

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 30.08.2023 13:27:21
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

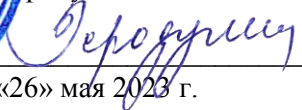
Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра госпитальной педиатрии



ПРЕДПОДПИСАЮ
Проректор по образовательной
деятельности и молодежной политике,
директор медицинских наук, доцент
Перодулина Т.В.


«26» мая 2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**Б1.В.ДВ.01.01
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ НЕВРОЛОГИЯ**

Уровень высшего образования: **подготовка кадров высшей квалификации**

Специальность: **31.08.18 Неонатология**

Квалификация: **Врач-неонатолог**

г. Екатеринбург,
2023 год

Фонд оценочных средств по дисциплине «Перинатальная неврология» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.18 Неонатология, утвержденного приказом Минобрнауки России №1061 от 25.08.2014 года и с учетом профессионального стандарта «Врач-неонатолог», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №136 от 14.03.2018 г.

Фонд оценочных средств составлен

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1	Вахлова Ирина Вениаминовна	Зав. кафедрой госпитальной педиатрии	профессор	д.м.н.
2	Кузнецов Николай Николаевич	доцент кафедры госпитальной педиатрии	доцент	к.м.н.
3.	Корякина Оксана Валерьевна	доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики	доцент	к.м.н.
4.	Громада Наталья Евгеньевна	доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП	доцент	д. м. н.
5.	Мухаметшин Рустам Фаридович	доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии; Заведующий отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей №2 ГАУЗ СО ОДКБ	-	к.м.н.
6.	Невмержицкая Кристина Сергеевна	ассистент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики	-	к.м.н.

РПД одобрена представителями профессионального и академического сообщества.

Рецензенты:

- доцент кафедры детских болезней лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России Николина Е.В., к.м.н., доцент (рецензия от 13.05.2019 г.);

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена:

- на заседании кафедры госпитальной педиатрии (протокол № 23 от 20.04.2023 г.);
 - на заседании методической комиссии специальностей ординатуры (протокол № 5 от 10.05.2023 г.);

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице

Дидактическая единица (ДЕ)		Контролируемые ЗУН, направленные на формирование УК и ПК			Компетенции ФГОС ВО	ТФ ПС
		Знать (формулировка знания и указание УК и ПК)	Уметь (формулировка умения и указание УК и ПК)	Владеть (формулировка навыка и указание УК и ПК)		
ДЕ 1	Морфогенез. Развитие нервной системы в пренатальном периоде	Анатомо-физиологические особенности строения и функционирования центральной и периферической нервной системы здорового доношенного и недоношенного ребенка в неонатальном периоде. Особенности развития ликворной и сосудистой систем головного и спинного мозга. Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода и ЦНС. Диагностика внутриутробного состояния плода и ЦНС: основные методы, используемые в акушерстве для определения	Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований плода, связанных с патологией нервной системы. Формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленные на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучать родителей основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний у детей; осуществлять комплекс	-Методами профилактики неврологических заболеваний новорожденных; - Умением применять социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о заболеваемости беременной и плода, новорожденного ребенка	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/05.8

		внутриутробного состояния плода, клинические, лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические, морфологические, цитогенетические методы. Организация неврологической помощи пациентам педиатрического профиля в условиях г. Екатеринбурга и Свердловской области.	мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и беременных женщин, их раннюю диагностику, выявлять причины и условия их возникновения и развития, а также проводить мероприятия, направленные на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Соблюдать правила врачебной этики и медицинской деонтологии.			
ДЕ 2	Семиотика поражения нервной системы у новорожденных	Основные отделы нервной системы: полушария мозга, межучастный мозг, ствол мозга, мозжечок, ретикулярная формация и лимбическая система, спинной мозг, корешки, сплетения,	Оценить неврологический статус новорожденного диагностировать патологические неврологические синдромы и симптомы	-методами диагностики неврологической патологии у новорожденных; - методикой клинического	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8 A/05.8

		периферические нервы, гематоэнцефалический барьер, вегетативная нервная система. Семиотика поражения структур нервной системы: общемозговой, менингеальный синдромы и очаговая неврологическая симптоматика. Понятие явлений раздражения и явлений выпадения. Методология построения неврологического диагноза: топические и нозологические подходы. Основные инструментальные и лабораторные методики исследования состояния нервной системы, особенности детского возраста, неонатального периода.	у новорожденных; сформулировать неврологический диагноз; -составить и обосновать план исследования и лечения, выбрать наиболее целесообразную тактику медикаментозной терапии.	неврологического осмотра новорожденного и навыками оценки нервно-психического статуса; -умением определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты и назначать терапию; - психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками ребенка и медицинским персоналом.		
ДЕ 3	Неврологический статус: методика оценки у новорожденных	Методы оценки неврологического статуса у новорожденных. Особенности у недоношенных детей. Обще-мозговая симптоматика. Оценка уровня сознания и степени тяжести состояния неврологического больного. Менингеальные симптомы, исследование ликвора, особенности проведения пункции у	-провести клинический неврологический осмотр новорожденного и дать оценку состояния нервно-психического статуса; составлять и обосновывать план лечения и выбрать наиболее целесообразную тактику терапии;	Методикой неврологического осмотра и оценки нервно-психического статуса новорожденного, в том числе недоношенного ребенка. - методикой клинического неврологического	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8 A/05.8

		новорожденных. Методика оценки двигательной системы у детей. Способы вызывания сухожильных и основных безусловных рефлексов спинального автоматизма у детей; особенности методики у новорожденных. Методика оценки чувствительной сферы у детей старшего возраста, особенности у новорожденных. Методика оценки черепных нервов, координаторной сферы, вегетативной сферы. Методика оценки состояния высших корковых функций, становление основных навыков нервно-психического развития у грудного ребенка и ребенка в возрасте до 3 лет.	-определить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении и обследовании новорожденного; -соблюдать основные этические принципы работы невролога -проводить и участвовать в научно-практических и патолого-анатомических конференциях по разбору смертности новорожденных; оформлять документы в медицинских организациях и структурных подразделениях.	осмотра новорожденного и навыками оценки нервно-психического статуса; -умением определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты и назначать терапию; - психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками и медицинским персоналом.		
ДЕ 4	Эпилептические, судорожные и неэпилептические пароксизмы в детском возрасте)	Основные механизмы эпилептогенеза. Классификация эпилептических припадков. Судорожный синдром у новорожденных. Диагностика. Тактика ведения. Эпилепсии и эпилептические синдромы. Возрастзависимые идиопатические эпилептические синдромы. Эпилептический статус.	проводить дифференциальный диагноз судорожных состояний у новорожденных; оказывать неотложную помощь при судорожных состояниях у новорожденных; по показаниям выполнить люмбальную пункцию;	методами лечения и оказанием неотложной помощи судорожных состояний у новорожденных детей в родзале в отделениях новорожденных акушерских наблюдений (ОНААО),	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8 A/05.8 A/06.8

		Принципы фармакологического лечения эпилепсии. Фебрильные судороги, основные критерии диагностики, статус фебрильных припадков. Неэпилептические пароксизмы (тремор, доброкачественный миоклонус, аффективно-респираторные приступы), дифференциальный диагноз с эпилепсией.	составить и обосновать план исследования и лечения, выбрать наиболее целесообразную тактику медикаментозной терапии.	реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике; методиками венозного доступа и люмбальной пункции; навыками назначения методов медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечения; - психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками ребенка и медицинским персоналом.		
ДЕ 5	Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) у доношенных новорожденных. Классификация, этиология, патогенез	Понятие перинатального периода. Основные этиологические факторы, приводящие к формированию ГИЭ. Патогенетические механизмы поражения ЦНС в перинатальном периоде. Классификация и подходы к формулировке диагноза. Клиника гипоксически-ишемического поражения ЦНС, основные	диагностировать у новорожденного ГИЭ. проводить дифференциальный диагноз с другой неврологической патологией у новорожденных; диагностировать внутричерепную родовую травму, натальную травму ШОП;	-методами диагностики и лечения ГИЭ у новорожденных; -методами профилактики ГИЭ у детей; навыками назначения методов медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечения;	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8 A/05.8 A/06.8

		неврологические синдромы острого периода. Диагностика. Основные морфологические субстраты ГИЭ и их клиническая интерпретация.	диагностировать внутриутробные инфекции с клиническими признаками поражения ЦНС; определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты и назначать терапию.	психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками.		
ДЕ6	Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) у недоношенных новорожденных х. Классификация, этиология, патогенез. Внутрочерепные кровоизлияния у недоношенных новорожденных х	Патоморфологические и клинические особенности поражения ЦНС у недоношенных детей. Классификация. Особенности течения заболевания у детей с ЭНМТ и ОНМТ. Классификация ВЖК у недоношенных, особенности данных нейровизуализации, показания для консультации нейрохирурга.	диагностировать неврологические синдромы и симптомы у недоношенных с ГИЭ; интерпретировать результаты специальных неврологических исследований у новорожденных (биохимические методы, СМЖ, НСГ, УЗИ, ЭЭГ, КТ, МРТ, вызванные слуховые и соматосенсорные сигналы); выбрать тактику лечения и обосновать объем назначенной терапии.	методами ранней диагностики неотложных состояний у недоношенных с ГИЭ; методикой оказания неотложной помощи новорожденным с церебральной патологией; навыками назначения методов медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками.	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8 A/05.8 A/06.8
ДЕ7	Принципы лечения и	Оказание неотложной помощи новорожденным с	-провести клинический неврологический осмотр	методами ранней диагностики	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8

	оказания неотложной помощи новорожденным с ГИЭ	неврологической патологией в роддоме, ОПН, реанимационном отделении, в специализированном отделении, в поликлинике. Ориентация реанимационно-терапевтических мероприятий на восстановление всех систем, обеспечивающих функционирование ЦНС. Адекватная кардиореспираторная поддержка. Ранняя объемная диагностика церебральных нарушений и очага поражения. Оказание помощи при коматозном состоянии и судорожном синдроме. Посиндромная терапия в раннем неонатальном периоде.	недоношенного новорожденного и дать оценку состояния нервно-психического статуса; Диагностировать геморрагические и гипоксически-ишемические перивентрикулярные поражения головного мозга у недоношенных; интерпретировать результаты специальных неврологических исследований у новорожденных (биохимические методы, СМЖ, НСГ, УЗДГ, КТ, МРТ); соблюдать основные этические принципы работы неонатолога.	неотложных состояний у новорожденных и недоношенных с ГИЭ ; методикой оказания неотложной помощи не с церебральной патологией; методиками венозного доступа и люмбальной пункции; психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками.		A/05.8 A/06.8
ДЕ8	Последствия гипоксического поражения ЦНС у детей.	Классификация последствий гипоксического поражения ЦНС у детей. Формулировка диагноза. Гидроцефалия. Задержка нервно-психического развития. ДЦП: причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз. Подходы к постановке диагноза.	Диагностировать заболевания в период последствий гипоксического поражения ЦНС; дать оценку нервно-психического развития новорожденного, в том числе, недоношенного с учетом скорректированного	методами диагностики, лечения и профилактики, диспансеризации последствий перинатального поражения ЦНС у детей; методами ранней диагностики и профилактики таких	УК-1, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/03.8 A/05.8

		Организация помощи пациентам с последствиями ГИЭ в условиях г. Екатеринбурга и Свердловской области. Принципы диспансеризации детей с ГИЭ в условиях поликлиники.	возраста; определить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении и обследовании новорожденного; обосновывать план лечения и выбрать наиболее целесообразную тактику терапии.	заболеваний, как: гидроцефалия, задержка нервно-психического развития, ДЦП, патология органов зрения и слуха; методами диспансеризации последствий перинатального поражения ЦНС у детей; навыками назначения методов медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечения; психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками.		
--	--	--	---	--	--	--

1. Аттестационные материалы

2.1. Вопросы для самоподготовки к зачету:

1. Анатомо-физиологические особенности строения и функционирования центральной и периферической нервной системы здорового доношенного ребенка и недоношенного в неонатальном периоде.
2. Особенности развития ликворной и сосудистой систем головного и спинного мозга плода.
3. Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода и ЦНС.
4. Диагностика внутриутробного состояния плода и ЦНС: основные методы, используемые в акушерстве для определения внутриутробного состояния плода, клинические, лабораторные, ультразвуковые, эндоскопические, морфологические, цитогенетические методы
5. Основные отделы нервной системы: полушария мозга, промежуточный мозг, ствол мозга, мозжечок, ретикулярная формация и лимбическая система, спинной мозг, корешки, сплетения, периферические нервы, гематоэнцефалический барьер, вегетативная нервная система
6. Понятие перинатального периода. Основные этиологические факторы, приводящие к формированию перинатального поражения ЦНС.
7. Классификация ППЦНС и подходы к формулировке диагноза. Клиника гипоксически-ишемического поражения ЦНС, гипоксически-геморрагического (церебральная ишемия, ВЖК, субарахноидальное кровоизлияние), травматического, токсического, инфекционного генеза. Диагностика.
8. Методы оценки неврологического статуса у новорожденных. Особенности у недоношенных детей.
9. Оценка уровня сознания и степени тяжести состояния неврологического больного. Менингеальные симптомы, исследование ликвора, особенности проведения пункции у новорожденных. Кома.
10. Методика оценки двигательной системы у детей. Способы вызывания сухожильных и основных безусловных рефлексов спинального автоматизма у детей; особенности методики у новорожденных. Методика оценки чувствительной сферы у детей старшего возраста, особенности у новорожденных. Методика оценки черепных нервов, координаторной сферы, вегетативной сферы.
11. Патоморфологические и клинические особенности перинатального поражения ЦНС у недоношенных детей. Особенности течения заболевания у детей с ЭНМТ и ОНМТ. Прогноз. Исходы.
12. Судорожный синдром у новорожденных. Диагностика. Тактика ведения. Лечение.
13. Синдромы острого и раннего восстановительного периода. Синдром повышенного нервно-рефлекторного возбуждения, угнетения, коматозный, гипертензионный, гидроцефальный, судорожный, вегето-висцеральных нарушений, задержки статико-моторного и предречевого развития, двигательных нарушений. Клиника. Диагностика.
14. Оказание неотложной помощи новорожденным с неврологической патологией в роддоме, ОПН, реанимационном отделении, в специализированном отделении, в поликлинике.

15. Классификация последствий перинатального поражения ЦНС у детей. Формулировка диагноза. Клиника. Лечебные мероприятия. Гидроцефалия.
16. Принципы диспансеризации детей с ППЦНС в условиях поликлиники. Особенности диспансеризации недоношенных детей.
17. Пороки развития нервной системы. Черепно-мозговые и спинномозговые грыжи: классификация, осложнения, подходы к нейрохирургической коррекции.
18. Основные заболевания нервной системы, требующие нейрохирургической коррекции

2.2. Тестовые задания

Инструкция: во всех тестовых заданиях указать один правильный ответ

1. Сроки угасания хоботкового рефлекса
 - a) 3-4 мес.
 - b) 2-3 мес.
 - c) 1-2 мес.
 - d) 6 мес.
 - e) 5-6 мес.
2. Симметричный шейно-тонический рефлекс физиологичен в возрасте до:
 - a) 1,5-2,5 мес.
 - b) 3-4 мес.
 - c) 2-3 мес.
 - d) 4 мес.
 - e) 2,5-3 мес.
3. Ребенок начинает различать лица «свой-чужой», отмечается гуление, различает голоса близких, поворачивается со спины на бок или живот. Такое психомоторное развитие соответствует возрасту:
 - a) 3 мес.
 - b) 5 мес.
 - c) 6 мес.
 - d) 4 мес.
 - e) 3,5 мес.
4. Ведущее место среди причин поражения нервной системы в перинатальном периоде занимает:
 - a) родовая травма
 - b) наследственность
 - c) гипоксия плода
 - d) эпилепсия у матери
 - e) артериальная гипертензия у матери
5. Для сообщающихся форм гидроцефалии характерно:
 - a) медленный прирост ОГ не больше 3 см в месяц
 - b) быстрый прирост ОГ на 3-4 см в месяц
 - c) грубая задержка психомоторного развития

- d) расхождение черепных швов
- e) симптом «заходящего солнца»

6. Укажите при какой степени внутрижелудочкового кровоизлияния характерно развитие гидроцефалии:

- a) СЭК 1
- b) ВЖК 1
- c) ВЖК 3
- d) ВЖК 5
- e) ВЖК 2

7. Противопоказанием для проведения люмбальной пункции является:

- a) менингит
- b) энцефалит
- c) субарахноидальное кровоизлияние
- d) отек головного мозга
- e) аутоиммунное заболевание ЦНС

8. Основными клиническими проявлениями наследственных болезней обмена у детей первых месяцев жизни являются:

- a) диффузная мышечная гипотония, рвота, судороги
- b) спастический гипертонус мышц, низкая масса тела
- c) срыгивания, синдром «заходящего солнца»
- d) синдром мальабсорбции, повышенная потливость
- e) непереносимость к белкам коровьего молока

9. При поражении какой пары черепных нервов у новорожденного на стороне поражения не полностью закрывается глаз, сглажена носогубная складка, перекос рта:

- a) IV
- b) III
- c) XIII
- d) VII
- e) VI

10. Одним из частых исходов гипоксически-ишемической энцефалопатии тяжелой степени является:

- a) синдром нарушения сна
- b) ранний детский аутизм
- c) синдром дефицита внимания
- d) детский церебральный паралич
- e) синдром вегетативной дисфункции

11. Наличие у ребенка спастических парезов входит в структуру диагноза:

- a) спинальная мышечная атрофия
- b) детский церебральный паралич
- c) полиомиелит
- d) эпилепсия
- e) полинейропатия

12. У ребенка в норме большой родничок закрывается:

- a) к 2 – 3 мес.
- b) к 4 – 6 мес.
- c) к 7 – 9 мес.
- d) к 9 – 11 мес.
- e) к 12 – 18 мес.

13. Период исходов гипоксически-ишемической энцефалопатии у доношенных детей определяют:

- a) в возрасте 3 месяцев
- b) в возрасте 6 месяцев
- c) в возрасте 12 месяцев
- d) в возрасте 1,5 лет
- e) в возрасте 2 лет

14. Период исходов гипоксически-ишемической энцефалопатии у недоношенных детей определяют:

- a) в возрасте 3 месяцев
- b) в возрасте 6 месяцев
- c) в возрасте 12 месяцев
- d) в возрасте 1,5 лет
- e) в возрасте 2 лет

15. Для купирования эпилептического приступа применяют:

- a) диазепам
- b) димедрол
- c) анальгин
- d) диакарб
- e) ацикловир

16. Перинатальный период включает:

- a) антенатальный, интранатальный и неонатальный
- b) поздний антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный
- c) антенатальный, интранатальный и поздний неонатальный
- d) ранний антенатальный, интранатальный и поздний неонатальный
- e) интранатальный и ранний неонатальный

17. Факторы риска формирования ППЦНС:

- a) связанные с соматическим здоровьем матери
- b) связанные с состоянием гинекологической сферы матери
- c) связанные с течением родов
- d) связанные с адаптацией новорожденного
- e) всё перечисленное верно

18. Основная причина кровоизлияний у недоношенных новорожденных это:

- a) незрелость антикоагулянтной системы
- b) незрелость стенки церебральных сосудов
- c) повышенная активность прокоагулянтной системы
- d) наличие герминального матрикса
- e) низкая активность тромбоцитов

19. Перивентрикулярная лейкомаляция локализуется:

- a) в области стенок боковых желудочков
 - b) в области ствола головного мозга
 - c) в подкорковых образованиях
 - d) в коре больших полушарий
 - e) в области спинного мозга
20. Нарушению мозгового кровообращения в интра- или неонатальном периоде, ведущему к детскому церебральному параличу, обычно предшествуют:
- a) внутриутробная инфекция
 - b) метаболические нарушения
 - c) внутриутробная гипоксия или асфиксия
 - d) травма беременной женщины
 - e) аллергия беременной женщины
21. Различают следующие формы тяжести ГИЭ:
- a) легкая, средне тяжелая, тяжелая, тяжелейшая
 - b) легкая, средне тяжелая, тяжелая
 - c) компенсированная, легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая
 - d) компенсированная, суб- и декомпенсированная
 - e) средне тяжелая, тяжелая, крайне тяжелая
22. Гидроцефальный синдром диагностируется у детей первого года жизни при:
- a) расширении ликворных пространств по результатам НСГ
 - b) патологической прибавке окружности головы и регистрации расширения ликворных пространств по результатам НСГ
 - c) патологической прибавке окружности головы, появлении патологического диастаза родничков и швов
 - d) патологической прибавке окружности головы, появлении патологического диастаза родничков и швов и регистрации расширения ликворных пространств по результатам НСГ
23. При появлении менингеального синдрома с лихорадкой у новорожденных детей необходимо проведение:
- a) электроэнцефалографии
 - b) биохимического исследования крови
 - c) исследования глазного дна
 - d) люмбальной пункции
 - e) рентгенографии основания черепа
24. При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление:
- a) стойко высокое
 - b) нормальное
 - c) стойко пониженное
 - d) неустойчивое с тенденцией к повышению
 - e) неустойчивое с тенденцией к понижению
25. Структурный дефект головного мозга при детском церебральном параличе может оказать влияние на развитие:
- a) только двигательной сферы

- b) только речи
- c) головного мозга в целом
- d) влияние не оказывает
- e) только умственных способностей

26. Точные сроки повреждения головного мозга при детском церебральном параличе:

- a) установить никогда нельзя
- b) устанавливаются лишь в части случаев
- c) точно известны по сопутствующим признакам
- d) устанавливаются только морфологически
- e) во всех случаях устанавливаются

27. К основным патогенетическим факторам детского церебрального паралича относятся:

- a) инфекционный
- b) токсический
- c) гипоксический
- d) метаболический
- e) травматический

28. Основной причиной неонатальных судорог является:

- a) фенилкетонурия
- b) гипокальциемия
- c) гипоксия
- d) гипокалиемия
- e) родовая травма

29. При гипоксически-ишемической энцефалопатии тяжелой степени у новорожденного выявляются:

- a) судороги, поза декорткации
- b) нарушение сна
- c) паталогические рефлексy
- d) тремор конечностей
- e) срыгивания

30. При гипоксически-ишемической энцефалопатии легкой степени у новорожденного выявляются:

- a) тремор конечностей, мышечная дистония
- b) гипотония, гипорефлексия
- c) судороги, гипорефлексия
- d. фиксация взора
- e) нарушение сознания

31. При исследовании спинномозговой жидкости у новорожденных с внутричерепным кровоизлиянием выявляется:

- a) повышение уровня глюкозы и хлоридов
- b) снижение уровня эритроцитов и глюкозы
- c) повышение уровня эритроцитов и белка
- d) снижение уровня белка, повышение уровня эритроцитов

е) снижение уровня белка и повышение хлоридов

32. Причиной развития гидроцефалии у новорожденного может послужить:

- а) метаболический синдром
- б) внутрижелудочковое кровоизлияние
- в) радиационные воздействия
- г) токсическое воздействие
- д) родовая травма

33. Выберите классические признаки ядерной желтухи у новорожденного:

- а) гипотония, гипорефлексия
- б) парезы, патологические знаки
- в) психомоторное возбуждение, гиперрефлексия
- г) опистотонус, парез взора вверх
- д) нарушение сна, срыгивания

34. Какой тип кровоизлияния чаще всего встречается у недоношенных новорожденных:

- а) внутрижелудочковое
- б) субэпидимальное
- в) субарахноидальное
- г) подпапневротическое
- д) паренхиматозное

35. При неонатальных судорогах показано назначение фенobarбитала в дозе:

- а) 10 мг/кг/сут. с последующей поддерживающей дозой 3-5 мг/кг/сут.
- б) 20 мг/кг/сут. с последующей поддерживающей дозой 3-5 мг/кг/сут.
- в) 30 мг/кг/сут. с последующей поддерживающей дозой 3-5 мг/кг/сут.
- г) 50 мг/кг/сут. с последующей поддерживающей дозой 3-5 мг/кг/сут.
- д) 40 мг/кг/сут. с последующей поддерживающей дозой 3-5 мг/кг/сут.

36. Длительность «светлого промежутка» при субдуральном кровоизлиянии у новорожденного, расположенное над большими полушариями и возникающие интранатально, варьирует:

- а) от 6 ч до 12 ч
- б) от 6 ч до нескольких суток
- в) от 12 ч до 24.
- г) от 12 ч до нескольких суток
- д) от 24 ч до нескольких суток

37. Препаратом выбора для лечения неонатальных судорог является:

- а) карбамазепин
- б) леветирацетам
- в) фенobarбитал

- d) топирамат
- e) габапертин

38. Время угасания ладонно-ротового рефлекса Бабкина:

- a) после 1 месяца
- b) после 2 месяцев
- c) после 3 месяцев
- d) после 6 месяцев
- e) к 1 году

39. Величина большого родничка у новорождённого в среднем составляет (в см):

- a) 1 – 2
- b) 2 – 3
- c) 3 – 4
- d) 4 – 5
- e) 5 – 6

40. За первый год жизни окружность головы доношенного ребёнка увеличивается на (в см):

- a) 6 – 8
- b) 8 – 10
- c) 10 – 12
- d) 12 – 13
- e) 13 – 14

41. Окружность головы при рождении у доношенных новорождённых по данным Журбы Л.Т., Мастюковой Е.М., 1981 составляет (в см):

- a) мальчики: 33 - 37.7, девочки: 32 – 36.2
- b) мальчики: 32 – 36.2, девочки: 33 - 37.7
- c) мальчики: 32 - 36, девочки: 31 – 35
- d) мальчики: 31 - 35, девочки: 32 - 36
- e) мальчики: 34 - 38, девочки: 33 – 37

42. Какие изменения в ликворе характерны для внутрижелудочкового кровоизлияния:

- a) отсутствие эритроцитов
- b) наличие эритроцитов
- c) повышение глюкозы
- d) снижение глюкозы
- e) снижение белка

43. Ребенку 5 дней, от 1 беременности, 1 срочных родов, с весом 3100 и оценкой по Апгар 5 баллов. Ребенок вялый, малоподвижный, цианоз кожных покровов, брадикардия. Сухожильные рефлексы с конечностей оживлены. Основные безусловные рефлексы угнетены. Мышечный тонус снижен. Поставьте клинический диагноз:

- a) ГИЭ, тяжелой степени, коматозный синдром
- b) ГИЭ, тяжелой степени, синдром двигательных
- c) Адаптационный синдром, угнетение ЦНС

- d) ГИЭ средней степени тяжести, синдром угнетения ЦНС
- e) ГИЭ, легкой степени тяжести, синдром нервно-рефлекторной возбудимости

44. Ребенку 10 месяцев, отстает в психомоторном развитии с рождения. Акушерский анамнез отягощен (токсикоз, затяжные роды, асфиксия). Масса тела при рождении 3900 г. Мозговая часть черепа преобладает над лицевой. Окружность головы 50 см. (при рождении 36 см), расхождение костей черепа и родничков. При перкуссии головы звук «треснувшего горшка». Спинномозговая жидкость: вытекает струей, белок – 0,099 г/л, цитоз – 10 лимфоцитов. Поставьте клинический диагноз:

- a) Опухоль головного мозга, гидроцефальный синдром
- b) Гидроцефальный синдром, ЗПР вследствие перенесенной ГИЭ
- c) Врожденный порок развития головного мозга, гидроцефалия
- d) Менингоэнцефалит
- e) ГИЭ, средней степени тяжести, гидроцефальный синдром, задержка психомоторного развития

45. Родовая травма периферической нервной системы приводит к развитию:

- a) центрального монопареза
- b) центрального тетрапареза
- c) периферического пареза
- d) центрального гемипареза
- e) центрального парапареза

46. Родовая травма спинного мозга возникает вследствие:

- a) хронической гипоксии
- b) острой асфиксии
- c) механического повреждения
- d) метаболического воздействия
- e) воздействия радиации

47. Парезы чаще всего бывают исходом внутриутробно перенесенного:

- a) токсоплазмоза
- b) сифилиса
- c) листериоза
- d) гриппа
- e) анемии

48. Укажите основную причину формирования окклюзионной гидроцефалии у недоношенного ребенка:

- a) спонтанное возникновение
- b) токсическое воздействие
- c) родовая травма
- d) метаболические перестройки
- e) внутрижелудочковое кровоизлияние

49. Основной причиной неонатальных судорог является:

- a) галактоземия
- b) гипокальциемия

- с) асфиксия
- д) алкаптонурия
- е) синингомиелия

50. При внутрижелудочковом кровоизлиянии 1 степени у новорожденного наблюдается:

- а) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- б) гипотония, гипорефлексия
- с) судороги, гипорефлексия, тремор рук
- д) мышечная дистония, гипотония
- е) вялость

Эталонные ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b	a	d	c	a	c	d	a	d	d
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
b	e	c	e	a	b	e	d	a	c
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
b	d	d	b	c	b	c	c	a	a
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
c	b	d	a	b	e	c	c	b	c
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
a	b	d	e	c	c	a	e	c	a

2.2. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

В ПИТ находится ребенок под наблюдением. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 роды в срок, в тазовом предлежании. Масса при рождении 3200гр., шкала Апгар 3 балла с первой минуты жизни взят на ИВЛ (интубация трахеи). При беременности с 34 недели нарушение гемостаза, женщина лечилась в отделении патологии беременности. Объективно: на осмотр не реагирует. Кожные покровы бледно-розовые, проводится ИВЛ, слизистые оболочки бледно-розовые. Дыхание аппаратное. Тоны сердца глухие, пульс аритмичный. Мышечный тонус резко снижен, безусловные рефлексы не определяются. Глаза не открывает. Напряжение большого родничка, Правосторонняя асимметрия лица. После подключения ребенка к аппарату ИВЛ через 1 час вялость и сонливость ребенка сменяются резким беспокойством, тремором подбородка и конечностей, клонико-тонические судороги.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дальнейшая тактика врача ПИТ.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
4. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 2 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

На осмотре ребенок 20 дней, со слов мамы отмечается снижение активности ребенка, плохо сосет грудь. Из анамнеза: ребенок от 2 беременности, 2 родов. Беременность протекала с тяжелым токсикозом I половины. Женщина находилась на лечении по поводу токсикоза в отделении гинекологии. Роды в срок, масса при рождении 3270гр, с однократным тугим обвитием вокруг шеи, шкала Апгар 5/7 баллов. В родильном доме была предложена госпитализация в отделение новорожденных, женщина отказалась. Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует вяло, снижена спонтанная двигательная активность при раздражении ребенка, плач тихий. Большой родничок 2,5*2,5см., спокойный. Глазные щели S=D, симптом Грефе, сходящееся косоглазие. Диффузная гипотония мышц, физиологические рефлексы новорожденного вызываются слабые, быстро угасают. Симптом «пяточных стоп».

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте обоснование поставленного диагноза.
3. Какие методы дополнительного обследования необходимы.
4. В какой дозировке, и для каких целей используют пираретам у больных с данной патологией.

Ситуационная задача № 3 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

На осмотре ребенок 14 дней, со слов мамы отмечаются нарушения сна (ребенок плохо засыпает, мало спит). Часто и обильно срыгивает, перед этим беспокоится, после успокаивается и может уснуть. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала с тяжелым гестозом II половины, с повышением АД 140-150/100мм.вод.ст., с отеками ног и наличием белка в анализах мочи. Женщина находилась на лечении по поводу гестоза в отделении патологии беременности. Роды в срок, масса при рождении 2890гр, шкала Апгар 5/7 баллов. В родильном доме была предложена госпитализация в отделение новорожденных, женщина отказалась. Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует негативно, плачет. Большой родничок 2,5*2,5см., напряженный, расхождение по сагиттальному и коронарному швам до 0,2см. Глазные щели S=D, взгляд не фиксирует, симптом Грефе, сходящееся косоглазие. Тонус мышц в конечностях повышенный, руки и ноги приведены к туловищу, кисти рук сжаты в кулачки. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются слабые, быстро угасают. Трemor рук и подбородка.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какими еще синдромами характеризуется данное заболевание.
3. Какие методы дополнительного обследования необходимы.
4. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 4 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

На осмотре ребенок 5 дней, со слов мамы ребенок беспокойный, плачет без видимой причины, плохо засыпает, часто просыпается, дрожит подбородок. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов, роды в срок, масса при рождении 3300гр, оценка по Апгар 6/8 баллов. К груди приложен на вторые сутки жизни, сосет грудь хорошо. Объективно: на осмотр реагирует негативно, плачет, повышенная спонтанная двигательная активность (кормление 40 минут назад). Вызывается спонтанный рефлекс Моро. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются, отсрочено, быстро угасают.

Выраженный тремор рук и подбородка.
Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие клинические синдромы Вы знаете.
3. Укажите сроки продолжительности острого периода при данном заболевании.

Ситуационная задача № 5 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 27 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом, анемией, угрозой прерывания. Роды в срок, стимуляция окситоцином в связи со слабостью родовой деятельности, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6 - 8 баллов. Ребенок закричал после отсасывания слизи. Состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На 4-е сутки жизни отрицательная динамика состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. В неврологическом статусе — крик монотонный, гиперестезия. Большой родничок 2,0*2,0 см, взбухает, напряжен, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, диффузная мышечная гипотония, сухожильные рефлексы снижены D=S. При нагрузке появляется тремор рук. *Общий анализ крови:* НЬ — 192 г/л, Эр — $5,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,98, Лейк — $12,5 \times 10^9$ /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, мочевины — 3,3 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,1 ммоль/л, фосфор — 2,32 ммоль/л. *НСГ-исследование* 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.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного.
4. Перечислите изменения в спинномозговой жидкости, характерные для менингита.
5. В наблюдении, каких специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара.

Ситуационная задача № 6 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

Ребенок М. поступил в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, объем активных движений в правой руке снижен. В роддоме проводилось лечение, на 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения. Окружность головы - 37 см, большой родничок 2*2 см, спокойный. Черепные нервы без особенностей. Рефлексы новорожденных: врожденные рефлексы орального автоматизма вызываются, но ладонноротовой справа не определяется, хватательный и рефлекс Моро справа снижены. Мышечный тонус дистоничен, в правой 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. Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы справа не вызывается.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование, с какой целью.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
5. В консультации какого специалиста нуждается пациентка.
6. Определите прогноз.
7. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 7 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

На приеме ребенок 6 дней, жалоба со слов мамы ребенок беспокойный, плачет без видимой причины, дрожит подбородок. Из анамнеза: ребенок от 2 беременности, 1 родов, роды в срок, масса при рождении 3540гр, шкала Апгар при рождении 8/8 баллов. К груди приложили на 1-йе сутки жизни. Сосет грудь хорошо, не срыгивает, лактация достаточная. Объективно: на осмотр реагирует адекватно, спокойно. Глазные щели S=D, взгляд фиксирует кратковременно. Вызывается спонтанный рефлекс Моро. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются, быстро угасают. Тремор подбородка при беспокойстве.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие клинические синдромы церебральной ишемии I степени в острый период существуют.
3. Укажите сроки продолжительности острого периода при ГИЭ.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить ребенку.
5. Какая дальнейшая тактика ведения данного ребенка.

Ситуационная задача № 8 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

Ребенок, Д., находится в отделении патологии новорожденных в палате интенсивной терапии. Родился от 1 беременности, 1 срочных родов, продолжительности родов 2 часа, применялось акушерское пособие вакуум-экстракция. Масса при рождении 4230гр. Оценка по Апгар 5/6 баллов. При рождении состояние ребенка средней степени тяжести, отмечается общая скованность, гипертонус мышц конечностей и гиперрефлексия. Через 2 часа после рождения состояние ребенка резко ухудшилось. При осмотре кожные покровы и слизистые бледные. Дыхание частое, эпизоды апноэ. Тахикардия, пульс аритмичный. Реакция на осмотр снижена, большой родничок напряженный, пульсирующий. Симптом Грефе, корнеальный и конъюнктивальные рефлексы вялые, диффузная гипотония мышц, физиологические рефлексы новорожденного не вызываются. Во время осмотра развился генерализованный тонико-клонический приступ.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. План лечения судорожного синдрома.
3. Какой степени асфиксии соответствует оценка новорожденного в родильном зале.
4. Перечислите причины неонатальных судорог.

Ситуационная задача № 9 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

Ребенок Ш., от 1 беременности, 1 родов, во время беременности угрозы выкидыша на протяжении всей беременности. Масса при рождении 2400гр., рост 44см.,

продолжительность родов 2 часа 20 минут, срок гестации 35 нед. Оценка по Апгар 1-3 балла. Объективно: состояние ребенка крайне степени тяжести. Выраженный цианоз кожных покровов. Дыхание стридорозное, тоны сердца глухие, пульс аритмичный. Большой родничок напряженный, пульсирующий. Глазные щели S=D, зрачки сужены, анизокория, «плавающие» движения глазных яблок, ротаторный нистагм. Физиологические рефлексы новорожденного отсутствуют. Во время осмотра развился генерализованный тонико-клонический приступ судорог. Проведена интубация трахеи, начата респираторная поддержка методом ИВЛ.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте обоснование поставленного диагноза.
3. Укажите дополнительные методы исследования
4. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 10 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

В отделение поступил ребенок в возрасте 1 месяц, со слов мамы в течение 10 дней отмечается температуры до субфебрильных цифр, ребенок беспокойный, дрожат руки, беспокойный сон. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов. Женщина на учете по беременности не наблюдалась, не обследована. Родился в срок, вес ребенка при рождении 2400г. Во время пребывания в родильном доме был конъюнктивит, ринит. При осмотре ребенок реагирует негативно, плач раздраженный. Большой родничок 3*3 см, напряженный, расхождение по сагиттальному шву черепа 0,2см, Глазные щели S>D экзофтальм, симптом Грефе, симптом «заходящего солнца», сходящееся косоглазие S>D. Сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо. Тремор кистей рук и подбородка. Физиологические рефлексы новорожденного снижены. На коже туловища и конечностей пятнисто-папулезные высыпания, папулезные инфильтрации вокруг рта, дистрофические изменения ногтей, гепатоспленомегалия. Анализ крови, реакция Вассермана ++++.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте обоснование поставленного диагноза.
3. Врачебная тактика.
4. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 11 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

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

Задание:

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

Ситуационная задача № 12 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

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

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

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз. Оцените состояние больного, выделите ведущие синдромы.
3. Терапевтическая тактика. Мониторинг.

Ситуационная задача № 13 (УК-1, ПК-1, 2, 3, 4)

Ребенку А. - 1 месяц. На приеме у педиатра. Родился недоношенным, м. т. - 2010 г. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки. Находится на грудном вскармливании. Жалобы на общее беспокойство, усиленную спонтанную двигательную активность, немотивированный плач, диссомнию. «Кишечных колик» нет. Оживление сухожильных рефлексов, повышен рефлекс Моро, мелкоамплитудный тремор в руках. НСГ в роддоме: признаки церебральной ишемии Ист. Antenатальный, интранатальный анамнез: беременность 1-я, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемия. Роды на 35 неделе.

Задание:

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

Эталонные ответы**Ситуационная задача № 1.**

1. ГИЭ, тяжелой степени тяжести, церебральная ишемия III степени, судорожный синдром.
2. Назначение фенobarбитала для купирования судорог в нагрузочной дозе 20 мг/кг/сут, с переводом на поддерживающую дозу 3 – 5 мг/кг/сут
3. НСГ, офтальмоскопия.
4. Прогноз неблагоприятный, высокий риск формирования эпилепсии, ДЦП, задержки развития.

Ситуационная задача № 2.

1. ГИЭ, средней степени тяжести, церебральная ишемия II степени, синдром угнетения.
2. В анамнезе – данные за внутриутробную гипоксию плода и асфиксию при рождении, в неврологическом статусе снижение спонтанной двигательной активности, слабая реакция на раздражители, общая гипотония, гипорефлексия, угнетение физиологических рефлексов новорожденного.
3. НСГ, офтальмоскопия.

4. Пирацетам - ноотропный препарат, назначается с целью восстановления трофических процессов, терапевтическая дозировка 50-100 мг/кг/сутки, курс до 1 месяца.

Ситуационная задача № 3.

1. ГИЭ, средней степени тяжести, церебральная ишемия II степени, синдром внутримозговой гипертензии.
2. Церебральная ишемия 2 степени клинически проявляется следующими синдромами: судорожный, внутримозговой гипертензии, угнетения, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, вегетативно-висцеральной дисфункции.
3. НСГ, офтальмоскопия.
4. Прогноз чаще благоприятный, определяется длительностью ишемии и сопутствующей патологией.

Ситуационная задача № 4.

1. ГИЭ, средней степени тяжести, церебральная ишемия I степени, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
2. Клинически синдромы острого периода: повышенной нервно-рефлекторной возбудимости; угнетения; внутримозговой гипертензии; гидроцефальный; судорожный; коматозное состояние.
3. Продолжительность острого периода у доношенных детей до 10 дней, у недоношенных до 1 месяца.

Ситуационная задача № 5.

1. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия. ВЖК 2 степени. Вторичный менингит.
2. Исследование ликвора.
3. Отягощенный анамнез.
4. Плеоцитоз, повышение уровня белка.
5. Невролог, офтальмолог.

Ситуационная задача № 6.

1. Родовая травма шейного отдела позвоночника, периферический парез правой верхней конечности, типа Дюшена-Эрба.
2. Перелом ключицы, эпифизиолез, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит.
3. Рентгенологическое исследование показано с целью исключения хирургической патологии.
4. Электронейромиография с верхних конечностей
5. Необходима консультация хирурга.
6. Прогноз зависит от степени тяжести, уровня поражения, тактики лечения.
7. Атрофия мышц, формирование контрактур.

Ситуационная задача № 7.

1. Здоров.
2. Клинически синдромы острого периода: повышенной нервно-рефлекторной возбудимости; общего угнетения; гипертензионный; гипертензионно-гидроцефальный; судорожный; коматозное состояние.
3. Продолжительность острого периода у доношенных детей до 10 дней, у недоношенных до 1 месяца.
4. Консультация невролога, офтальмоскопия.
5. Повторный осмотр с данными дополнительных методов исследования.

Ситуационная задача № 8.

1. Внутримозговая родовая травма, субдуральная гематома, судорожный синдром.

2. У новорожденных препаратом выбора являются барбитураты – фенобарбитал из расчета 20 мг/кг/сут с переводом на поддерживающую дозу 3 – 5 мг/кг/сут.
3. Средней степени тяжести.
4. Тетанические судороги (спазмофилия), гипогликемические, аноксические, судороги, обусловленные родовой травмой, судороги пятого дня, пиридоксинзависимые, судороги, обусловленные гемолитической болезнью новорожденных, судороги вследствие врожденных аномалий развития, тонические неонатальные.

Ситуационная задача № 9.

1. Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, внутрижелудочковое кровоизлияние 2 – 3 степени.
2. На основании анамнеза (недоношенность, асфиксия), неврологической симптоматики.
3. Методы нейровизуализации (НСГ, по показаниям КТ головного мозга), исследование ликвора, ЭЭГ-исследование.
4. Прогноз заболевания определяется факторами: исходным состоянием ребенка, локализацией и степенью кровоизлияния, своевременностью диагностических и лечебных мероприятий.

Ситуационная задача № 10.

1. Врожденный сифилис нервной системы.
2. На основании анамнеза (женщина не обследованная, в родильном доме у ребенка проявления врожденного конъюнктивита и ринита, низкая масса тела при рождении), неврологическая симптоматика, положительная реакция Вассермана в анализе крови.
3. Провести одномоментное обследование матери и ребенка, при серологическом исследовании необходимо использовать комплекс реакций (реакция Вассермана, РИФ, РИБТ). Обязательна консультация дерматовенеролога.
4. Прогноз заболевания в основном определяется рациональным лечением матери и тяжестью заболевания ребенка. Как правило, раннее начало лечения, полноценное питание, тщательный уход, вскармливание грудным молоком способствуют достижению благоприятных результатов. Большое значение имеют сроки начала лечения, так как специфическая терапия, начатая после 6 месяцев, является менее эффективной.

Ситуационная задача № 11.

1. G93.4 Гипоксически-ишемическая энцефалопатия доношенного, средней тяжести, ранний восстановительный период, гипертензионно-гидроцефальный синдром.
2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
3. Диакарб 20 мг/кг/сут., утром 4 дня, затем 2 дня – перерыв и т.д.; глицин 10 мг/кг вечером в течение 1,5 месяцев. Контрольное исследование НСГ, контроль прироста окружности головы и груди, консультация офтальмолога (глазное дно). Консультация невролога. Диспансеризация. При продолжении увеличения наружных ликворных пространств на фоне клинических признаков субкомпенсации гидроцефалии курсы дегидратационной терапии продолжить. Госпитализация по показаниям. Консультация нейрохирурга по показаниям.

Ситуационная задача № 12.

1. Внутричерепное кровоизлияние у доношенного, тяжелой степени, острый период, коматозный, судорожный синдром. Внутрижелудочковое кровоизлияние 3-ей степени.
2. Реанимационные мероприятия: кардио-респираторная поддержка. Инфузионная терапия с расчетом потребности в калориях, углеводах, коррекция гиповолемии (глюкоза, физ. раствор), по показаниям – лазикс 1-2 мг/кг; сернокислая магнезия 25% р-р 0.2 мл/кг м.т., коррекция гипокалиемии, гипокальциемии, гипомагниемии; диазепам 0,5-1 мг/кг; дицинон 12,5% р-р в/м 1 мл, гемостатическая терапия по показаниям. Мониторинг КОС, электролитов, глюкозы.

Ситуационная задача № 13.

1. G93.4 Гипоксически-ишемическая энцефалопатия недоношенного, ранний восстановительный период, синдром повышенной нервно - рефлекторной возбудимости. 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. Курс терапии минимальный с применением седативных препаратов: микстура с цитралью, успокаивающие сборы (корень валерианы, пустырник, шалфей) по 1 ч.л. 3 раза в день.