация степеней тяжести ППЦНС.

Эталон ответа: легкая, средне-тяжелая, тяжелая, крайне тяжелая.

Задание 4. Вопрос для собеседования. Назовите ведущие этиологические факторы ППЦНС:

Эталон ответа:

1. Гипоксия,
2. Инфекции,
3. Метаболические и токсические воздействия,
4. Травматические

Задание 5. Вопрос для собеседования. Что включает в себя оценку по шкале Апгар:

Эталон ответа:

1. Окраска кожного покрова
2. Частота сердечных сокращений
3. Рефлекторная возбудимость
4. Мышечный тонус
5. Дыхание

Задание 6. Вопрос для собеседования. Какие заболевания входят в состав аббревиатуры TORCH?

Эталон ответа:

1. Токсоплазмоз,
2. Краснуха,
3. ЦМВ,
4. Герпес вирус

Задание 7. Вопрос для собеседования. Классификация асфиксии согласно шкале Апгар:

Эталон ответа:

1. 6-7 баллов – легкая асфиксия,
2. 4-5 баллов – средняя
3. 1-3 балла – тяжелая асфиксия.

Задание 8. Вопрос для собеседования. Укажите методы антенатальной диагностики внутриутробной гипоксии:

Эталон ответа:

1. Мониторинг частоты сердечных сокращений плода (кардиотокография — КТГ) — брадикардия и децелерации частоты сердцебиений плода свидетельствуют о гипоксии и нарушении функции миокарда.
2. Ультразвуковое исследование показывает снижение двигательной активности, дыхательных движений и мышечного тонуса плода (биофизический профиль).

Задание 9. Вопрос для собеседования. Укажите методы интранатальной диагностики гипоксии.

Эталон ответа:

1. Мониторинг частоты сердечных сокращений плода.
2. Обнаружение мекония в околоплодных водах.
3. Определение pH и pO₂ в крови, взятой из кожи головы плода.
4. Определение pH и pO₂ в артериальной и венозной крови, взятой из сосудов пуповины плода.

Задание 10. Вопрос для собеседования. Укажите факторы высокого риска развития хронической гипоксии плода.

Эталон ответа:

1. Факторы, приводящие к развитию гипоксии и гипоксемии беременной,
2. Факторы, обуславливающие нарушения плодово-материнского кровообращения
3. Заболевания самого плода.

Задание 11. Вопрос для собеседования. Укажите факторы, приводящие к развитию гипоксии и гипоксемии беременной:

Эталон ответа:

1. Анемия беременных;
2. Тяжелая соматическая патология у беременной (сердечнососудистая, легочная);
3. Неполноценное питание, курение, употребление наркотиков, алкоголя
4. Неблагоприятная экологическая обстановка;
5. Эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, дисфункция яичников).

Задание 12. Вопрос для собеседования. Укажите факторы, обуславливающие нарушения плодово-материнского кровообращения

Эталон ответа:

1. Переношенная беременность;
2. Длительные гестозы беременных;
3. Аномалии развития и прикрепления плаценты;
4. Многоплодная беременность;
5. Аномалии пуповины;
6. Угроза прерывания беременности;
7. Кровотечения;
8. Инфекционные заболевания во втором и третьем триместре беременности

Задание 13. Вопрос для собеседования. Укажите причины недоношенности новорождённых.

Эталон ответа:

1. Социально-экономические факторы: профессиональные вредности уровень образованности родителей желанность беременности курение употребление алкоголя и/или наркотиков
2. Социально-биологические факторы: возраст субклиническая инфекция и бактериальное носительство предшествующие аборты «дефицитное» питание
3. Клинические факторы: экстрагенитальные заболевания матери АФС хронические заболевания мочеполовой системы у матери оперативные вмешательства во время беременности психологические и физические травмы и другие патологические состояния; гестоз,
4. ЭКО.
5. Многоплодная беременность

Задание 14. Вопрос для собеседования. Назовите анатомо-морфологические признаки недоношенности.

Эталон ответа:

1. Кожа (цвет, толщина, прозрачность)
2. Лануго
3. Исчерченность кистей и стоп
4. Величина грудных желез, ареол сосков
5. Податливость ушных раковин
6. Развитие половых органов
7. 6 нейро-мышечных признаков недоношенности по шкале Боллард:
Поза младенца (степень преобладания тонуса сгибателей)
Квадратное окно (запястье)
Ответная реакция руки
Подколенный угол
Симптом «шарфа»
Притягивание пятки к уху

Задание 15. Вопрос для собеседования. Опишите анатомо-физиологические особенности дыхательной системы недоношенного.

Эталон ответа:

1. Незрелость
2. Верхние дыхательные пути узкие
3. Диафрагма расположена относительно высоко
4. Грудная клетка податлива
5. Ребра расположены перпендикулярно к грудине
6. Дыхание поверхностное, ослабленное ЧДД 20-72/мин
7. Объем дыхания снижен
8. Ритм дыхания периодический
9. Недостаточное развитие альвеол, капиллярной сети легких
10. Толстые альвеолокапиллярные пространства
11. Снижено содержание сурфактана
12. Низкая растяжимость легких

Задание 16. Вопрос для собеседования. Укажите факторы, предрасполагающие к развитию родовых травм.

Эталон ответа:

1. Акушерские пособия (выходные или полостные акушерские щипцы, акушерские манипуляции);
2. Чрезмерная защита промежности
3. Стимуляция родовой деятельности
4. Несоответствие размеров головки плода и таза матери,
5. «выдавливание» плода (способ выжимания плода по Кристеллеру), применение бинта Вербова и другие.

Задание 17. Вопрос для собеседования. Укажите уровень поражения при нижнем дистальном параличе Дежерин-Клюмпке.

Эталон ответа: спинной мозг на уровне CVII-T1 и среднего и нижнего пучков плечевого сплетения.

Задание 18. Вопрос для собеседования. Укажите уровень поражения при парезах и параличах Дюшена-Эрба (проксимальные параличи).

Эталон ответа: спинной мозг на уровне CV-CVI и верхних пучков плечевого сплетения.

Задание 19. Вопрос для собеседования. Укажите клиническую картину при парезе лицевого нерва по периферическому типу.

Эталон ответа: на пораженной стороне у ребенка носогубная складка сглажена, веки полностью не смыкаются.

Задание 20. Вопрос для собеседования. На какие сутки проводят первичную пункцию кефалогематомы.

Эталон ответа: на 5-6 сутки

Задание 21. Вопрос для собеседования. Какие внутричерепные кровоизлияния имеют травматический генез.

Эталон ответа: субдуральные и эпидуральные

Задание 22. Вопрос для собеседования. Укажите уровень поражения и клиническую картину тотального паралича верхней конечности (паралич Керера)

Эталон ответа:

1. CV-T1 сегментов спинного мозга и плечевого сплетения,
2. Отсутствием активных движений,
3. Резкой мышечной гипотонией,
4. Отсутствием врожденных и сухожильных рефлексов в поврежденной конечности,
5. Трофическими расстройствами в паретичной конечности

Задание 23. Вопрос для собеседования. Укажите клинику синдрома Горнера.

Эталон ответа:

1. Птозом.
2. Миозом.
3. Энофтальмом.

Задание 24. Вопрос для собеседования. Дайте определение понятия «перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС)».

Эталон ответа:

Перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) - это группа синдромов, вызванных патологическим влиянием на центральную нервную систему (ЦНС) и/или периферическую нервную систему плода или новорожденного ребенка повреждающих факторов внутреннего или внешнего окружения анте-, интра- или постнатально, характеризующихся возникновением острой или хронической гипоксии/ишемии.

Задание 25. Вопрос для собеседования. Укажите периоды клинического течения ППЦНС.
Эталон ответа:

Клиническое течение ППЦНС подразделяется на 3 основных периода: острый (1-й месяц жизни), восстановительный, в котором выделяют ранний (до 4-5-го месяца) и поздний (до 1 года, у недоношенных - до 2-х лет) и период остаточных явлений (или последствия) - патология у ребенка за пределами 1-2-х летнего возраста.

Задание 26. Вопрос для собеседования. Укажите основные неврологические синдромы острого периода ППЦНС.

Эталон ответа:

1. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
2. Синдром угнетения
3. Синдром внутричерепной гипертензии и гидроцефальный синдром
4. Судорожный синдром
5. Коматозный синдром

Задание 27. Вопрос для собеседования. Укажите основные неврологические синдромы восстановительного периода ППЦНС.

Эталон ответа:

1. Повышение нервно-рефлекторной возбудимости,
2. Гипертензионно-гидроцефальный,
3. Вегето-висцеральных дисфункций,
4. Двигательных нарушений,
5. Задержки психомоторного развития,
6. Эпилептический.

Задание 28. Вопрос для собеседования. Укажите инструментальные методы диагностики ППЦНС.

Эталон ответа:

1. Ультразвуковая диагностика,
2. Нейрофизиологическая диагностика,
3. Электронейромиография,
4. Рентгенологические методы (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронноэмиссионная томография)

Задание 29. Вопрос для собеседования. Укажите формы ДЦП.

Эталон ответа:

1. Спастическая диплегия
2. Двойная гемиплегия
3. Гиперкинетическая форма
4. Атонически-астатическая форма
5. Гемиплегическая форма

Задание 30. Вопрос для собеседования. Перечислите рефлексы новорожденного:

Эталон ответа:

1. Сосательный.
2. Хоботковый
3. Поисковый
4. Ладонно-ротовой
5. Защитный рефлекс
6. Хватательный
7. Рефлекс Робинсона
8. Рефлекс Моро
9. Рефлекс Галанта
10. Рефлекс
11. Рефлекс опоры
12. Рефлекс автоматической походки
13. Рефлекс ползания

Задание 31. Вопрос для собеседования. Укажите нормальное НПР ребенка 3 месяцев.

Эталон ответа:

1. Фиксирует взгляд на неподвижных предметах, находясь в любом положении
2. Отчетливое слуховое сосредоточение
3. В ответ на разговор проявляет радость улыбкой, оживленными движениями ножек, звуками (комплекс оживления)
4. Случайно наталкивается на игрушки, висящие над грудью
5. Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечье, высоко подняв голову. При поддержке подмышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах. Удерживает голову в вертикальном положении на руках у взрослого.

Задание 32. Вопрос для собеседования. Дайте понятие определения ДЦП.

Эталон ответа: Детский церебральный паралич (ДЦП) - группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным непрогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребёнка

Задание 33. Вопрос для собеседования. Укажите уровни больших моторных функций согласно функциональной классификации ДЦП – GMFCS.

Эталон ответа:

1. Уровень I – ходьба без ограничений;
2. Уровень II – ходьба с ограничениями;
3. Уровень III – ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения;
4. Уровень IV – самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения;
5. Уровень V – полная зависимость ребёнка от окружающих – перевозка в коляске/инвалидном кресле.

Задание 34. Вопрос для собеседования. Укажите варианты СДВГ (DSM-V, 2013):

Эталон ответа:

1. Комбинированный вариант СДВГ;
2. СДВГ с преобладанием невнимательности;
3. СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Задание 35. Вопрос для собеседования. Укажите методы диагностики СДВГ

Эталон ответа:

1. Неврологический осмотр, в том числе с применением методик оценки «мягкой» неврологической симптоматики, например, методики NESS (Neurological Examination for Subtle Signs), теста Лесны для оценки тонкой моторики;
2. ЭЭГ, видео-ЭЭГ, ультразвуковая допплерография;
3. Метод вызванных потенциалов;
4. Методы нейропсихологической и патопсихологической диагностики;

Задание 36. Вопрос для собеседования. Укажите степени ВЖК:

Эталон ответа:

1. ВЖК 1 степени - Одно- или двусторонние СЭК на уровне герминативного матрикса
2. ВЖК 2 Прорыв кровоизлияния в полость желудочка без его расширения
3. ВЖК 3 ВЖК с расширением желудочковой системы
4. ВЖК 4 Прорыв ВЖК в перивентрикулярную паренхиму

Задание 37. Вопрос для собеседования. Дайте определение Родовым травмам черепа —

Эталон ответа:

Родовая травма черепа - это целостная реакция организма плода и новорожденного на повреждение головного мозга, вызванное механическими силами в результате нарушения компенсаторных и приспособительных возможностей плода в родах, которая сопровождается постнатальной дезадаптацией.

Задание 38. Вопрос для собеседования. Укажите ведущие причины родовой травмы.

Эталон ответа:

1. Несоответствие размеров головки плода и таза матери,
2. Быстрые и стремительные роды,
3. Затяжные роды,
4. Акушерские щипцы,
5. Вакуум-экстракция,
6. Разгибательные вставления головки,
7. Асинклитическое вставление головки,
8. Тазовые предлежания,
9. Пособыя, любые способы ускорения родов: стимуляция родов, «выдавливание» плода (способ выжимания плода по Кристеллеру), применение бинта Вербова и другие)

Задание 39. Вопрос для собеседования. Дайте определение перивентрикулярной лейкомалии.

Эталон ответа:

ПВЛ представляет собой локальный или распространенный некроз перивентрикулярного белого вещества головного мозга, в основном — симметричный и билатеральный

Задание 40. Вопрос для собеседования. Критерии постановки диагноза «Тяжелая асфиксия при рождении»

Эталон ответа:

1. Внутриутробное нарушение состояния плода,
2. Оценка по шкале Апгар 3 балла и менее на 1-ой минуте жизни,
3. рН менее 7 или 16 ммоль/л в первые 60 минут жизни,
4. полиорганская недостаточность, неврологические нарушения.

ЗАДАНИЯ НА ДОПОЛНЕНИЕ (10)

Задание 1. Умеренная (средней тяжести) степень асфиксии соответствует _____ по шкале Апгар

Эталон ответа: 4-6 балла

Задание 2. Тяжелая степень асфиксии соответствует _____ по шкале Апгар

Эталон ответа: 1-3 балла

Задание 3. К важнейшим методам диагностики ММД относятся _____

Эталон ответа: Методы нейропсихического тестирования

Задание 4. Основным методом объективной диагностики неонатальных судорог является _____

Эталон ответа: ЭЭГ мониторинг

Задание 5. Степень тяжести синдрома дыхательных расстройств оценивается по шкале _____

Эталон ответа: Сильвермана

Задание 6. По шкале _____ проводят оценку тяжести асфиксии новорожденного.

Эталон ответа: Апгар

Задание 7. Основной причиной неонатальных судорог у доношенного новорожденного является _____

Эталон ответа: асфиксия

Задание 8. Острый период родовой травмы головы новорожденного имеет продолжительность _____

Эталон ответа: 1 месяц

Задание 9. Чрезмерным накоплением в вентрикулярной системе или в субарахноидальном пространстве ликвора сопровождается _____

Эталон ответа: гидроцефалия

Задание 10. Отек мягких тканей головы с кровоизлияниями, возникающий в процессе родов в предлежащей части головки называется

Эталон ответа: родовая опухоль

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	ответа. Не было попытки решить задачу			
--	---------------------------------------	--	--	--