

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.
Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**
Клинический институт детского здоровья
им. Н.Ф. Филатова
Кафедра детской неврологии

Методические материалы по дисциплине:
Детская неврология
основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.02 Педиатрия

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Перинатальный период включает время до _____ полных суток после рождения
 - а. 7
 - б. 14
 - в. 28
 - г. 3
2. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия чаще развивается после
 - а. Интранатальной асфиксии
 - б. Постнатальной асфиксии после родов
 - в. Асфиксии в подростковом возрасте
 - г. Асфиксии при поперхивании
3. Терапевтическую гипотермию при умеренной и тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатии начинают до _____ часов жизни
 - а. 6
 - б. 12
 - в. 24
 - г. 48
4. Целевая температура при тотальной неонатальной гипотермии составляет _____ градусов цельсия
 - а. 33,5–34,5
 - б. 35,5–36,5
 - в. 31,0–32,0
 - г. 37,0–38,0
5. Длительность поддержания терапевтической гипотермии при гипоксически-ишемической энцефалопатии составляет _____ часов

- а. 72
 - б. 24
 - в. 48
 - г. 96
6. Магнитно-резонансная томография при гипоксически-ишемической энцефалопатии наиболее информативна для прогноза при выполнении на
- а. 3–5 сутки жизни
 - б. 1–2 сутки жизни
 - в. 10–14 сутки жизни
 - г. 20–22 сутки жизни
7. Контроль судорожной активности у новорожденного наиболее точно обеспечивает
- а. Мониторинг электроэнцефалографии
 - б. Наблюдение персоналом
 - в. Видеонаблюдение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных
 - г. Динамическая нейросонография головного мозга
8. Перивентрикулярная лейкомаляция чаще встречается у
- а. Недоношенных новорожденных
 - б. Переношенных новорожденных
 - в. Доношенных новорожденных детей
 - г. Детей подросткового возраста
9. Типичным двигательным исходом перивентрикулярной лейкомаляции является
- а. Спастическая диплегия
 - б. Гемипаретическая форма
 - в. Дистонический синдром
 - г. Атаксическая форма паралича
10. Внутривентрикулярное кровоизлияние у недоношенных чаще исходит из
- а. Герминального матрикса
 - б. Ткани полушарий мозжечка
 - в. Ствола головного мозга
 - г. Сосудистого сплетения желудочков
11. Классификация папиле для внутривентрикулярного кровоизлияния основана на данных
- а. Нейросонографии
 - б. Офтальмоскопии глазного дна
 - в. Тональной аудиометрии
 - г. Электрокардиографии
12. Основным фактором риска перивентрикулярной лейкомаляции является
- а. Недоношенность
 - б. Выраженная полицитемия
 - в. Врожденный гипотиреоз
 - г. Гиперкальцемиа
13. Перинатальный ишемический инсульт у доношенных чаще проявляется
- а. Фокальными судорогами
 - б. Эпизодами апноэ и цианозом
 - в. Плачем с вздрагиваниями
 - г. Парезом взгляда вправо
14. При подозрении на неонатальный инсульт наиболее информативная визуализация
- а. Магнитно-резонансная томография головы
 - б. Компьютерная томография головы без контрастирования
 - в. Рентгенография костей черепа в двух проекциях
 - г. Ультразвуковое исследование головного мозга через родничок
15. Генерализованный отек мозга при гипоксически-ишемической энцефалопатии связан с прежде всего
- а. Цитотоксическим отеком
 - б.

- Вазогенным отеком мозга в.
Гидростатическим отеком г.
Интерстициальным отеком
16. Субарахноидальное кровоизлияние у новорожденного чаще проявляется
а. Раздражительностью и судорогами
б. Угнетением сознания, апноэ и судорогами
в. Выраженной анемией и тахикардией
г. Фокальной неврологической симптоматикой
17. Клиническим маркером нейромышечной депрессии при гипоксически-ишемической энцефалопатии является
а. Гипотония
б. Гипертрихоз
в. Грудной сколиоз
г. Шейный лордоз
18. Паттерн «вспышка–подавление» на электроэнцефалограмме характерен для _____ энцефалопатии
а. Тяжелой
б. Легкой степени
в. Неопределенной
г. Субклинической
19. Оценка апгар проводится на _____ минутах жизни
а. 1 и 5
б. 10 и 20
в. 2 и 4
г. 15 и 30
20. При гипоксически-ишемической энцефалопатии неблагоприятным прогностическим признаком является
а. Стойкий ступор
б. Гастроэзофагеальный рефлюкс
в. Кормотерпимость
г. Гиперсаливация
21. При ведении гипоксически-ишемической энцефалопатии критическим параметром поддержания мозговой перфузии является
а. Адекватное артериальное давление
б. Низкая температура кожи и конечностей
в. Высокий гематокрит в первые часы
г. Низкий билирубин в сыворотке крови
22. Осложнением терапевтической гипотермии может быть
а. Брадикардия
б. Гипертермия
в. Тяжелая тахикардия
г. Учащенное дыхание
23. При гипоксически-ишемической энцефалопатии ранняя нейросонография наиболее полезна для выявления
а. Внутрижелудочкового кровоизлияния
б. Хромосомных микроделций у ребенка
в. Расстройств аутистического спектра
г. Синдрома дефицита внимания с гиперактивностью
24. Неонатальные судороги чаще имеют _____ этиологию
а. Остро-симптоматическую
б. Психогенную истерическую
в. Исключительно идиопатическую
г. Психосоматическую реакцию
25. Метаболической причиной неонатальных судорог может быть
а. Гипогликемия
б. Гиперкалемия 7,0

- в. Гипермагниемия
 - г. Гиперурикемия
26. При гипогликемии неонатальные судороги чаще купируются после
- а. Коррекции глюкозы
 - б. Витамина д в высокой дозе
 - в. Антибиотиков широкого спектра
 - г. Диуретиков петлевых
27. При гипокальциемии для подтверждения диагноза определяют
- а. Ионизированный кальций
 - б. Общий кальций сыворотки
 - в. Магний и фосфор в плазме крови
 - г. Паратгормон и витамин д
28. При внутриутробной цитомегаловирусной инфекции частым нейровизуализационным признаком являются
- а. Перивентрикулярные кальцификаты
 - б. Субдуральные гематомы с масс-эффектом
 - в. Кальцинаты в базальных ядрах мозга
 - г. Генерализованная вентрикуломегалия
29. Гидроцефалия после внутрижелудочкового кровоизлияния чаще относится к _____ типу
- а. Окклюзионному
 - б. Ортостатическому
 - в. Психогенному варианту
 - г. Аллергическому
30. Критерием прогрессирующей постгеморрагической гидроцефалии является
- а. Рост окружности головы
 - б. Диарея более трех суток
 - в. Полифагия с ночным пробуждением
 - г. Гипертрихоз в теменной зоне
31. Клиническим признаком внутричерепной гипертензии у грудничка может быть
- а. Расхождение швов
 - б. Гипертория во время кормления
 - в. Лактостаз у матери в послеродовом периоде
 - г. Полиурия с изостенорией
32. Нейроповеденческим исходом перинатального поражения может быть
- а. Задержка развития
 - б. Синдром жильбера печени
 - в. Миопия слабой степени
 - г. Полидактилия конечностей
33. Детский церебральный паралич является _____ нарушением
- а. Непрогрессирующим
 - б. Обязательно прогрессирующим
 - в. Только психогенным
 - г. Остроинфекционным
34. Спастические формы детского церебрального паралича связаны с поражением прежде всего
- а. Пирамидных путей
 - б. Зрительных нервов
 - в. Улитки внутреннего уха
 - г. Блуждающего нерва
35. Судорожный синдром в исходе гипоксически-ишемической энцефалопатии чаще проявляется как
- а. Эпилепсия
 - б. Протрузия
 - в. Остеохондроз
 - г. Атопический дерматит

36. Риск неврологического дефицита при гипоксически-ишемической энцефалопатии выше при _____ форме
- а. Тяжелой
 - б. Легкой степени
 - в. Транзиторной
 - г. Субклинической
37. При перивентрикулярной лейкомаляции ранним неврологическим признаком может быть
- а. Нарушение тонуса нижних конечностей
 - б. Гиперсаливация после кормления
 - в. Желтуха первой недели
 - г. Отит с частыми рецидивами
38. При подозрении на менингит у новорожденного диагностической основой является
- а. Люмбальная пункция
 - б. Рентген руки с костным возрастом
 - в. Колоноскопия при кровотечении
 - г. Спирометрия с пробой
39. Бактериальный менингит у новорожденных чаще вызывается
- а. Стрептококком группы б
 - б. Коревым вирусом у непривитых
 - в. Вибрио холера на фоне диареи
 - г. Парвовирусом b19 внутриутробно
40. Неврологическим осложнением билирубиновой энцефалопатии является
- а. Атетоз
 - б. Миокардит
 - в. Нефрит
 - г. Гастрит
41. Клиническим синдромом острого билирубинового поражения может быть
- а. Опистотонус
 - б. Кровавый стул типа мелены
 - в. Выраженная полидипсия
 - г. Тортиколлис
42. Постгипоксическая энцефалопатия включает риск формирования _____ дефицита
- а. Когнитивного
 - б. Гематологического
 - в. Дерматологического
 - г. Ревматологического
43. При остром неонатальном повреждении мозга основным механизмом является
- а. Эксайтотоксичность
 - б. Липогенез в печени плода
 - в. Остеогенез в костях
 - г. Фибринолиз в плазме
44. Вторичное энергетическое повреждение при гипоксически-ишемической энцефалопатии развивается через
- а. От 6 до 48 часов
 - б. От 0 до 2 часов лишь
 - в. От 72 до 96 часов
 - г. От 168 до 240 часов
45. Фактором риска перинатального инсульта может быть
- а. Тромбофилия матери
 - б. Гипоальбуминемия у новорожденного
 - в. Гиповитаминоз а у матери
 - г. Талассемия минор у отца
46. При неонатальном менингите в спинномозговой жидкости чаще отмечается
- а. Плеоцитоз
 - б. Эозинофилия 30%

- в. Кристаллурия
 - г. Гиперкальцемия
47. При сепсисе у новорожденного неврологическим проявлением может быть
- а. Летаргия
 - б. Фотофобия
 - в. Полипнея с везикулами
 - г. Гематурия
48. Для долгосрочного наблюдения после тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатии наиболее важно
- а. Наблюдение за психомоторным развитием ребёнка
 - б. Сезонная вакцинация гриппа
 - в. Контроль зрения один раз в год
 - г. Анализ кала на дисбиоз
49. Электроэнцефалография у новорожденного применяется для мониторинга
- а. Функций головного мозга
 - б. Печеночных ферментов
 - в. Функций почек
 - г. Кислотности желудка
50. Родовой парез дюшенна–эрба чаще связан с поражением
- а. А. Верхних корешков плечевого сплетения
 - б. Б. Нижних корешков плечевого сплетения
 - с. В. Лицевого нерва
 - д. Г. Седалищного нерва
51. Функциональные последствия перинатальной патологии нервной системы чаще характеризуются _____ течением
- а. Транзиторным
 - б. Необратимым
 - в. Прогрессирующим
 - г. Фатальным
52. Органические последствия перинатальной патологии нервной системы чаще связаны со _____ дефицитом
- а. Стойким
 - б. Кратковременным
 - в. Сезонным
 - г. Эпизодическим
53. Помощь ребенку после перинатального поражения нервной системы наиболее эффективна при _____ начале
- а. Раннем
 - б. Позднем
 - в. Случайном
 - г. Редком
54. Для подтверждения органического поражения головного мозга наиболее информативна
- а. Магнитно-резонансная томография
 - б. Рентгенография черепа
 - в. Ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи
 - г. Электроэнцефалография
55. Детский церебральный паралич относится к _____ двигательным нарушениям
- а. Непрогрессирующим
 - б. Обязательно прогрессирующим
 - в. Исключительно психогенным
 - г. Остроинфекционным
56. Тяжесть ограничений передвижения у детей с детским церебральным параличом оценивается по
- а. Системе классификации функций грубой моторики
 - б. Системе классификации функций мелкой моторики

- в. Системе классификации функций речевого развития
 - г. Системе классификации функций пищевого поведения
57. Спастичность при детском церебральном параличе обусловлена поражением _____ путей а.
Пирамидных б.
Зрительных в.
Слуховых
г. Обонятельных
58. Для количественной оценки спастичности у детей применяют шкалу _____ а. Эшворта
б. Апгар
в. Бишопа
г. Глазго
59. Наиболее доказанным методом локального снижения спастичности являются инъекции _____ а. Ботулотоксина типа а
б. Инсулина
в. Антибиотика
г. Витамин с
60. Системным методом лечения тяжелой спастичности может быть введение баклофена а. Интралюмбально
б. Интраназально в.
Внутримышечно г.
Подкожно
61. Основным нежелательным эффектом баклофена при приеме внутрь является а. Сонливость
б. Выпадение волос
в. Повышение температуры
г. Кожный зуд
62. К нефармакологическим мерам коррекции спастичности относится а. Регулярное растяжение мышц
б. Плановый курс антибиотиков
в. Назначение антиаритмиков
г. Профилактический прием диуретиков
63. При дистоническо-гиперкинетическом варианте детского церебрального паралича для снижения гиперкинезов может применяться а. Тригексифенидил
б. Баклофен
в. Леветирацетам
г. Парацетамол
64. Раннее формирование контрактур у детей чаще связано со а. Спастичностью
б. Гипогликемией в.
Гиперурикемией г.
Гипокальциемией
65. Скрининг ортопедических осложнений у детей с детским церебральным параличом включает мониторинг а. Тазобедренных суставов
б. Атланто-затылочного сочленения
в. Рентгенографии черепа
г. Мрт головного мозга
66. Подвывих бедра у детей с детским церебральным параличом чаще связан со спастичностью

- а. Приводящих мышц
 - б. Разгибателей кисти
 - в. Икроножных мышц
 - г. Задней большеберцовой мышцы
67. При нарушении глотания у детей с детским церебральным параличом повышается риск
- а. Аспирации
 - б. Носового кровотечения
 - в. Кишечных инфекций
 - г. Кишечной непроходимости
68. При длительной недостаточности питания у детей с детским церебральным параличом вариантом энтерального доступа может быть
- а. Гастростомия
 - б. Колостомия в.
 - Трахеостомия
 - г. Тонзиллэктомия
69. Нарушение слуха у младенца наиболее рано выявляется с помощью
- а. Отоакустической эмиссии
 - б. Осмотра с использованием отоскопа
 - в. Эндоскопического исследования
 - г. Оценки реакции на речь в первый месяц жизни
70. Ранняя коррекция речевых нарушений у детей включает занятия с
- а. Логопедом
 - б. Педиатром
 - в. Офтальмологом
 - г. Гематологом
71. Скрытые приступы у детей наиболее надежно выявляются при
- а. Видеомониторинге электроэнцефалографии
 - б. Реовазографии
 - в. Наблюдениях медицинским персоналом
 - г. Рентгенографии черепа
72. При фокальных приступах у ребенка как вариант базовой терапии может использоваться
- а. Леветирацетам
 - б. Дротаверин
 - в. Омепразол
 - г. Цефалексин
73. При подозрении на наследственную метаболическую причину задержки развития важно определить уровень
- а. Аммиака
 - б. Холестерина
 - в. Тропонина г.
 - Билирубина
74. При подозрении на гидроцефалию у грудного ребенка важным признаком является
- а. Увеличение окружности головы
 - б. Увеличение длины стопы
 - в. Рост волос на лбу
 - г. Появление родимого пятна
75. При постгеморрагической гидроцефалии вариантом хирургического лечения может быть
- а. Вентрикулоперитонеальное шунтирование
 - б. Гемисферотомия

- в. Глубокая стимуляция мозга
 - г. Трахеостомия
76. При выраженной спастичности у ребенка вариантом нейрохирургического лечения может быть
- а. Селективная дорзальная ризотомия
 - б. Вентрикулоперитонеальное шунтирование
 - в. Гемисферотомия
 - г. Аденотомия
77. Оценка эффективности реабилитации у детей проводится по _____критериям
- а. Функциональным
 - б. Биохимическим
 - в. Иммунологическим
 - г. Гистологическим
78. Ведение ребенка с тяжелыми последствиями перинатальной патологии нервной системы требует _____подхода
- а. Мультидисциплинарного
 - б. Исключительно хирургического
 - в. Исключительно медикаментозного
 - г. Исключительно педагогического
79. Ранняя помощь детям с нарушениями движений включает ориентацию на
- а. Активные навыки
 - б. Только пассивные процедуры
 - в. Только массаж курсами
 - г. Только иглорефлексотерапию
80. Функциональные нарушения сна у детей корректируются прежде всего через
- а. Гигиену сна
 - б. Антидепрессанты
 - в. Нейролептические препараты
 - г. Гормональную терапию
81. Синдром повышенной возбудимости у младенца требует исключения
- а. Эпилепсии
 - б. Хронического гепатита
 - в. Врожденного порока зубов
 - г. Гиповитаминоза с
82. Тремор у новорожденного в первую очередь требует оценки уровня
- а. Глюкозы
 - б. Холестерина
 - в. Мочевой кислоты
 - г. Билирубина
83. При судорогах у новорожденного до назначения противосудорожных средств необходима коррекция
- а. Метаболических нарушений
 - б. Дефектов прикуса
 - в. Близорукости
 - г. Дефектов осанки
84. Ребенок с последствиями перинатального поражения нервной системы нуждается в оценке
- а. Питания и глотания
 - б. Нарушения осанки
 - а. В. Цвета волос
 - г. Размера ушей

85. При выраженных трудностях с кормлением у детей первично оценивают
- Безопасность глотания
 - Длину конечностей
 - Цвет кожи
 - Форму черепа
86. При микроцефалии и задержке развития важным этапом обследования является
- Генетическое тестирование
 - Определение группы крови
 - Тест на гельминты
 - Проба манту повторно
87. При выявлении регресса навыков у ребенка важно исключить
- Эпилептическую энцефалопатию
 - Дерматит контактный
 - Плоскостопие
 - Кариес
88. Для выявления эпилептиформной активности у ребенка особо ценно исследование электроэнцефалографии во время
- Сна
 - Приема пищи
 - Купания
 - Прогулки
89. При функциональных нарушениях поведения у детей важным компонентом помощи является
- Психолого-педагогическая поддержка
 - Длительная нейрорепитивная терапия
 - Профилактические антидепрессанты
 - Прием препаратов магния
90. При органическом поражении нервной системы у детей чаще выявляются _____ симптомы
- Очаговые
 - Сезонные
 - Кишечные
 - Легочные
91. При подозрении на эпилепсию важным фактором риска является
- Кортикальная дисплазия
 - Низкий уровень роста волос
 - Перенесенный серозный менингит
 - Наличие посттравматической фокальной эпилепсии у матери
92. Потеря ранее приобретенных навыков у ребенка с предполагаемым детским церебральным параличом требует исключения
- Нейродегенеративного заболевания
 - Функциональной лабильности нервной системы
 - Изолированной речевой задержки
 - Нарушения режима сна
93. Нормальная магнитно-резонансная томография у ребенка со спастичностью и задержкой развития повышает вероятность _____ этиологии
- Генетической
 - Ортопедической
 - Гастроэнтерологической
 - Дерматологической
94. Для подтверждения аспирации при нарушении глотания у детей с церебральным параличом наиболее информативно

- а. Видеоэндоскопическое исследование функции глотания
 - б. Ультразвуковое исследование брюшной полости
 - в. Обзорная рентгенография брюшной полости
 - г. Гастроэндофагодуоденоскопия
95. План локальной терапии спастичности у детей наиболее обоснован при _____
- оценке целевых мышц
 - а. Функциональной
 - б. Ультразвуковой
 - в. Электронейромиографической
 - г. Электроэнцефалографической
96. Направление ребенка с устойчивой спастичностью на внутриспинномозговое введение баклофена обосновано при _____спастичности
- а. Генерализованной
 - б. Легкой локальной
 - в. Переходящей утренней
 - г. Эпизодической при усталости
97. Оценка болевого синдрома у невербального ребенка с тяжелым церебральным параличом основана на _____поведенческих признаках
- а. Наблюдаемых
 - б. Описанных родственниками условно
 - в. Предполагаемых по возрасту и тяжести основного заболевания
 - г. Связанных только с приемом пищи
98. Выявление дистонии у ребенка с церебральным параличом требует коррекции лечения с учетом
- а. Вариабельности тонуса
 - б. Цвета кожи и температуры конечностей
 - в. Только высоты роста и массы тела
 - г. Только наличия контрактур в кистях
99. Наличие фокального неврологического дефицита по результатам осмотра является показанием к
- а. Магнитно-резонансной визуализации головного мозга
 - б. Рентгенографии шеи
 - в. Ультразвуковой доплерографии сосудов головы и шеи
 - г. Осмотра психологом
100. _____ Неэпилептический характер пароксизмов у ребенка наиболее надежно подтверждает
- а. Видеомониторинг электроэнцефалографии
 - б. Электрокардиография в покое
 - в. Общий анализ крови
 - г. Ультразвуковое исследование щитовидной железы
101. _____ Эпилептическая энцефалопатия характеризуется влиянием эпилептической активности на
- а. Когнитивное развитие
 - б. Формирование кортикальной дисплазии
 - в. Развитие мозжечка
 - г. Развитие внутрижелудочковых кровоизлияний
102. _____ Синдром веста включает детские спазмы и _____на электроэнцефалографии
- а. Гипсаритмию
 - б. Редкие веретена сна
 - в. Изолированный альфа-ритм
 - г. Диффузное замедление без разрядов

103. Инфантильные спазмы у грудного ребенка чаще проявляются
- а. Сериями
 - б. Единичным приступом раз в месяц
 - в. Кратким обмороком
 - г. Вздрагиваниями после засыпания
104. При синдроме веста стартовая терапия часто включает
- а. Гормональное лечение
 - б. Антибактериальные средства
 - в. Мочегонные средства
 - г. Антиаритмические средства
105. Раннее начало специфической терапии детских спазмов улучшает
- а. Прогноз развития
 - б. Миелинизацию периферических нервов
 - в. Прорезывание зубов
 - г. Рост волос
106. При фармакорезистентных приступах у детей вариантом дополнительной терапии может быть
- а. Кетогенная диета
 - б. Белковая диета
 - в. Безлактозная диета
 - г. Низкокалорийная диета
107. Эпилептический статус у ребенка клинически связывается с длительностью приступа более
- а. 5 минут
 - б. 1 минуты
 - в. 30 секунд
 - г. 20 секунд
108. Препаратом первой линии для купирования судорожного статуса является
- а. Бензодиазепины
 - б. Антибиотик
 - в. Мочегонное средство
 - г. Антигистаминное средство
109. При подозрении на судороги у новорожденного диагностической основой является
- а. Электроэнцефалография
 - б. Рентгенография пазух
 - в. Ультразвуковое исследование почек
 - г. Электрокардиография
110. При судорогах у новорожденного первичная оценка включает определение
- а. Глюкозы крови
 - б. Холестерина
 - в. Ферритина
 - г. Витамина д
111. При неонатальных судорогах часто используется стартовое средство
- а. Фенобарбитал
 - б. Лоперамид
 - в. Азитромицин
 - г. Фуросемид
112. При пиридоксинзависимых судорогах купирование приступов обеспечивает
- а. Пиридоксин
 - б. Аскорбиновая кислота

- в. Ретинол
 - г. Рибофлавин
113. Синдром ландау–клеффнера характеризуется приобретенным нарушением
- а. Речи
 - б. Зрения
 - в. Слуха периферического
 - г. Роста
114. При синдроме ландау–клеффнера диагностически важна электроэнцефалография во время
- а. Сна
 - б. Кормления
 - в. Купания
 - г. Прогулки
115. Электрический статус медленного сна определяется как _____ активность в медленном сне
- а. Непрерывная эпилептиформная
 - б. Только альфа-активность
 - в. Изолированная тета-активность
 - г. Нормальная активность без разрядов
116. Эпилептическая энцефалопатия с электрическим статусом во сне может проявляться
- а. Регрессом навыков
 - б. Непрерывными генерализованными тонико-клоническими приступами
 - в. Непрерывными миоклониями
 - г. Усилением тиков
117. Для снижения эпилептиформной активности во сне при соответствующей энцефалопатии может применяться
- а. Кортикостероид
 - б. Антибиотик
 - в. Антикоагулянт
 - г. Диуретик
118. Фебрильные судороги определяются как приступы на фоне
- а. Лихорадки
 - б. Гиперкальциемии
 - в. Инсульта
 - г. Почечной колики
119. Простые фебрильные судороги характеризуются
- а. Генерализованным характером
 - б. Длительностью более часа
 - в. Повтором многократно за сутки
 - г. Стойким очаговым дефицитом
120. При первом эпизоде простых фебрильных судорог базовая тактика включает
- а. Наблюдение и оценку
 - б. Длительную профилактику
 - в. Немедленную противосеизмическую
 - г. Инфузию гормонов
121. Пароксизмальные состояния у детей включают эпилептические и _____ эпизоды
- а. Неэпилептические
 - б. Дерматологические
 - в. Ревматологические
 - г. Офтальмологические

122. Обморок у ребенка относится к _____ пароксизмальным состояниям
- Неэпилептическим
 - Фокальным эпилептическим
 - Детским спазмам
 - Атоническим приступам
123. При обмороке у ребенка базовое обследование включает
- Электрокардиографию
 - Эндоскопию желудка
 - Рентгенографию позвоночника
 - Аллергические пробы
124. При психогенных неэпилептических приступах подтверждение основывается на
- Видеомониторинге электроэнцефалографии
 - Ультразвуковом исследовании сосудов головы и шеи
 - Наблюдении родителем за ребенком
 - Наблюдении медицинским персоналом за ребенком
125. Парасомнии у детей чаще возникают во время
- Медленного сна
 - Быстрого сна
 - Приема пищи
 - Дневной прогулки
126. Парасомнии чаще отличаются от эпилепсии наличием
- Стереотипной связи со сном
 - Резкого падения натрия
 - Выраженной желтухи
 - Стойкой анемии
127. Синдром сандифера связан с
- Рефлюксом
 - Нефритическим синдромом
 - Миокардитом
 - Тромбоцитозом
128. Для синдрома сандифера типичны
- Дистонические позы после еды
 - Стойкие отеки по утрам
 - Приступы кровохарканья
 - Симметричные высыпания
129. Для подтверждения структурной причины фокальных приступов у ребенка показана
- Магнитно-резонансная томография
 - Рентгенография грудной клетки
 - Ультразвуковое исследование щитовидной железы
 - Ультразвуковое исследование печени
130. Типичные абсансы у детей характеризуются
- Кратковременным исключением сознания
 - Длительной болью в животе
 - Острой диареей
 - Стойким парезом
131. При типичных абсансах на электроэнцефалографии часто регистрируются
- Генерализованные пик-волны
 - Веретена сна
 - Бета-ритм в бодрствование
 - Альфа-ритм при закрытии глаз

132. Фармакорезистентная эпилепсия определяется как неэффективность
- а. Двух схем лечения
 - б. Одной дозы приступного средства
 - в. Двух курсов антибиотиков
 - г. Одного осмотра врача
133. При фармакорезистентной фокальной эпилепсии вариантом лечения может быть
- а. Хирургическое лечение
 - б. Лечебный массаж
 - в. Профилактика железом
 - г. Вакцинация вне плана
134. Перед хирургическим лечением эпилепсии необходима _____ оценка
- а. Предоперационная
 - б. Дерматологическая
 - в. Стоматологическая
 - г. Отоскопическая
135. При предоперационной оценке эпилепсии ключевыми методами являются видеомониторинг электроэнцефалографии и
- а. Магнитно-резонансная томография
 - б. Общий анализ мочи
 - в. Ультразвуковое исследование селезенки
 - г. Электрокардиография
136. Резкое учащение приступов на фоне лихорадки и инфекции требует исключения
- а. Энцефалита
 - б. Дерматита
 - в. Синусита
 - г. Кариеса
137. При подозрении на инфекционное поражение центральной нервной системы у ребенка важным этапом диагностики является
- а. Исследование спинномозговой жидкости
 - б. Анализ кала на дисбактериоз
 - в. Ультразвуковое исследование головы и шеи
 - г. Вентрикулостомия
138. При пароксизмах с резким побледнением и потерей позы у ребенка дифференциальная диагностика включает
- а. Синкопе
 - б. Снижение зрения
 - в. Детский церебральный паралич
 - г. Головную боль напряжения
139. При аффективно-респираторных приступах у маленьких детей типичен пароксизм на фоне
- а. Плача
 - б. Кормления
 - в. Сна
 - г. Купания
140. Дрожание конечностей у новорожденного чаще отличается от судорог возможностью
- а. Прерывания при удержании
 - б. Усиления при засыпании
 - в. Появления атонии
 - г. Появления апноэ

141. При пароксизмальных состояниях у детей наиболее информативным документом для анализа семиологии является
- а. Видео эпизода
 - б. Фотография эпизода
 - в. Печатная анкета
 - г. Дневник питания
142. При подозрении на эпилептическую энцефалопатию у детей раннее генетическое обследование повышает вероятность
- а. Этиологической верификации
 - б. Влияния на функцию печени
 - в. Передачи мутации
 - г. Полного излечения
143. При подозрении на детские спазмы у грудного ребенка первичным диагностическим шагом является _____
- а. Видеозлектроэнцефалография
 - б. Ультразвуковое исследование почек
 - в. Рентгенография позвоночника
 - г. Электрокардиография
144. При детских спазмах неблагоприятным фактором является _____ начало терапии
- а. Позднее
 - б. Раннее
 - в. Одномоментное
 - г. Поэтапное
145. При первом непровоцированном приступе у ребенка базовое обследование включает
- а. Электроэнцефалографию
 - б. Ультразвуковое исследование желудка
 - в. Рентгенографию кисти
 - г. Отоскопию
146. При подозрении на очаговое поражение головного мозга у ребенка с первым приступом показана
- а. Магнитно-резонансная томография
 - б. Рентгенография шейного отдела
 - в. Ультразвуковое исследование печени
 - г. Денситометрия костей
147. При приступах с запрокидыванием головы и апноэ у младенца в дифференциальный диагноз включают
- а. Рефлюкс-индуцированные эпизоды
 - б. Острый аппендицит
 - в. Аллергический дерматит
 - г. Врожденную близорукость
148. При подозрении на психогенные неэпилептические приступы у подростка тактика включает оценку
- а. Психического статуса
 - б. Частоты выполнения домашнего задания
 - в. Количества кружков и секций
 - г. Количества свободного времени
149. Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста относится к
- а. Эквивалентам мигрени
 - б. Формам эпилептического статуса

- в. Формам менингита
 - г. Формам миозита
150. Снижение риска внезапной неожиданной смерти при эпилепсии в первую очередь достигается за счет
- а. Контроля генерализованных судорожных приступов
 - б. Ограничения поваренной соли
 - в. Профилактики гиповитаминоза
 - г. Назначения антиаритмических средств
151. Задержка психоречевого развития означает
- а) стойкое отставание психики и речи
 - б) преимущественное отставание речи при сохранном уровне познавательных функций и адаптации
 - в) возрастную диспропорцию лишь между крупной и мелкой моторикой без нарушения коммуникативных навыков
 - г) кратковременное снижение речевой активности на фоне острого заболевания без стойкого нарушения развития
152. при зпвр оценивают
- а) возрастной разрыв навыков и нормы
 - б) преимущественно соответствие поведения ребёнка семейным ожиданиям без опоры на возрастные нормативы
 - в) главным образом уровень школьной успеваемости по академическим предметам без анализа ранних навыков
 - г) в основном выраженность и частоту жалоб родителей, не проводя возрастного сравнения развития
153. Задержка психического развития по МКБ-10 чаще относится
- а) к группе F80–F89
 - б) к рубрикам F30–F39, описывающим аффективные расстройства у детей и подростков
 - в) к разделу F40–F48, включающему невротические и тревожные расстройства
 - г) к рубрикам F00–F09, характеризующим органические психические расстройства пожилого возраста
154. Global developmental delay описывает
- а) задержку в двух и более сферах
 - б) изолированное нарушение звукопроизношения при сохраненных моторных и когнитивных навыках
 - в) преимущественно лёгкие академические трудности школьника при нормальном раннем развитии
 - г) только временное торможение в одной сфере, полностью исчезающее без какого-либо вмешательства
155. Интеллектуальное нарушение (умственная отсталость)
- а) стойко снижает интеллект и адаптацию
 - б) характеризуется преимущественно нарушением звукопроизношения при сохранной социальной адаптации
 - в) проявляется только трудностями школьного обучения без изменений в повседневной жизни
 - г) ограничивается снижением академических успехов при нормальном уровне бытовой самостоятельности
156. Специфические расстройства речи (F80)
- а) преимущественно затрагивают речь
 - б) определяются как диффузные когнитивные расстройства с равномерным снижением всех функций
 - в) описывают преимущественно эмоционально-волевые нарушения без влияния на

- речевое развитие
г) включают главным образом расстройства поведения и внимания без речевого компонента
157. экспрессивная речь
а) активное высказывание
б) способность распознавать значения слов и грамматические конструкции при восприятии речи
в) преимущественно произвольные движения артикуляционного аппарата без использования значимых слов
г) навык механического повторения услышанных звуков без самостоятельной организации высказывания
158. Рецептивная речь
а) понимание обращённой речи
б) способность самостоятельно строить фразы для выражения своих намерений в) воспроизведение выученных текстов без понимания их содержания
г) преимущественное использование жестов для привлечения внимания без анализа звуковой речи
159. изолированная задержка экспрессивной речи
а) снижает активную речь при сохранном понимании
б) сопровождается стойким нарушением понимания обращённой речи уже на ранних этапах развития
в) обязательно сочетается с выраженным снижением интеллекта и адаптивного поведения
г) чаще проявляется как изолированное нарушение произношения при нормальном уровне словаря и фраз
160. Задержка психоречевого развития обычно выявляется
а) в дошкольном возрасте
б) преимущественно при профилактических осмотрах взрослых в рамках диспансеризации
в) главным образом в подростковом возрасте при появлении школьной неуспеваемости
г) чаще всего только в периоде новорождённости при выписке из родильного дома
161. При зпвр оценивают несколько сфер
а) моторную, речь, когницию и социализацию
б) преимущественно показатели физического роста без анализа психического развития
в) главным образом данные лабораторных и инструментальных исследований
г) только наличие сопутствующих соматических заболеваний, не оценивая навыки ребёнка
162. глобальная задержка развития
а) охватывает сразу несколько сфер
б) ограничивается незначительной задержкой формирования отдельных звуков речи
в) описывает кратковременное снижение настроения и активности без отставания навыков
г) соответствует индивидуальному типу темперамента при сохранном развитии основных функций
163. Важным отличием зпвр от варианта нормы является
а) устойчивое отставание или регресс
б) кратковременные колебания интересов к разным видам игр при сохранном развитии
в) особенности характера ребёнка без замедления формирования основных

навыков

- г) выбор необычных сюжетов игры при возрастном уровне моторики и речи
164. Для описания зпrr важно указать
- а) возраст появления отклонений
 - б) преимущественно социальный статус и уровень образования родителей
 - в) только результаты общеклинических анализов за период наблюдения
 - г) в основном факт посещения детского сада или школы без детализации развития
165. Частой жалобой при зпrr бывает
- а) отсутствие фразовой речи к дошкольному возрасту
 - б) единичные орфографические ошибки у ученика средней школы при сохранной устной речи
 - в) избирательная застенчивость при общении с незнакомыми взрослыми без отставания навыков
 - г) отказ ребёнка от одной конкретной игры при сохранном интересе к другим видам активности
166. «красный флаг» задержки речи
- а) отсутствие слов и жестов в ожидаемом возрасте
 - б) неумение произносить один сложный звук при сформированной фразовой речи
 - в) кратковременное молчание в новой обстановке при сохранном общении дома г) выбор более спокойных игр у ребёнка с возрастным уровнем речевого развития
167. Дифференцируя зпrr и тугоухость, важно
- а) объективно проверять слух
 - б) ориентироваться только на субъективное впечатление родителей о реакции ребёнка
 - в) ограничиваться оценкой реакции на голос врача без дополнительных методов
 - г) считать нормой отсутствие реакции на громкие бытовые звуки при отсутствии жалоб
168. При тугоухости и задержке речи
- а) первично страдает доступ к звуковому опыту
 - б) прежде всего нарушается моторное развитие при сохранном восприятии речи
 - в) ведущим фактором является недостаточная речевая стимуляция при нормальном слухе
 - г) основную роль играет задержка созревания лобных долей при неизменном слуховом входе
169. Крупные группы причин зпrr
- а) генетические, перинатальные, метаболические, средовые
 - б) исключительно особенности семейного воспитания в раннем возрасте
 - в) преимущественно дефицит двигательной активности у дошкольников
 - г) главным образом длительные зрительные нагрузки, связанные с обучением
170. Пренатальные факторы риска зпrr
- а) гипоксия, инфекции, тератогены
 - б) физиологические особенности нормального течения беременности без осложнений
 - в) только возраст обоих родителей при отсутствии других факторов риска
 - г) изолированное влияние сезона года, в который произошли роды
171. Перинатальные факторы риска
- а) асфиксия, недоношенность, кровоизлияния
 - б) плановое кесарево сечение при благоприятном течении беременности и родов
 - в) физиологическая желтуха новорождённого без признаков билирубиновой энцефалопатии
 - г) потеря массы тела в первые дни жизни при успешном грудном вскармливании

172. постнатальный фактор риска зпрр
а) нейроинфекция или тяжёлая чмт
б) кратковременная неосложнённая вирусная инфекция без выраженной интоксикации
в) периодический отказ от еды при прорезывании зубов при сохранном развитии г) эпизод лёгкого насморка без системных проявлений у ребёнка раннего возраста
173. Сенсорный дефицит, влияющий на речь
а) двусторонняя тугоухость
б) небольшая дальность зрения при сохранном слухе
в) лёгкие нарушения цветоощущения без снижения остроты зрения и слуха
г) умеренный астигматизм при нормальном слухе
174. Социальная депривация приводит
а) к вторичной задержке развития
б) к кратковременному снижению настроения без влияния на навыки
в) к ухудшению соматического здоровья при сохранном развитии
г) к изменению стиля воспитания без влияния на познавательные функции
175. врождённый гипотиреоз без лечения
а) вызывает тяжёлую задержку развития
б) обычно ограничивается незначительным снижением физической выносливости
в) влияет только на скорость увеличения массы тела без когнитивных последствий г) приводит преимущественно к изменениям кожных покровов при сохранном интеллекте
176. Фенилкетонурия без диеты
а) приводит к тяжёлой умственной отсталости
б) может проявляться лишь изменением цвета волос при сохранённых функциях мозга
в) ограничивается эпизодами диспепсии без стойкого неврологического дефицита
г) не влияет на нервную систему при отсутствии сопутствующих соматических заболеваний
177. Эпилептическая энцефалопатия
а) сочетает приступы и регресс развития
б) проявляется только бессимптомными изменениями ээг без влияния на ребёнка
в) характеризуется исключительно единичными приступами без когнитивных нарушений
г) всегда протекает с нормальным психоречевым развитием при любой частоте приступов
178. Детский церебральный паралич часто сопровождается
а) моторную и психоречевую задержку
б) только лёгкие эмоционально-личностные нарушения при нормальной моторике
в) преимущественно изолированные нарушения зрения без двигательных симптомов
г) исключительно эпизодические судороги при сохранном двигательном статусе
179. Генетические синдромы при зпрр нередко дают
а) дисморфии, пороки и задержку
б) исключительно соматические пороки при полностью сохранном развитии
в) только изолированные речевые нарушения при нормальной морфологии г) преимущественно нарушения поведения без каких-либо соматических особенностей
180. Социально-эмоциональная сфера при зпрр
а) подлежит обязательной оценке
б) рассматривается как второстепенная и может не анализироваться

- в) оценивается только при выраженных психотических симптомах
 - г) не влияет на выбор тактики коррекции и маршрутизации ребёнка
181. при первичном осмотре ребёнка с зпрр
- а) измеряют окружность головы
 - б) ограничиваются оценкой физического роста без неврологического осмотра
 - в) определяют лишь частоту сердечных сокращений и дыхания
 - г) ориентируются только на ранее выданные заключения без собственного осмотра
182. Микроцефалия при зпрр
- а) повышает вероятность органического поражения
 - б) отражает исключительно низкую массу тела при рождении без связи с мозгом
 - в) всегда является вариантом конституциональной нормы при отсутствии жалоб
 - г) не имеет клинического значения для оценки развития ребёнка
183. Макроцефалия при зпрр
- а) требует исключения гидроцефалии
 - б) обычно не требует обследований, если ребёнок хорошо прибавляет в весе
 - в) рассматривается преимущественно как конституциональная особенность без какого-либо риска
 - г) оценивается только с косметической точки зрения, без неврологического анализа
184. Для оценки развития применяют
- а) стандартизированные шкалы
 - б) субъективное впечатление врача без использования структурированных методов
 - в) успеваемость в школе независимо от возраста начала симптомов
 - г) данные нейровизуализации без анализа клинической картины
185. Денверский тест
- а) относится к скринингу развития
 - б) разработан для оценки суицидального риска у подростков
 - в) используется как шкала выраженности тревоги у взрослых пациентов
 - г) применяется для количественной оценки послеоперационной боли у детей
186. Шкалы байли
- а) оценивают раннее развитие
 - б) предназначены преимущественно для диагностики деменции у пожилых
 - в) используются только для оценки памяти у взрослых пациентов
 - г) применяются как опросник эмоционального состояния матерей
187. опросник m-chat
- а) скрининг рас у маленьких детей
 - б) служит инструментом оценки школьной успеваемости по математике
 - в) используется для диагностики депрессии у подростков
 - г) предназначен для измерения уровня тревожности у взрослых пациентов
188. Обязательный компонент обследования при задержке речи
- а) проверка слуха
 - б) обязательное выполнение мрт головного мозга независимо от анамнеза в)
 - расширенный биохимический анализ крови без аудиологической оценки г)
 - только консультация психолога без проверки сенсорных функций
189. Аудиологическое обследование включает
- а) объективные методы слуха
 - б) исключительно беседу с родителями о реакциях ребёнка на звуки дома
 - в) лишь ориентировочную проверку шёпотом без аппаратных методик
 - г) только наблюдение за поведением ребёнка в шумной обстановке
190. Офтальмолог при зпрр
- а) исключает значимую зрительную патологию
 - б) оценивает главным образом косметические особенности лица

- в) подбирает очки только по желанию родителей ребёнка
 - г) не участвует в маршрутизации детей с задержкой развития
191. Ээг при зпрр показана
- а) при судорогах и регрессе
 - б) всем детям с минимальными речевыми трудностями независимо от клиники в) только при жалобах на головную боль без других неврологических симптомов г) никогда не выполняется у детей младшего возраста вне зависимости от показаний
192. Мрт головного мозга при зпрр
- а) выполняют по клиническим показаниям
 - б) проводят всем детям с задержкой развития без учёта анамнеза и осмотра
 - в) используют как замену подробной беседы и неврологического осмотра
 - г) рассматривают как единственный источник информации о развитии ребёнка
193. Лабораторная диагностика при зпрр
- а) должна быть рациональной
 - б) включает максимально возможное число анализов независимо от клиники в) во всех случаях ограничивается только общим анализом крови г) не рассматривается как инструмент поиска причин задержки
194. скрининг нарушений обмена при зпрр
- а) показан при сочетании задержки с соматическими симптомами
 - б) обязателен для всех детей с любой речевой трудностью без исключений
 - в) проводится только один раз — перед окончанием школьного обучения
 - г) не показан даже при наличии неврологических и соматических проявлений
195. Генетическое обследование при зпрр
- а) важно при неясной этиологии
 - б) выполняется только при подозрении на онкологическое заболевание у ребёнка
 - в) не имеет отношения к задержке развития и не обсуждается с семьёй
 - г) допустимо исключительно во взрослом возрасте пациента
196. Хромосомный микроматричный анализ
- а) метод первой линии при необъяснимой зпрр
 - б) полностью заменён классическим кариотипом и не используется в диагностике
 - в) применяется только при клиническом диагнозе синдрома дауна
 - г) не рекомендован в диагностике задержек развития у детей
197. Гипотиреоз как причина зпрр
- а) требует оценки ттг и т4
 - б) не приводит к когнитивным нарушениям, и оценка гормонов считается избыточной
 - в) может диагностироваться только по данным нейровизуализации головного мозга
 - г) всегда проявляется исключительно изменением массы тела ребёнка
198. Зпрр — это
- а) синдром, а не окончательный диагноз
 - б) окончательная формулировка, полностью исключающая дальнейший поиск причин
 - в) состояние, которое не требует уточнения этиологии и прогноза
 - г) исключительно педагогическая проблема, не связанная с медициной
199. Соотношение зпрр и рас
- а) зпрр может сопровождать рас
 - б) наличие зпрр автоматически исключает диагноз рас
 - в) при рас развитие всегда строго соответствует возрастной норме г) при зпрр социальные навыки по определению не могут страдать
200. Соотношение зпрр и умственной отсталости
- а) зпрр может предшествовать установлению степени интеллекта

- б) наличие зпрр исключает возможность интеллектуального нарушения
в) умственная отсталость предполагает полностью нормальное раннее развитие г)
при интеллектуальном нарушении речевые трудности принципиально невозможны
201. Зпрр как диагностический термин
а) описывает синдром задержки
б) отражает преимущественно необходимость наблюдения без указания конкретной нозологии
в) используется главным образом для обозначения лёгких речевых нарушений у школьников
г) применяется только для фиксации временных нарушений поведения без задержки развития
202. Этиологический анализ зпрр
а) учитывает совокупность факторов
б) строится преимущественно на данных нейровизуализации без учёта анамнеза
в) основывается главным образом на психолого-педагогическом заключении школы или детского сада
г) ограничивается оценкой перинатального периода при отсутствии интереса к постнатальным событиям
203. генетические причины зпрр
а) включают хромосомные и моногенные синдромы
б) сводятся главным образом к влиянию полигенных факторов, не требующих тестирования
в) связаны преимущественно с наследуемыми особенностями характера и воспитания
г) рассматривают только наследственные аномалии обмена, не затрагивая структуру хромосом
204. врождённые пороки развития мозга
а) могут вызывать зпрр
б) обычно определяют только склонность к головным болям без влияния на развитие
в) приводят преимущественно к повышению внутричерепного давления без когнитивных изменений
г) проявляются только нейровизуализационными находками, не имеющими клинического значения
205. Недоношенность и развитие
а) повышает риск поражения цнс
б) влияет лишь на темпы физического роста без существенного влияния на нервную систему
в) приводит в основном к функциональным шумам в сердце при нормальном развитии
г) ассоциируется только с более частыми эпизодами респираторных инфекций в раннем возрасте
206. Внутриутробные инфекции
а) могут повреждать мозг плода
б) чаще ограничиваются транзиторной гепатоспленомегалией без неврологической симптоматики
в) проявляются в основном нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта у новорождённого
г) как правило приводят лишь к лёгким изменениям лабораторных показателей без клиники

207. Тяжёлая асфиксия новорождённого
- а) увеличивает риск гипоксического поражения мозга
 - б) обычно приводит только к кратковременной дыхательной поддержке без последствий
 - в) сопровождается преимущественно нарушениями гемодинамики, не затрагивающими нервную систему
 - г) чаще всего отражает особенности техники родоразрешения без влияния на ребёнка
208. Экстремально низкая масса тела при рождении
- а) повышает риск зпрр
 - б) определяет лишь особенности последующего физического роста без влияния на когницию
 - в) в основном ассоциируется с дефицитом массы тела в подростковом возрасте
 - г) приводит преимущественно к позднему прорезыванию зубов при нормальных психических функциях
209. Нейроинфекции у детей
- а) могут вызывать стойкую задержку развития
 - б) обычно приводят исключительно к остаточным головным болям без когнитивных нарушений
 - в) вызывают преимущественно кратковременные изменения ликвора при полном восстановлении функций
 - г) чаще всего ограничиваются незначительным повышением температуры без последствий для развития
210. Черепно-мозговая травма раннего возраста
- а) может стать причиной зпрр
 - б) при отсутствии переломов костей черепа не имеет значения для дальнейшего развития
 - в) приводит главным образом к формированию посттравматических головных болей без задержки
 - г) ограничивается поверхностными повреждениями кожи головы, не влияющими на нервную систему
211. Врождённый гипотиреоз диагностируют
- а) в рамках неонатального скрининга
 - б) преимущественно при появлении грубых когнитивных нарушений в дошкольном возрасте
 - в) главным образом по данным УЗИ щитовидной железы без лабораторного подтверждения
 - г) как правило на основании клинической картины запоров у ребёнка старше года
212. Фенилкетонурия подлежит
- а) обязательному раннему скринингу
 - б) диагностике в основном по появлению специфического кожного рисунка в подростковом возрасте
 - в) уточнению только при сочетании судорог и тяжёлых соматических нарушений г) обследованию лишь у детей с выраженной анемией и гипотрофией
213. Эпилептические энцефалопатии важны тем, что
- а) ухудшают развитие независимо от частоты приступов
 - б) сопровождаются преимущественно кратковременными нарушениями сознания без когнитивного дефекта
 - в) характеризуются главным образом пароксизмами без влияния на речь и поведение
 - г) приводят лишь к изменению ЭЭГ при сохранности психического и речевого развития

214. Дцп часто ассоциирован
- а) с зпрр
 - б) исключительно с пирамидным синдромом при сохранном когнитивном профиле
 - в) преимущественно с нарушениями зрения при нормальном двигательном статусе
 - г) главным образом с эпизодическими судорогами без моторного и психического дефицита
215. Тугоухость вызывает
- а) вторичную задержку речи
 - б) преимущественно нарушения мелкой моторики при сохранной речевой функции
 - в) главным образом эмоциональные расстройства без выраженных коммуникативных трудностей
 - г) только изменение тембра голоса при нормальном уровне речевого развития
216. значимое снижение зрения
- а) ограничивает познавательный опыт ребёнка
 - б) затрагивает в основном качество письма при отсутствии влияния на устную речь
 - в) приводит только к повышенной утомляемости глаз при чтении без влияния на обучение
 - г) определяет преимущественно выбор профессии во взрослом возрасте, не влияя на раннее развитие
217. Социальная депривация
- а) является важным фактором задержки
 - б) влияет главным образом на структуру семейных отношений без влияния на навыки ребёнка
 - в) обуславливает преимущественно снижение физической активности при сохранном развитии речи
 - г) отражается в основном на частоте обращений к врачу, но не на формировании навыков
218. Хроническая гипоксия при пороке сердца
- а) ухудшает развитие мозга
 - б) ограничивает преимущественно переносимость физической нагрузки без влияния на когницию
 - в) приводит главным образом к изменениям окраски кожи и слизистых при сохранном развитии
 - г) проявляется в основном лабильностью артериального давления без неврологических последствий
219. при преимущественно средовой зпрр
- а) улучшение среды улучшает развитие
 - б) медикаментозная коррекция остаётся основным и достаточным методом помощи
 - в) изменение условий редко влияет на динамику, если не проводится лекарственная терапия
 - г) прогноз определяется главным образом генетическими факторами, не зависящими от среды
220. Дисморфические признаки при зпрр
- а) могут указывать на синдром
 - б) рассматриваются преимущественно как косметический дефект, не требующий анализа
 - в) оцениваются только с точки зрения эстетики без связи с диагнозом
 - г) не имеют значения при отсутствии явных неврологических симптомов
221. семейный анамнез
- а) помогает выявлять наследственные формы
 - б) учитывается в основном для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний
 - в) имеет значение только при анализе аллергологических реакций у родственников

- г) рассматривается преимущественно при оценке соматической, а не неврологической патологии
222. Синдром дауна чаще ассоциирован
- а) с интеллектуальным нарушением
 - б) преимущественно с нарушениями динамики веса при сохранном когнитивном развитии
 - в) главным образом с транзиторными изменениями мышечного тонуса без задержки речи
 - г) только с врождёнными пороками сердца при нормальном психическом развитии
223. Фетальный алкогольный спектр нарушений
- а) повышает риск зпрр
 - б) ограничивается, как правило, нарушениями функции печени при сохранном развитии
 - в) характеризуется преимущественно транзиторными поведенческими особенностями в младенчестве
 - г) проявляется в основном изменением внешности без влияния на нервную систему
224. Оценка неврологического статуса при зпрр
- а) обязательна для невролога
 - б) может заменяться только заключением психолога при наличии речевых нарушений
 - в) проводится по желанию родителей при отсутствии жалоб со стороны педагога
 - г) не требуется, если имеются нормальные результаты мрт головного мозга
225. Грубая моторная задержка с зпрр
- а) заставляет думать о дцп
 - б) чаще свидетельствует о преимущественно эмоциональном нарушении без органики
 - в) трактуется как вариант нормального индивидуального развития при наличии опоры
 - г) обычно рассматривается как следствие недостатка физических упражнений дома
226. при зпрр и сохранной моторике
- а) чаще выявляют речевые и социальные нарушения
 - б) преимущественно предполагают наличие прогрессирующего нервно-мышечного заболевания
 - в) ориентируются главным образом на вероятность тяжёлой структурной патологии мозга
 - г) делают вывод о нормальном развитии и прекращают дальнейшее обследование
227. Поведенческая расторможенность при зпрр
- а) может быть проявлением сдвг
 - б) свидетельствует прежде всего о недостаточной дисциплине в семье при отсутствии нейробиологических факторов
 - в) чаще всего трактуется как проявление характера и игнорируется при оценке развития
 - г) рассматривается исключительно как результат неверно подобранной образовательной программы
228. Рас при зпрр характеризуются
- а) нарушением социального взаимодействия
 - б) преимущественно изолированным речевым дефектом при сохранной социальной вовлечённости
 - в) главным образом нарушениями физического роста при нормальном уровне общения
 - г) только снижением школьной мотивации при адекватных коммуникативных навыках

229. интеллектуальное нарушение без рас
- а) может сопровождаться сохранными привязанностями
 - б) обычно сочетается с выраженным отсутствием эмоционального отклика на близких людей
 - в) предполагает обязательное наличие стереотипий и ограниченных интересов аутистического спектра
 - г) всегда исключает возможность формирования осмысленных социальных контактов
230. Изолированная задержка речи
- а) возможна при нормальном интеллекте
 - б) обязательно свидетельствует о наличии структурного поражения мозга тяжёлой степени
 - в) практически всегда сочетается с выраженной задержкой моторного развития
 - г) сопровождается, как правило, глубокой социальной отгороженностью от окружающих
231. дислалия
- а) нарушает звукопроизношение при сохранной системе
 - б) сопровождается стойким нарушением понимания обращённой речи с раннего возраста
 - в) всегда является проявлением тяжёлой двусторонней тугоухости
 - г) относится к типичным признакам выраженного интеллектуального дефицита
232. Мутизм
- а) отсутствие речи при сохранной возможности говорить
 - б) всегда обусловлен исключительной органической патологией речевых зон коры
 - в) встречается преимущественно только при тяжёлых сенсорных расстройствах слуха
 - г) обязательно сопровождается снижением интеллекта до уровня умственной отсталости
233. Селективный мутизм
- а) молчание в части ситуаций
 - б) характеризуется постоянным отсутствием речи во всех условиях общения
 - в) проявляется исключительно нарушением понимания речи при сохранной экспрессивной функции
 - г) относится к типичным проявлениям эпилептической активности височных долей
234. Зпрр при эпилептической энцефалопатии
- а) может сопровождаться регрессом навыков
 - б) обычно ограничивается кратковременной дезориентацией после приступа без последствий
 - в) не зависит от течения эпилепсии и сохраняется на одном уровне при любой активности
 - г) обусловлена преимущественно психосоциальными факторами, не связанными с эпилепсией
235. первым этапом при подозрении на зпрр
- а) служит клинический осмотр и анамнез
 - б) является проведение расширенного генетического тестирования без осмотра
 - в) выступает немедленное назначение нейровизуализации всем детям
 - г) считается направление ребёнка в специализированный интернат без уточнения диагноза
236. наблюдение за игрой при зпрр
- а) даёт информацию о развитии
 - б) используется лишь как способ установления контакта, не влияя на диагностические выводы

- в) считается вспомогательным элементом, не требующим систематизации данных
 - г) имеет значение только для оценки моторики, но не познавательных функций
237. оценка речи при зпрр
- а) включает понимание и продукцию
 - б) ограничивается подсчётом количества произносимых слов без анализа структуры
 - в) концентрируется только на правильности звукопроизношения отдельных фонем
 - г) проводится исключительно по впечатлению родителей, без непосредственного наблюдения
238. Оценка игры
- а) отражает когнитивный и социальный уровень
 - б) в основном позволяет судить лишь о предпочтениях в игрушках без развития
 - в) имеет значение только при наличии грубых двигательных нарушений
 - г) используется главным образом для установления доверия и не влияет на диагностику
239. Невербальная коммуникация
- а) жесты, мимика, взгляд
 - б) включает только положение тела в пространстве без мимических реакций
 - в) характеризуется преимущественно выразительностью голоса при отсутствии речевого содержания
 - г) определяется в основном особенностями походки ребёнка при нормальном общении
240. Указательный жест
- а) важный маркер социального развития
 - б) отражает главным образом сформированность мелкой моторики кисти
 - в) рассматривается как второстепенный признак, неважный для оценки общения
 - г) используется только в игровых ситуациях и не имеет диагностического значения
241. Скрининговые опросники
- а) выявляют риск задержки
 - б) служат основанием для постановки окончательного диагноза без уточняющего обследования
 - в) используются только в научных исследованиях и не применяются в практике
 - г) предназначены главным образом для оценки удовлетворённости родителей качеством помощи
242. Регресс навыков при зпрр
- а) требует углублённого поиска причины
 - б) трактуется как ожидаемый период «перестройки» развития без клинического значения
 - в) свидетельствует преимущественно о снижении мотивации ребёнка к обучению
 - г) говорит главным образом о неэффективности педагогических подходов в семье
243. Признаки прогрессирующего заболевания
- а) системный регресс и новые симптомы
 - б) стабильность клинической картины при отсутствии новых жалоб в)
длительное сохранение одних и тех же навыков без ухудшения
 - г) изолированное изменение поведения без неврологических и соматических проявлений
244. отсутствие прогрессии неврологического дефицита
- а) позволяет думать о стабильном поражении
 - б) свидетельствует о полном отсутствии органических нарушений нервной системы
 - в) означает, что дальнейшее наблюдение и оценка не требуются
 - г) указывает на преимущественно психогенный характер всех симптомов

245. основная цель ранней диагностики зпrr
- а) начать коррекцию как можно раньше
 - б) обеспечить максимально полное документирование нарушений для отчётности
 - в) определить возможность оформления инвалидности в максимально ранние сроки
 - г) провести как можно больше инструментальных исследований без учёта их влияния на тактику
246. Ээг при зпrr
- а) показана по клиническим показаниям
 - б) должна выполняться всем детям с задержкой развития независимо от симптомов
 - в) может полностью заменить клинический осмотр и анамнез
 - г) применяется исключительно как скрининговый метод при отсутствии жалоб
247. роль педиатра при зпrr
- а) раннее выявление и направление
 - б) ограничивается контролем массы тела и проведения профилактических прививок
 - в) сводится к лечению острых инфекций без оценки развития
 - г) заключается преимущественно в оформлении справок для детских учреждений
248. Информирование родителей о зпrr
- а) должно быть ясным и честным
 - б) желательно минимизировать, чтобы не формировать у семьи избыточную тревожность
 - в) может строиться преимущественно на обнадеживающих предположениях без указания неопределённости
 - г) может сводиться к техническому обозначению диагноза без обсуждения последствий
249. основная задача детского невролога при зпrr
- а) оценка развития и выбор тактики
 - б) преимущественно назначение ноотропной терапии по стандартным схемам
 - в) оформление заключений для комиссий без изменения маршрута ребёнка
 - г) направление к другим специалистам без самостоятельной клинической оценки
250. Зпrr требует
- а) мультидисциплинарного подхода
 - б) преимущественно наблюдения в рамках одного профиля без участия других служб
 - в) только периодического контроля без активной коррекционной работы
 - г) преимущественно краткосрочного медикаментозного курса без дальнейших вмешательств
251. Ведущая цель логопеда при зпrr
- а) развитие понимания и речи
 - б) исключительно устранение дефектов звукопроизношения без работы над смысловой стороной речи
 - в) преимущественно подготовка ребёнка к школьным диктантам и грамматическим нормам письма
 - г) в основном формирование навыков публичного выступления и выразительного чтения вслух
252. педагог-дефектолог при зпrr
- а) развивает познавательные и бытовые навыки
 - б) занимается только подготовкой ребёнка к итоговой аттестации в школе
 - в) ограничивается разъяснением родителям особенностей поведения без работы с ребёнком

- г) оценивает лишь уровень школьной мотивации без формирования практических навыков
253. психолог при зпрр
- а) работает с поведением, эмоциями, семьёй
 - б) проводит только стандартизированные тесты интеллекта без последующей коррекции
 - в) ограничивается разовой консультацией, не участвуя в долгосрочной поддержке
 - г) занимается исключительно профориентацией подростков без учёта эмоциональных проблем
254. лфк при дцп и зпрр
- а) формирует опору и функциональные движения
 - б) направлена преимущественно на развитие спортивных достижений и соревновательных результатов
 - в) используется только для временного уменьшения мышечного тонуса без тренировки навыков
 - г) назначается главным образом для общего укрепления организма без конкретных двигательных целей
255. Ранняя слуховая коррекция
- а) улучшает перспективы речи
 - б) важна в основном для профилактики головной боли и вегетативных проявлений
 - в) нужна только при школьных трудностях, когда уже сформирована письменная речь
 - г) рассматривается преимущественно как косметическая мера, не влияющая на развитие
256. Заместительная терапия гипотиреоза
- а) улучшает прогноз развития
 - б) в первую очередь влияет на массу тела, не затрагивая когнитивные функции
 - в) рассматривается только как способ нормализовать показатели лабораторных анализов
 - г) проводится главным образом для профилактики заболеваний щитовидной железы в будущем
257. диета при фенилкетонурии
- а) предотвращает тяжёлую зпрр
 - б) рекомендуется главным образом для коррекции массы тела у подростков
 - в) считается вспомогательной мерой без существенного влияния на нервную систему
 - г) назначается только при присоединении выраженных соматических осложнений
258. при рас и зпрр эффективны
- а) структурированные поведенческие программы
 - б) краткие разовые беседы с родителями без работы с ребёнком
 - в) неспецифические занятия без учёта структуры нарушений и поведенческих особенностей
 - г) только медикаментозные подходы, не предполагающие психолого-педагогической коррекции
259. При зпрр без рас и с нормальным интеллектом
- а) логопедия часто даёт хороший результат
 - б) основным методом помощи является длительная терапия седативными препаратами
 - в) прогноз определяется исключительно объёмом аппаратных методов обследования
 - г) коррекционная работа малоэффективна и практически не влияет на исход

260. семейно-ориентированный подход
- а) включает родителей в процесс
 - б) предполагает минимизацию участия семьи, чтобы не мешать специалистам
 - в) рассматривает родителей только как источник информации без обучения и поддержки
 - г) ограничивается формальным согласованием планов лечения без реального взаимодействия
261. обучение родителей при зпрр
- а) повышает эффективность занятий
 - б) может рассматриваться лишь как дополнительная нагрузка, не влияющая на результат
 - в) требуется только при тяжёлой умственной отсталости, а при лёгких формах не нужно
 - г) целесообразно лишь в стационарных условиях, не применяясь амбулаторно
262. Сочетание зпрр и сдвг
- а) требует комплексной коррекции
 - б) корректируется преимущественно дисциплинарными мерами и наказаниями
 - в) ведёт только к необходимости отсрочки вакцинации, без других вмешательств
 - г) не нуждается в участии педагогов и психологов при наличии медикаментозной терапии
263. При планировании занятий
- а) учитывают сильные стороны ребёнка
 - б) ориентируются преимущественно на выявление максимального количества дефицитов
 - в) используют стандартную программу без адаптации к индивидуальным особенностям
 - г) строят занятия только по запросам родителей, не анализируя профиль ребёнка
264. эффективность коррекции оценивают
- а) по динамике навыков и адаптации
 - б) преимущественно по субъективной удовлетворённости родителей форматом занятий
 - в) главное по количеству пройденных процедур и оформленных консультаций
 - г) в основном по соответствию назначений внутренним стандартам учреждения
265. при тяжёлой умственной отсталости
- а) приоритетны бытовые и коммуникативные навыки
 - б) основная цель — достижение академического уровня, сопоставимого с нормой
 - в) ключевым показателем успеха считают только снижение поведения, вызывающего беспокойство
 - г) считается достаточным достижение стабильного соматического состояния без развития навыков
266. прогноз при зпрр зависит
- а) от причины, тяжести, помощи
 - б) преимущественно от социального статуса и финансовых возможностей семьи
 - в) практически полностью определяется полом и порядком рождения ребёнка в семье
 - г) в первую очередь связан с местом проживания и климатическими особенностями региона
267. этический принцип при зпрр
- а) недопустимость недостоверных обещаний
 - б) желательность максимально оптимистичных прогнозов независимо от фактов
 - в) возможность скрывать часть информации, если ситуация кажется

- неблагоприятной
- г) приоритет удобства специалистов над потребностями семьи и ребёнка
268. Мальчик 2,5 лет не говорит, не смотрит в глаза, не откликается на имя. Это
- а) подозрение на рас с зпрр
 - б) типичное проявление возрастной стеснительности при нормальном развитии
 - в) вероятнее всего реакция на недавнюю смену детского сада без клинического значения
 - г) преимущественно признак нарушения зрения при сохранной коммуникации
269. девочка 3 лет говорит отдельные слова, понимает инструкции, играет с детьми. Это
- а) возможная задержка экспрессивной речи
 - б) наиболее вероятная картина тяжёлой умственной отсталости с глобальным дефицитом
 - в) типичное проявление глубокой сенсорной тугоухости с отсутствием восприятия речи
 - г) характерный вариант тяжёлого рас с нарушением социального взаимодействия
270. ребёнок 1,5 лет не реагирует на громкий звук, не оглядывается на голос. Это
- а) требует исключения тугоухости
 - б) характерно только для рас и не связано с нарушением слуха
 - в) чаще всего обусловлено снижением мотивации ребёнка к общению с близкими
 - г) обычно трактуется как индивидуальная особенность характера при нормальном слухе
271. ребёнок 1 года перестал использовать слова, появились судороги. Это
- а) подозрение на эпилептическую энцефалопатию
 - б) ожидаемый этап смены интересов и видов деятельности при нормальном развитии
 - в) вероятное проявление кризиса возрастного негативизма без неврологического значения
 - г) типичная реакция на введение новых продуктов питания при расширении рациона
272. ребёнок 3 лет с дцп не ходит, но понимает речь, говорит слова. Это
- а) преимущественно моторная проблема
 - б) однозначное свидетельство глубокой умственной отсталости
 - в) типичная картина тяжёлого рас с нарушением социального взаимодействия
 - г) преимущественно проявление сенсорной депривации, не связанной с моторикой
273. ребёнок 4 лет говорит фразами, но речь стереотипна, контакт снижен. Это
- а) возможно рас с зпрр
 - б) обычное проявление возрастной избирательности интересов у здоровых детей
 - в) типичная картина изолированной дислалии без других нарушений
 - г) наиболее вероятное отражение депривации, не требующее нейropsychиатрической оценки
274. ребёнок 2 лет не говорит, но показывает, смотрит в глаза, играет в «доктора». Это
- а) вероятнее изолированная задержка речи
 - б) типичный пример тяжёлого рас с грубым нарушением социального контакта
 - в) характерная картина глубокого интеллектуального дефицита со стереотипной игрой
 - г) преимущественно проявление сенсорной глухоты с отсутствием коммуникативных намерений
275. ребёнок 3 лет не реагирует на имя, но слышит неголосовые звуки. Это
- а) требует оценки рас и слуха

- б) указывает исключительно на снижение интеллекта при сохранной сенсорной сфере
 - в) чаще всего свидетельствует о социальном характере поведения без неврологического компонента
 - г) позволяет исключить нарушение слуха при отсутствии жалоб родителей
276. ребёнок 6 лет с нормальным ранним развитием плохо читает и пишет. Это
- а) подозрение на специфические расстройства обучения
 - б) чаще всего свидетельство незаинтересованности ребёнка в учебном процессе
 - в) основной признак текущего эмоционального неблагополучия без стойких нарушений
 - г) вероятнее всего результат недостаточного количества домашних занятий с родителями
277. ребёнок 3 лет с выраженной задержкой во всех сферах. Это
- а) пример глобальной задержки развития
 - б) наиболее вероятный вариант изолированного фонетического расстройства
 - в) классический пример исключительно эмоциональной неготовности к общению г) типичная картина социального стеснения без влияния на формирование навыков
278. ребёнок 5 лет с рас и отсутствием речи
- а) нуждается в альтернативной коммуникации
 - б) должен ждать спонтанного появления речи без дополнительных средств общения
 - в) считается неготовым к использованию любых знаков и символов в общении
 - г) нуждается лишь в наблюдении за поведением без специальных коммуникационных стратегий
279. невербальный ребёнок дошкольного возраста
- а) нуждается в поиске альтернативных способов общения
 - б) нуждается преимущественно в медикаментозной терапии без коррекционных занятий
 - в) может оставаться без систематического общения до начала школьного обучения
 - г) должен посещать только соматических специалистов, не нуждаясь в логопедии
280. При тугоухости и зппр
- а) важна ранняя слуховая реабилитация
 - б) достаточно ограничиться занятиями с логопедом при отсутствии слухопротезирования
 - в) слуховую коррекцию целесообразно отложить до ясного проявления школьных трудностей
 - г) ведущей стратегией остаётся развитие компенсаторной зрительной модальности без слуха
281. при зппр и подозрении на метаболическое заболевание
- а) назначают целевые лабораторные тесты
 - б) ограничиваются стандартной клинической биохимией
 - в) опираются только на результаты мрт и ээг, не проводя лабораторной диагностики
 - г) используют прежде всего психометрические тесты, откладывая соматическое обследование
282. При зппр и нормальной мрт а)
- а) диагноз зппр остаётся возможным
 - б) задержку развития автоматически исключают как функциональное состояние
 - в) главной причиной считают исключительно неблагоприятную семейную обстановку
 - г) неврологическое наблюдение прекращают как не имеющее смысла

283. при зпрр и подозрении на генетический синдром
- а) показана консультация генетика
 - б) достаточно зафиксировать факт наличия задержки без уточнения её происхождения
 - в) уместно ограничиться наблюдением без каких-либо дополнительных исследований
 - г) генетическое обследование откладывают до наступления совершеннолетия пациента
284. При зпрр и рас
- а) важна структурированная среда
 - б) предпочтительно часто менять распорядок и окружение для стимуляции адаптации
 - в) рекомендуется минимизировать предсказуемость, чтобы «тренировать гибкость» поведения
 - г) допустимо ограничиться свободным режимом без чётких правил и визуальных опор
285. при зпрр и тяжёлой соматической коморбидности
- а) координируют лечение и реабилитацию
 - б) переносят все развивающие занятия до полного соматического восстановления
 - в) фокусируются исключительно на лечении основного соматического заболевания
 - г) ограничиваются наблюдением, считая коррекцию развития заведомо малоэффективной
286. При зпрр и выраженной тревожности
- а) показана психологическая поддержка
 - б) достаточно информировать родителей, что тревога «пройдёт сама»
 - в) основной тактикой становится исключение любых обсуждений эмоций с ребёнком
 - г) назначают только седативную терапию без психотерапевтических вмешательств
287. Подросток с зпрр и признаками депрессии
- а) нуждается в помощи психиатра
 - б) может оставаться под наблюдением только классного руководителя без специалистов
 - в) требует рекомендации по увеличению нагрузки и самоорганизации
 - г) нуждается исключительно в соматическом обследовании для исключения анемии
288. при зпрр и сдвг
- а) сочетают медицинские и педагогические стратегии
 - б) полностью ориентируются на фармакотерапию без участия школы и семьи
 - в) ограничиваются рекомендациями по строгим наказаниям за невнимательность
 - г) предпочитают минимизировать контакт ребёнка с педагогами во избежание конфликтов
289. при зпрр и доброкачественных изменениях ээг без приступов
- а) решение о терапии индивидуально
 - б) противосудорожную терапию начинают во всех случаях, независимо от клиники
 - в) никакого обсуждения с семьёй не требуется, так как изменения считаются случайными
 - г) достаточно однократного обследования без дальнейшего наблюдения и оценки динамики
290. при подростке с лёгкой умственной отсталостью и зпрр
- а) важна профорентация и обучение навыкам самостоятельности
 - б) основным становится обеспечение постоянного пребывания в стационаре
 - в) обучение считают малозначимым, ограничиваясь минимальными бытовыми

- навыками
- г) профориентация не проводится, поскольку трудовая деятельность не рассматривается
291. Взрослому с рас и зпрр
- а) может быть полезна поддержка занятости
 - б) рекомендуется избегать любых форм трудовой деятельности для профилактики стресса
 - в) показано преимущественно домашнее пребывание без социальных контактов
 - г) дальнейшая реабилитация считается малоцелесообразной после окончания школы
292. Качество жизни при зпрр
- а) учитывает ребёнка и семью
 - б) оценивается исключительно по наличию или отсутствию инвалидности
 - в) определяется главным образом уровнем медицинского обеспечения без учёта повседневности
 - г) рассматривается только как вторичный параметр, не влияющий на план помощи
293. маршрутизация ребёнка с зпрр
- а) включает медицину и образование
 - б) строится преимущественно внутри одной медицинской организации
 - в) опирается только на мнение педагогов без участия специалистов здравоохранения
 - г) сводится к выбору узкого профиля без межведомственного взаимодействия
294. Информированное согласие
- а) обязательно при обследовании
 - б) носит формальный характер и не требует реального обсуждения
 - в) может заменяться устным одобрением без документального оформления
 - г) требуется только при хирургических вмешательствах, но не при диагностике
295. медицинская документация по зпрр
- а) обеспечивает преемственность помощи
 - б) ведётся главным образом для статистической отчётности перед ведомствами
 - в) не рассматривается как инструмент координации работы разных специалистов
 - г) может заполняться выборочно, если семья регулярно посещает одного врача
296. регулярные оценочные визиты
- а) позволяют корректировать тактику
 - б) нужны лишь для подтверждения стабильности диагноза без изменения плана
 - в) выполняются эпизодически, когда семья инициирует обращение
 - г) проводятся только при появлении новых тяжёлых соматических симптомов
297. отсутствие улучшения при зпрр
- а) требует пересмотра плана
 - б) свидетельствует о бесперспективности любых дальнейших вмешательств
 - в) позволяет прекратить наблюдение ребёнка у узких специалистов
 - г) рассматривается как повод переложить ответственность на родителей
298. при положительной динамике на фоне коррекционных мероприятий
- а) цели расширяют и усложняют
 - б) все формы коррекционной работы сворачивают, чтобы не перегружать ребёнка
 - в) план оставляют неизменным, избегая обсуждения достигнутых результатов
 - г) наблюдение прекращают, поскольку развитие «нормализовалось»
299. командная работа с ребёнком с зпрр
- а) требует обмена информацией между специалистами
 - б) предполагает максимально автономную деятельность каждого специалиста
 - в) исключает коллективные обсуждения, чтобы не тратить время
 - г) сводится к передаче ребёнка от одного специалиста к другому без координации

300. взаимодействие с образовательной организацией
- а) помогает адаптировать обучение
 - б) рассматривается как второстепенное и не обязательное для медицинской службы
 - в) сводится к формальной выдаче справок без обсуждения особенностей ребёнка
 - г) чаще всего не рекомендуется, чтобы не «нагружать» педагогический коллектив

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Ситуационная задача №1

Девочка 7 месяцев госпитализирована (направлена с амбулаторного приёма невролога) в связи с повторяющимися пароксизмальными эпизодами.

Жалобы

Со слов родителей, в течение последних 3 недель отмечаются эпизоды, возникающие сериями, преимущественно в первые 30–60 минут после пробуждения утром и после дневного сна:

- Внезапное сгибание туловища и головы вперёд (кивок),
- Одновременное приведение и сгибание рук, иногда — кратковременное разгибание ног,
- Длительность каждого эпизода 1–2 секунды,
- Серия продолжается 5–15 минут, в серии 10–30 эпизодов,
- После серии ребёнок раздражителен, хуже ест, быстрее утомляется.

Также родители отмечают ухудшение сна (частые пробуждения), снижение интереса к игрушкам.

Анамнез заболевания

Развитие до 6 месяцев оценивалось как близкое к возрастной норме: удержание головы с 2 месяцев, перевороты со спины на живот с 4–5 месяцев, целенаправленное хватание игрушек с 5 месяцев, эмоциональная реакция на мать. С 6,5 месяцев родители отмечают:

- Уменьшение частоты “социальной улыбки”,
 - Реже стали гуления, реже тянется к игрушке, меньше фиксирует взгляд на лице взрослого
- температуры, признаков орви нет. Травм головы не было. Противосудорожные препараты ранее не получала.

Анамнез жизни

Беременность первая, протекала без особенностей. Инфекции во время беременности отрицают, при скринингах значимых отклонений не выявлено. Вредные привычки у матери отрицаются.

Роды срочные (39 недель), естественные. Воды светлые. Асфиксии не было. Масса 3250 г, рост 51 см. Оценка по шкале апгар 8/9 баллов.

Неонатальный период без осложнений, выписана на 4-е сутки.

Вакцинация по календарю до 6 месяцев.

Семейный анамнез: у двоюродного брата — эпилепсия (форма не уточнена).

Наследственных метаболических заболеваний в семье не отмечено.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести за счёт неврологической симптоматики.

Сознание ясное. Питание удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски.

Сыпи нет. Температура тела 36,7 °C. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ритмичные, ЧСС по возрасту. Дыхательная система: дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Неврологический статус:

Контакт устанавливается кратковременно, истощаемость внимания, на лицо взрослого фиксируется непостоянно. Черепные нервы: зрачки равные, реакция на свет сохранена. Взгляд фиксирует кратко, слежение неполное. Лицо симметрично. Глотание не нарушено. Двигательная сфера: спонтанная двигательная активность снижена, движения не целенаправленные. Мышечный тонус дистоничный, преимущественно умеренная гипотония туловища, в конечностях — переменный тонус без стойкой очаговой асимметрии. Рефлексы: сухожильные рефлексы оживлены симметрично. Патологических стопных знаков нет. За игрушкой не тянется. Психомоторное развитие: признаки задержки и регресса коммуникативных и манипулятивных навыков за последний месяц — не переворачивается, не садится, не ползает по пластунски. Голову удерживает, при тракции группируется.

Задания

План обследования

Задание №1

Для верификации типа приступов и оценки эпилептиформной активности необходимо назначить:

количество верных ответов — 3

1. Видео-ээг мониторинг с включением сна
2. Нейросонография как единственный метод подтверждения диагноза
3. Мрт головного мозга по эпилептическому протоколу
4. Общий анализ крови и с-реактивный белок как ключевые методы подтверждения типа приступов
5. Оценка психомоторного развития

(Правильный ответ: 1, 3, 5

Обоснование:

1. Видео-ээг со сном — основной метод для сопоставления клиники с ээг-паттерном и выявления характерной эпилептиформной активности.
2. Мрт по эпилептическому протоколу необходимо для поиска структурной причины (мальформации, дисплазии, постишемические изменения и другие варианты), влияющей на прогноз и лечение.
3. Формализованная оценка развития требуется для документирования энцефалопатического компонента (задержка и регресс), а также для мониторинга динамики на фоне терапии.

Задание №2

Какой тип приступов наиболее соответствует описанию эпизодов?

Количество верных ответов — 1

1. Инфантильные спазмы (серийные эпилептические спазмы)
2. Фебрильные судороги
3. Аффективно-респираторные приступы
4. Тики
5. Синдром сандифера (рефлюкс-ассоциированные дистонические позы)

Правильный ответ: 1

Обоснование:

ключевые признаки: ранний возраст, серийность, связь с пробуждением, краткие сгибательные феномены, а также регресс или задержка развития — типично для инфантильных спазмов.

Задание №3

Наиболее вероятный ээг-паттерн при данном синдроме:

количество верных ответов — 1

1. Гипсаритмия или модифицированная гипсаритмия
2. Региональное замедление
3. Доброкачественные эпилептиформные разряды детского возраста (роландические)
4. Нормальная ээг
5. Только фокальные спайки в теменно-затылочных отведениях

Правильный ответ: 1

Обоснование:

гипсаритмия или модифицированная гипсаритмия — классический ээг-коррелят инфантильных спазмов.

Задание №4

Какие состояния следует включить в дифференциальный диагностический ряд на этапе первичного осмотра до ээг-подтверждения?

Количество верных ответов — 3

1. Доброкачественный миоклонус сна (подёргивания только во сне, прекращаются при пробуждении)
2. Синдром сандифера (связь с кормлением, дистонические позы)
3. Дистонические реакции, пароксизмальные дискинезии неэпилептической природы
4. Острый менингит как наиболее вероятная причина при отсутствии лихорадки и менингеальных симптомов
5. Острый бронхоспазм

Правильный ответ: 1, 2, 3

Обоснование:

1. Доброкачественные феномены сна могут имитировать пароксизмы, но имеют строгую привязку ко сну.
2. При синдроме сандифера ключевые моменты - связь с кормлением и гастроэзофагеальным рефлюксом.
3. Неэпилептические двигательные пароксизмы возможны в младенчестве и требуют разграничения по данным видео-ээг.

Задание №5

При подтверждении на видео-ээг гипсаритмии и регистрации эпилептических спазмов наиболее корректная формулировка синдромального диагноза:

количество верных ответов — 1

1. Эпилептическая энцефалопатия с инфантильными спазмами (синдром веста)
2. Фебрильные судороги, осложнённые регрессом
3. Синдром дефицита внимания
4. Неврозоподобные состояния
5. Вегетативная дисфункция

Правильный ответ: 1

Обоснование:

сочетание инфантильных спазмов, эпилептиформного ээг-паттерна, задержки или регресса развития соответствует эпилептической энцефалопатии. Синдромальный эквивалент — синдром веста.

Тактика ведения

Задание №6

Тактически обоснованные принципы ведения после клинического подозрения на инфантильные спазмы до получения полного этиологического заключения:

количество верных ответов — 2

1. Минимизация задержки начала специфической терапии после подтверждения диагноза (в том числе по данным видео-ЭЭГ)
2. Наблюдение без специфической терапии до “созревания” нервной системы
3. Планирование обследования и терапии в условиях специализированного стационара или центра эпилептологии
4. Назначение антибактериальной терапии без признаков инфекции как приоритет

Правильный ответ: 1, 3

Обоснование:

при инфантильных спазмах отсрочка терапии ассоциирована с более плохим исходом. Требуются специализированные методы обследования и подбор терапии первой линии, а также мониторинг осложнений.

Выбор терапии первой линии

Задание №7

Какие варианты относятся к терапии первой линии при инфантильных спазмах?

Количество верных ответов — 2

1. Гормональная терапия (актг или системные глюкокортикостероиды)
2. Вигабатрин (особенно при подозрении на туберозный склероз)
3. Карбамазепин как препарат выбора при спазмах
4. Пирацетам
5. Антибактериальная терапия

Правильный ответ: 1, 2

Обоснование:

гормональная терапия и вигабатрин относятся к базовым вариантам первой линии. Карбамазепин не является препаратом выбора при инфантильных спазмах. Пирацетам и антибактериальная терапия не решают патогенетическую задачу.

Этиологический поиск

Задание №8

Какие группы причин принципиально необходимо исключать или подтверждать, поскольку они определяют прогноз и терапевтические решения?

Количество верных ответов — 4

1. Структурные причины (корковые дисплазии, постишемические и постгеморрагические изменения)
2. Генетические причины (моногенные варианты эпилептических энцефалопатий)
3. Туберозный склероз (кожные признаки, офтальмологические находки, мрт)
4. Метаболические причины (в том числе потенциально курабельные)
5. Прорезывание зубов

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

Обоснование:

эпилептические энцефалопатии являются синдромальной группой. Этиологическая верификация определяет тактику, риски и прогноз.

Генетическое обследование

Задание №9

Какие клинико-анамнестические признаки повышают обоснованность направления на генетическое обследование (консультация генетика, панель или экзом по

доступности)?

Количество верных ответов — 3

1. Дебют в младенчестве и признаки энцефалопатии (задержка или регресс развития)
2. Отягощённый семейный анамнез по эпилепсии или нарушениям неврологического развития
3. Отсутствие выявляемой структурной причины на мрт при сохранении клинической картины
4. Наличие ринита
5. Женский пол

Правильный ответ: 1, 2, 3

Обоснование:

ранний дебют и энцефалопатический компонент увеличивают вероятность генетической природы. Семейная отягощённость и отсутствие изменений по данным нейровизуализации также указывают на необходимость генетического поиска.

Критерии эффективности лечения

Задание №10

Какие критерии следует использовать для оценки эффективности терапии в ближайшие недели?

Количество верных ответов — 3

1. Полное прекращение клинических спазмов
2. Регресс или исчезновение гипсаритмии, либо выраженное снижение эпилептиформной активности на контрольной ээг
3. Позитивная динамика психомоторного развития (восстановление утраченных реакций, появление новых навыков)
4. Увеличение массы тела
5. Улучшение сна без ээг-контроля

Правильный ответ: 1, 2, 3

Обоснование:

цели лечения включают клинический контроль приступов, нормализацию ээг и улучшение исхода психомоторного развития.

Прогноз и ошибки ведения

Задание №11

Какие действия (ошибки) наиболее существенно ухудшают прогноз у ребёнка с инфантильными спазмами?

Количество верных ответов — 4

1. Отсрочка видео-ээг и начала специфической терапии при типичной клинике
2. Игнорирование признаков регресса развития и трактовка эпизодов как варианта нормы
3. Отсутствие этиологического поиска после подтверждения синдрома (не выполнять мрт и генетическое обследование при наличии возможностей и показаний)
4. Назначение терапии, не относящейся к первой линии, вместо эффективных схем, с потерей времени
5. Планирование контрольной ээг после стабилизации клиники

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

Обоснование:

критичны сроки диагностики и начала эффективной терапии, а также

этиологическая верификация. Назначение нецелевой терапии приводит к потере времени и ухудшению исходов.

Ситуационная задача №2

Ситуация

Мальчик 9 месяцев (скорректированный возраст 7 месяцев) на приёме у педиатра и невролога.

Жалобы

Задержка моторного развития: не переворачивается уверенно, не садится, опора на носочки при вертикализации, “зажатые” ноги. Часто вздрагивает во сне.

Анамнез жизни

Родился преждевременно 30 недель. Масса 1380 г. Роды осложнены хориоамнионитом, длительным безводным промежутком. В оритн: ивл 3 суток. В нсг в 10-е сутки — признаки перивентрикулярной лейкомаляции (пвл). Выписан с диагнозом “перинатальное поражение цнс, недоношенность 30 недель”.

Объективный статус

Сознание ясное. Череп без деформаций.

Неврологический статус:

- Повышение тонуса в ногах по спастическому типу, аддукторный спазм, перекрёст ног, опора на передние отделы стоп
- Гиперрефлексия нижних конечностей, клonusы стоп
- Задержка формирования опоры на кисти, слабая опора на предплечья
- Патологические стопные рефлекс

Задания

План обследования

Задание №1

Для уточнения **структурной причины** и прогноза ребёнку наиболее информативно назначить:

количество верных ответов — 3

1. Мрт головного мозга (желательно с оценкой белого вещества, пвл)
2. Электроэнцефалография (ээг) рутинная всем детям с задержкой моторики
3. Оценка зрения и слуха (офтальмолог + аудиоскрининг/аудиометрия по возрасту)
4. Повторная нейросонография
5. Генетическое обследование

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

1. **Мрт** — ключевой метод для подтверждения/уточнения пвл и оценки степени поражения белого вещества, что влияет на прогноз двигательных исходов и тактику реабилитации.
2. **Зрение/слух** — частые сопутствующие дефициты у недоношенных и при перинатальном поражении мозга. Невыявленные сенсорные нарушения ухудшают развитие и эффективность реабилитации.
3. **Ээг** не является обязательной “всем с моторной задержкой”, но показана при клинике пароксизмов/подозрении на эпилепсию. В данном клиническом случае описаны жалобы на вздрагивания во сне.

Диагноз

Задание №2

На основании анамнеза и неврологического статуса наиболее вероятный диагноз:

количество верных ответов — 1

1. Спастическая диплегия (дцп), вероятно вследствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенного
2. Доброкачественная мышечная гипотония
3. Прогрессирующее нейромышечное заболевание (спинальная мышечная атрофия)
4. Рахит как основная причина “опоры на носочки”

Правильный ответ: 1

Обоснование:

недоношенность + перивентрикулярная лейкомаляция + спастичность нижних конечностей, аддукторный спазм, гиперрефлексия, клонусы, патологические стопные знаки - типично для **спастической диплегии** (органическое последствие непрогрессирующего поражения незрелого мозга). Рахит может усиливать мышечную слабость, но **не объясняет пирамидные знаки**. Спинальная мышечная атрофия даёт слабость/гипотонию и арефлексию, а не спастичность.

Лечение и реабилитация

Задание №3

Базовая тактика **первой линии** на ближайшие 6 месяцев:

количество верных ответов — 3

1. Ранняя комплексная реабилитация (лфк, позиционирование, работа с двигательными паттернами, эрготерапия)
2. Ночные ортезы/тутора при риске эквинуса и аддукторного спазма
3. Обучение родителей домашней программе ежедневной моторной стимуляции
4. Курсовые “ноотропы” как основное лечение спастичности
5. Полный запрет вертикализации до 2 лет

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

ранняя, регулярная, целевая реабилитация и ортезирование/позиционирование с вовлечением семьи наиболее важны в лечении дцп.

Нейрометаболическая/ноотропная терапия не является базовой доказательной стратегией для коррекции спастичности и двигательного исхода (эффект непредсказуем, доказательная база слабее, чем у реабилитации и таргетной антиспастической терапии).

Задание №4

Показания к **локальной антиспастической терапии ботулиническим токсином типа а** у ребёнка с дцп (в дальнейшем, по мере взросления):

количество верных ответов — 2

1. Фокальная спастичность, мешающая формированию навыков/уходу и ведущая к деформациям
2. Любая спастичность без функциональной цели
3. Спастичность, из-за которой невозможно подобрать ортез/обувь или проводить лфк
4. Только при генерализованной спастичности и болевом синдроме

Правильный ответ: 1,3

Обоснование:

ботулинический токсин — метод с сильной доказательной базой для **локальной** спастичности при дцп, когда есть **конкретная функциональная цель** (улучшение походки/позиционирования/ухода, профилактика контрактур).

Задание №5

Какие осложнения нужно активно предупреждать и мониторировать при данной форме?

Количество верных ответов — 3

1. Контрактуры и ортопедические деформации (эквинус, подвывих/вывих бедра)
2. Только когнитивные нарушения, ортопедические риски минимальны
3. Боль, нарушение сна, вторичная ограниченность активности
4. Поражение печени как типичное осложнение
5. Нарушение питания/глотания (по показаниям), дефицит массы

Правильный ответ: 1,3,5

Обоснование:

у детей со спастическими формами дцп значимы: риск контрактур и деформаций, болевой синдром и нарушение сна, а также нутритивные проблемы (не у всех, но клинически важно отслеживать). Это определяет необходимость мультидисциплинарного ведения.

Задание №6

Какая клиническая находка **наиболее специфична** для поражения пирамидных путей у ребёнка?

Количество верных ответов — 2

1. Гипорефлексия
2. Клонусы стоп
3. Трemor подбородка при плаче
4. Снижение мышечного тонуса в руках
5. Патологические стопные рефлексy

Правильный ответ: 2,5

Обоснование:

клонусы и патологические пирамидные знаки — более специфичны для центрального (верхнемоторного) поражения. Гипорефлексия, “тремор” и гипотония рук не подтверждают пирамидную симптоматику.

Задание №7

Какой патогенетический механизм **лучше всего объясняет** формирование спастической диплегии при перивентрикулярной лейкопатии у недоношенных?

Количество верных ответов — 1

1. Изолированное поражение коры затылочных долей
2. Некроз/повреждение перивентрикулярного белого вещества с поражением нисходящих кортико-спинальных путей
3. Первичное поражение периферических нервов
4. Иммунный демиелинизирующий процесс

Правильный ответ: 2

Обоснование:

при перивентрикулярной лейкопатии страдает белое вещество вокруг боковых желудочков, где проходят проводящие пути. У недоношенных особенно эта зона особенно уязвима.

Задание №8

Какая шкала/классификация наиболее уместна для **оценки функционального прогноза** и планирования реабилитации при дцп?

Количество верных ответов — 1

1. Gmfcs (gross motor function classification system)
2. Apgar

3. Шкала ком Глазго
4. Nihss

Правильный ответ: 1

Обоснование:

gmfcs — валидированная классификация уровня грубой моторики при ДЦП, напрямую используется для прогноза, выбора интенсивности реабилитации, ортопедической тактики.

Задание №9

Что из перечисленного **наиболее важно** включить в динамическое наблюдение для профилактики ортопедических осложнений при спастической диплегии?

Количество верных ответов — 3

1. Скрининг тазобедренных суставов (риск подвывиха/вывиха) с оценкой миграционного индекса по рентгену по возрастным показаниям
2. Оценка стоп/голеностопа на риск эквинуса и контрактур
3. Оценка позвоночника (сколиоз)
4. Только контроль окружности головы
5. Только контроль витамина d

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

спастичность приводит к мышечному дисбалансу, контрактурам, деформации стоп, риску патологии тазобедренных суставов, а по мере роста деформации позвоночника. Витамин d и контроль окружности головы важны, но не заменяют ортопедический мониторинг.

Задание №10

В каких ситуациях ээг у этого ребёнка становится наиболее актуальной

количество верных ответов — 3

1. Эпизоды “замирания”, отключения контакта
2. Повторяющиеся стереотипные подёргивания/миоклонии, особенно сериями
3. Регресс навыков или появление новых пароксизмов
4. Любая задержка моторики без пароксизмов
5. фактор недоношенности говорит о том, что ребёнку обязательно проведение ээг

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

ээг — инструмент для диагностики эпилептической активности при клинике пароксизмов и/или регресса. При изолированной моторной задержке без пароксизмов ээг не проводят. Недоношенность без пароксизмов и регресса не является показанием для ээг.

Задание №11

Какие вмешательства относятся к **первой линии** уменьшения риска формирования ортопедических осложнений спастичности в младшем возрасте?

Количество верных ответов — 3

1. Регулярная лфк/кинезиотерапия
2. Позиционирование и ортезирование
3. Обучение родителей ежедневной домашней программе абилитации
4. Ноотропы
5. Полная иммобилизация для снижения тонуса

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

снижение спастичности не является самой целью реабилитации. Главная цель — сохранение функции и профилактика деформаций. Первой линией является реабилитация, позиционирование, использование ортезов, вовлечение семьи. Иммобилизация ухудшает контрактуры и развитие. Ноотропы не являются базовой антиспастической терапией.

Ситуационная задача №3

Ситуация

Мальчик 6 лет, подготовительная группа к школе

Жалобы

Невнимательность, импульсивность, “не дослушивает инструкцию”, быстро истощается, эмоциональная лабильность, нарушения засыпания. Жалобы усилились после начала занятий.

Анамнез жизни

Беременность: угроза прерывания во 2 триместре, анемия. Роды в срок, но затяжные, с вакуум-экстракцией. Апгар 6/8. В неонатальном периоде — диагноз “церебральная ишемия 1 ст.”, наблюдение невролога до 1 года. Моторное развитие: сел и пошёл в срок, речь — первые фразы ближе к 2,5 годам. Судорог не было.

Объективный статус

Соматически без особенностей.

Невростатус: грубых очаговых симптомов нет. Лёгкая моторная неловкость, неустойчивость внимания на задании, повышенная отвлекаемость. Пирамидных знаков нет.

Задания

Дифференциальная диагностика

Задание №1

Наиболее вероятный синдромальный диагноз:

количество верных ответов — 1

1. Синдром дефицита внимания и гиперактивности на фоне функциональных последствий перинатального неблагополучия
2. Детский церебральный паралич, скрытая форма
3. Прогрессирующее нейродегенеративное заболевание
4. Эпилепсия с абсансами как основная причина невнимательности

Правильный ответ: 1

Обоснование:

отсутствие очаговой неврологической симптоматики/пирамидных знаков, нормальные грубые моторные навыки и ведущие жалобы “внимание/, импульсивность, регуляция сна” типичны для синдрома дефицита внимания и гиперактивности

План обследования

Задание №2

Минимально достаточный план обследования:

количество верных ответов — 3

1. Клиническая оценка по критериям сдвг + стандартизированные опросники (родители/педагоги)
2. Оценка слуха и зрения
3. Оценка сна, режима, экранного времени
4. Мрт головного мозга
5. Ээг **правильный ответ: 1,2,3**

Обоснование:

1. Диагноз сдвг — **клинический**, опирается на критерии и данные из ≥ 2 сред (дом и школа).
2. Сенсорные дефициты и нарушения сна часто маскируются под невнимательность, их нужно исключить.
3. Рутинные мрт/ээг без показаний проводить не следует, так как это низкая диагностическая отдача и риск гипердиагностики.

Лечение

Задание №3

Стартовая терапия первой линии (6 лет):

количество верных ответов — 2

1. Поведенческая терапия и родительский тренинг + работа с педагогами в школе
2. Назначение атомоксетина без психообразования и вмешательств в среду
3. Медикаментозная терапия сдвг при недостаточной эффективности поведенческой терапии
4. Сосудистые препараты курсами

Правильный ответ: 1,3

Обоснование:

для сдвг базой являются **поведенческие вмешательства** и адаптация среды. При умеренно-тяжелом и тяжелом нарушении функционирования добавляют медикаменты. Подход соответствует клиническим рекомендациям по лечению сдвг у детей.

Задание №4

Когда показано рассмотреть **атомоксетин** у детей дошкольного/младшего школьного возраста?

Количество верных ответов — 1

1. Если поведенческие интервенции недостаточно эффективны и сохраняется выраженное нарушение функционирования
2. Всем детям с гиперактивностью сразу, чтобы “не упустить время”
3. Только при наличии изменений на мрт
4. Только при наличии эпилептиформной активности на ээг

Правильный ответ: 1

Обоснование:

рекомендации указывают на приоритет поведенческих вмешательств.

Медикаменты (атомоксетин) рассматривают при **недостаточном эффекте** поведенческой терапии.

Задание №5

Какие красные флаги потребуют пересмотра диагноза сдвг?

Количество верных ответов — 3

1. Регресс навыков или нарастающая неврологическая симптоматика
2. Новые пароксизмы (эпизоды выключения, моторные феномены), подозрение на эпилепсию
3. Утренние рвоты/прогрессирующие головные боли/очаговые симптомы
4. Плохой почерк
5. Нежелание делать домашнее задание

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

регресс, пароксизмы и признаки внутричерепной гипертензии или очаговой симптоматики являются основаниями для поиска органической причины состояния (эпилепсия, опухоль, гидроцефалия и т.п.).

Задание №6

Какие условия **обязательны** для клинической верификации сдвг?

Количество верных ответов — 3

1. Симптомы в ≥ 2 средах (дом/сад/школа/кружки)
2. Длительность симптомов ≥ 6 месяцев
3. Клинически значимое нарушение функционирования (обучение/социализация/семья)
4. Наличие изменений на мрт
5. Эпилептиформная активность на ээг

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

сдвг — клинический диагноз по установленным критериям, требующий стойких симптомов более 6 месяцев, мультисредовой проявляемости (более чем в двух средах) и функционального ущерба (мешает обучению, социализации или семье). Мрт и ээг не являются диагностическими критериями.

Задание №7

Что из перечисленного **чаще всего имитирует** сдвг и требует активного исключения в базовом плане?

Количество верных ответов — 3

1. Нарушение сна (хроническое недосыпание, апноэ сна)

2. Нарушение слуха/зрения
3. Тревожное расстройство
4. Перинатальная энцефалопатия как самостоятельный диагноз в 6 лет без синдромальной расшифровки
5. Лень

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

недосып, сенсорные дефициты и тревога дают картину невнимательности или раздражительности. Перинатальная энцефалопатия без клинических синдромов и лень не являются диагнозами.

Задание №8

Какая находка **повышает вероятность** того, что “невнимательность” — проявление эпилептических абсансов?

Количество верных ответов — 2

1. Короткие частые эпизоды выключения контакта (секунды), с внезапным началом и окончанием, которые ребенок не замечает
2. Невнимательность на скучных уроках, идеальная концентрация в игре
3. Автоматизмы (мигание, жевательные движения) во время эпизодов невнимательности
4. Утомляемость к вечеру
5. Нарушение почерка

Правильный ответ: 1,3

Обоснование:

абсансы — стереотипные, краткие, с внезапным началом и окончанием, часто протекают с автоматизмами. Ситуативная невнимательность при интересе или скуке больше за сдвг и снижение мотивации и саморегуляции

Задание №9

Какая стартовая немедикаментозная тактика наиболее патогенетически оправдана при вероятном сдвг?

Количество верных ответов — 3

1. Поведенческая терапия и тренинг родителей (структура, подкрепление, правила)
2. Школьные вмешательства: посадка ближе к учителю, дробление заданий, визуальные подсказки
3. Гигиена сна и режима (фиксированное время, ограничение экранов вечером)
4. Ограничение физической активности
5. Назначение ноотропов для концентрации

Правильный ответ: 1,2,3 Обоснование:

сдвг — расстройство регуляции внимания и исполнительных функций.

Доказательная база сильнее у поведенческих и образовательных интервенций в дополнение к коррекции сна. Физическая активность обычно полезна как часть режима.

Задание №10

Когда в реальной клинической тактике оправдано добавление медикаментозной терапии сдвг?

Количество верных ответов — 2

1. При умеренно-тяжёлом нарушении функционирования, когда вмешательства в среду и поведенческие меры недостаточны

2. Если родители “просят таблетки”, даже при сохранном функционировании
3. При высоком риске травм и социальной дезадаптации из-за импульсивности
4. Только после мрт
5. Только после ээг

Правильный ответ: 1,3

Обоснование:

лекарства добавляют при выраженной дезадаптации, рисках травм и недостаточном эффекте немедикаментозных мер. Нейровизуализация и ээг не влияют на решение о назначении терапии, если нет показаний.

Задание №11

Какие признаки являются **красными флагами** органического или прогрессирующего процесса и требуют пересмотра диагноза и расширения обследования?

Количество верных ответов — 3

1. Регресс речевых, когнитивных или моторных навыков
2. Очаговая неврологическая симптоматика (асимметрия силы, патологические рефлексy, атаксия)
3. Новые эпизоды пароксизмов или подозрение на них
4. Непослушание
5. Нежелание ходить в школу

Правильный ответ: 1,2,3

Обоснование:

регресс, очаговая неврология и пароксизмы — основания искать органику (эпилепсия, опухоль, метаболические/генетические болезни и т.д.). Нарушения поведения без неврологических маркеров само по себе не красный флаг.