

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НЕОНАТОЛОГИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.)

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование	
				оценочного вида	средства количеств
1.	Группы новорожденных высокого риска. Врожденные дефекты и генетические синдромы.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12	ЗНАТЬ: 1. Основы этики и деонтологии врачебной деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 2. Основы и требования по ведению медицинской документации в соответствии с законодательством РФ 3. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний больных детей и подростков 4. анатомо-физиологические особенности, закономерности роста и развития здорового и больного ребенка. 6. Этиологию, патогенез,	Тестовые задания	20 4
2.	Особенности неонатальной адаптации детей при отдельных патологических состояниях беременности и родов.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12		Тестовые задания	20 4
3.	Энтеральное и парентеральное питание больных новорожденных и недоношенных детей. Инфузионная терапия в периоде новорожденности.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12		Тестовые задания	20 4
4.	Синдром дыхательных расстройств новорожденных.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12		Тестовые задания	20 4
5.	Перинатальные поражения нервной системы.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12		Тестовые задания	20 4

6.	Заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом в периоде новорожденности.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12	морфогенез, клиническую картину, особенности течения болезней у детей, классификации болезней	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 4
7.	Заболевания желудочно-кишечного тракта у новорожденных.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-6 ПК-12	7. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики болезней у детей. 8. Принципы терапии наиболее распространенных заболеваний у детей. 9. Принципы и методы оказания медицинской помощи при различных неотложных состояниях у детей, показания к госпитализации. 10. Оценку качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей 11. Теоретические основы информатики, сбор, хранение, переработка, преобразование, распространение информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	20 4

			<p>и здравоохранении. Основы доказательной медицины. УМЕТЬ: 1. Использовать этические и деонтологические принципы в работе врача педиатра с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. 2. Оформить медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля. 3. Обосновать принципы терапии наиболее распространенных заболеваний; назначить рациональную терапию, применить лекарственные препараты, их комбинации для лечения детей, выписать рецепты лекарственных средств. 4. Собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента различного возраста; интерпретировать результаты обследования, обосновать диагноз, определить план обследования и</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>лечения.</p> <p>5. Заполнять медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля</p> <p>6. Выявлять жизнеугрожающие состояния у детей и оказывать неотложную помощь.</p> <p>7. Анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения с использованием основных медико-статистических показателей.</p> <p>8. Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности, методами статистической обработки материала.</p> <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <p>1. Принципами этики и деонтологии врача педиатра в клинической практике.</p> <p>2. Оформлением истории болезни как юридического документа и другой документации в медицинских организациях</p>	
--	--	--	--	--

			<p>педиатрического профиля.</p> <p>3. Алгоритмом назначения терапии; современными порядками, стандартами и протоколами оказания медицинской помощи детям.</p> <p>4. Сбором анамнеза, методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, постановки клинического диагноза.</p> <p>5. Алгоритмом и протоколами выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, назначением терапии.</p> <p>6. Алгоритмом и протоколами оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у детей.</p> <p>7. Алгоритмом оценки качества оказанной медицинской помощи.</p> <p>Алгоритмом оценки основных врачебных</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>диагностических и лечебных мероприятий по оказанию помощи детям на основе доказательной медицины; представлением результатов анализа для публичного обсуждения.</p>		
--	--	--	--	--	--

Тестовые задания для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «НЕОНАТОЛОГИЯ» (вариативная часть)

Тесты по теме: «Группы новорожденных высокого риска. Врожденные дефекты и генетические синдромы».

1. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ РЕБЕНКА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

- 1) снижено*
- 2) соответствует норме
- 3) повышено

2. ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО

- 1) тремор рук и подбородка, снижение мышечного тонуса, судороги*
- 2) вялость, сухая кожа и слизистые, дыхание типа Чейна-Стокса, запах ацетона изо рта
- 3) тремор рук и подбородка, запах ацетона изо рта, сухость кожи и слизистых

3. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ МАТЕРИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) задержка внутриутробного развития, стигмы дисэмбриогенеза, перинатальная энцефалопатия*
- 2) геморрагический синдром
- 3) большая масса тела при рождении

4. ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИЕЙ ХАРАКТЕРНО

- 1) задержка внутриутробного развития
- 2) большая масса тела при рождении, отечный синдром, признаки морфофункциональной незрелости*
- 3) признаки эксикоза

5. РЕАНИМАЦИОННЫЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭМБРИОФЕТОПАТИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) отсасывание содержимого из полости рта, оксигенотерапию, введение раствора глюкозы внутривенно*
- 2) введение инсулина
- 3) введение антибиотиков

6. ЭМБРИОФЕТОПАТИИ ВЫЗЫВАЮТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ

- 1) Болезни сердечно-сосудистой системы*

- 2) Хронические заболевания органов дыхания*
- 3) Болезни почек*
- 4) Острые отравления
- 5) Стрессовые ситуации

7. ХРОМОСОМНЫЕ И ГЕННЫЕ МУТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ ГИБЕЛИ ОПЛОДОТВОРЕННЫХ ЯЙЦЕКЛЕТОК

- 1) В 10%
- 2) В 25%
- 3) В 50%
- 4) В 75%
- 5) В 90%*

8. ДОСТОВЕРНО ЧАЩЕ РОЖДАЮТСЯ ДЕТИ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЦНС У ЖЕНЩИН СТАРШЕ

- 1) 22 лет
- 2) 25 лет
- 3) 30 лет
- 4) 33 лет
- 5) 35 лет*

9. ДЛИТЕЛЬНАЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ВЕДЕТ

- 1) к выкидышам
- 2) порокам развития, несовместимым с жизнью
- 3) расстройствам морфогенеза*
- 4) появлению стигм дизэмбриогенеза*
- 5) задержке внутриутробного развития*

10. ПРИНЦИПЫ ТЕРАТОГЕНЕЗА Ц.СТОККАРДА

- 1) Один и тот же тератоген на разных стадиях развития зародыша может вызывать образование только одинаковых аномалий
- 2) Одна и та же аномалия может быть следствием влияния однотипных тератогенов
- 3) Один и тот же тератоген на разных стадиях развития зародыша может вызывать образование различных аномалий*
- 4) Одна и та же аномалия может быть следствием влияния различных тератогенов*
- 5) Тип аномалии зависит от стадии развития зародыша в момент действия тератогена*

11. ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ ЭМБРИОФЕТОПАТИЯ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В

- 1) Задержке внутриутробного развития по диспластическому типу*
- 2) Врожденными пороками развития сердца*
- 3) Врожденными пороками развития почек*
- 4) Микроцефалией*
- 5) Гидроцефалией *

12. ТАБАЧНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА ВОЗМОЖЕН У АКТИВНЫХ КУРИЛЬЩИЦ

- 1) Более 2 сигарет в день*
- 2) Более 5 сигарет в день*
- 3) Более 10 сигарет в день*
- 4) Более 20 сигарет в день*
- 5) У пассивных курильщиц*

13. У НИКОТИНЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН ПОВЫШАЕТСЯ ЧАСТОТА

- 1) Выкидышей*
- 2) Гестозов*
- 3) Недонашивания*
- 4) Предлежания и отслойки плаценты*
- 5) Кровотечений в родах*

14. У РЕБЕНКА ПРИ ТАБАЧНОМ СИНДРОМЕ ПОВЫШАЕТСЯ ЧАСТОТА

- 1) ЗВУР по гипотрофическому типу*
- 2) Расщелин губы и неба*
- 3) Рождения в асфиксии*
- 4) Перинатальной заболеваемости и смертности*
- 5) Синдрома внезапной смерти*

15. НАРКОТИЧЕСКИЕ ЭМБРИОФЕТОПАТИИ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ЖЕНЩИНАМИ

- 1) Кокаина*
- 2) Амфетамина*
- 3) Марихуаны*
- 4) Морфия*
- 5) Героина*

16. ОБЩИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

- 1) Мертворождения, выкидыши, невынашивание беременности*
- 2) Гестозы, эклампсии, аномальные положения плода, патология плаценты*
- 3) ЗВУР плода по различным типам*
- 4) Рождение детей в асфиксии*
- 5) Легочная патология в раннем неонатальном периоде*

17. ПРОМЫШЛЕННЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Недонашиванием или ЗВУР плода всех трех типов*
- 2) Резко выраженной транзиторной желтухой*
- 3) Повышенной кровоточивостью*
- 4) Большими потерями первоначальной массы тела*
- 5) Неврологическими нарушениями*

18. ЭМБРИОТОКСИЧНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И КСЕНОБИОТИКОВ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1) Прерыванием беременности*
- 2) Формированием двойни*
- 3) Возникновением пороком развития с нарушением оси зародыша*
- 4) Развитием внутриутробных инфекций*
- 5) Возникновением гипоксических состояний*

19. РАДИАЦИОННАЯ ЭМБРИОПАТИЯ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1) ЗВУР по гипопластическому типу*
- 2) Микроцефалией*
- 3) Нефропатией*
- 4) Дефектами психомоторного развития с возрастом*
- 5) Повышенной частотой лейкоза в дальнейшем*

20. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫЕ СРОКИ ТЕРАТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И КСЕНОБИОТИКОВ

- 1) 7-10 дни внутриутробной жизни*
- 2) 15-60 дни*
- 3) 70-100 дни*
- 4) 4-5 месяцы беременности*
- 5) 5-6 месяцы беременности*

Тесты по теме: «Особенности неонатальной адаптации детей при отдельных патологических состояниях беременности и родов».

21. ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ ПРИ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ

- 1) 22-37 недель
- 2) 28-37 недель
- 3) 36-40 недель
- 4) 38-42 недели*
- 5) более 42 недель

22. ТРАНЗИТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ОБМЕНА У НОВОРОЖДЕННОГО ВКЛЮЧАЮТ

- 1) катаболическую направленность белкового обмена*
- 2) катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию*
- 3) метаболический ацидоз, гипогликемию

23. СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) не изменяется
- 2) понижается*
- 3) повышается

24. ТРАНЗИТОРНАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5-8%*
- 2) 10-12%
- 3) более 12%

25. ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ У

- 1) мальчиков
- 2) девочек
- 3) мальчиков и девочек*

26. ПОД ТЕРМИНОМ «ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ» ПОНИМАЮТ

- 1) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях или полных неделях*

2

-) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных месяцах
-) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях*

- 5) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают в полных неделях*

27. ЛЮБОЙ ПЛОД (МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ ИЛИ ЖИВОРОЖДЕННЫЙ) ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЗВЕШЕН В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ИЛИ ЧАС ЖИЗНИ

- 1) Родившийся после 20 неделе гестации*
- 2) Родившийся после 18 недели гестации
- 3) Родившийся после 23 недели гестации
- 4) Родившийся после 25 недели гестации
- 5) Родившийся после 27 недели гестации

28. БОЛЬШИНСТВО НОВОРОЖДЕННЫХ (85-90%) ИМЕЮТ МАССУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

- 1) 2500-4000 г.*
- 2) 2000-3000 г.
- 3) 2200-3500 г.
- 4) 2800-3700 г.
- 5) 3200-3800 г.

29. БОЛЬШИНСТВО НОВОРОЖДЕННЫХ (85-90%) ИМЕЮТ ДЛИНУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

- 1) 46-52 см*
- 2) 40-48 см
- 3) 38-50 см
- 4) 42-54 см
- 5) 44-54 см

30. НЕДОНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ДО

- 1) Окончания 37 недели беременности*
- 2) Окончания 36 недели беременности
- 3) Окончания 35 недели беременности
- 4) Окончания 38 недели беременности
- 5) Окончания 34 недели беременности

31. 70-80% НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИМЕЮТ МАССУ ТЕЛА

- 1) Менее 2500 г.*
- 2) Менее 2600 г.
- 3) Менее 2700 г.
- 4) Менее 2800 г.
- 5) Менее 3000 г.

32. 70-80 % НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИМЕЮТ ДЛИНУ ТЕЛА :

- 1) Менее 45 см*
- 2) Менее 50 см
- 3) Менее 52 см
- 4) Менее 40 см
- 5) Менее 38 см

33. ПЕРЕНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 42 недели и более*
- 2) 38 недель и более

- 3) 39 недель и более
- 4) 40 недель и более
- 5) 41 неделю и более

34. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ

- 1) Сухость и шелушение кожи*
- 2) Мацерация кожи*
- 3) Прокрашивание меконием пуповины*
- 4) Прокрашивание меконием оболочек последа*
- 5) Наличие ядер окостенения проксимального эпифиза большеберцовой и плечевой кости*

35. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРИЧИН СМЕРТИ ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ

- 1) С 22 недели гестации*
- 2) С 21 недели гестации
- 3) С 20 недели гестации
- 4) С 23 недели гестации
- 5) С 24 недели гестации

36. СОГЛАСНО МКБ-10 ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЗАВЕРШАЕТСЯ

- 1) На 7-й полный день после родов*
- 2) На 5-й полный день после родов
- 3) На 10 полный день после родов
- 4) На 14 полный день после родов
- 5) На 21 полный день после родов

37. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗДЕЛЯЮТ НА

- 1) Преконцептуальный период
- 2) Антенатальный период*
- 3) Интранатальный период*
- 4) Ранний неонатальный период*
- 5) Поздний неонатальный период

38. АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД С ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЕЛИТЬ НА ПЕРИОДЫ

- 1) Зиготный
- 2) Бластный
- 3) Эмбриональный*
- 4) Ранний фетальный*
- 5) Поздний фетальный*

39. НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) От периода предвестников родов до момента рождения ребенка
- 2) От момента отхождения околоплодных вод до рождения ребенка
- 3) От начала родовой деятельности до момента рождения ребенка*
- 4) От начала родовой деятельности до пересечения пуповины
- 5) От начала родовой деятельности до отхождения плаценты

40. НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) От момента рождения до окончания полных 28 дней после рождения*

- 2) От момента перевязки пуповины до окончания полных 28 дней после рождения
- 3) От момента отделения плаценты до окончания полных 28 дней жизни
- 4) От момента рождения до окончания полных 25 дней жизни
- От момента рождения до окончания полных 30 дней жизни

Тесты по теме: «Энтеральное и парентеральное питание больных новорожденных и недоношенных детей. Инфузионная терапия в периоде новорожденности».

41. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) АПГАР
- 2) Сильвермана
- 3) Дубовича, Балларда-Новака*

42. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ У РЕБЕНКА С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) менее 2%
- 2) более 15%
- 3) 5-25%*

43. ПОТРЕБНОСТЬ НЕДОНОШЕННОГО В КАЛОРИЯХ В ПЕРИОД ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ДО ДОСТИЖЕНИЯ ВЕСА 2500 Г СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 140 ккал/кг
- 2) 100 ккал/кг
- 3) 120 ккал/кг*

44. ПОКАЗАНИЕМ К КОРМЛЕНИЮ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ЗОНД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие синдрома срыгивания*
- 2) внутриутробное инфицирование, пороки развития мягкого и твердого неба, отсутствие сосательного и глотательного рефлексов*
- 3) масса тела менее 1250 г*

45. ЧЕРЕЗ СОСКУ СЛЕДУЕТ КОРМИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) с массой тела менее 1000 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
- 2) с массой тела 1000-1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
- 3) с массой тела 1250-1800 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов*
- 4) с массой тела 1800 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов

46. К ГРУДИ МОЖНО ПРИЛОЖИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) с массой тела более 1800 г в удовлетворительном состоянии*
- 2) с массой тела более 1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлекса
- 3) при достаточном количестве молока у матери
- 4) с любой массой в удовлетворительном состоянии

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) в парасагиттальной области
- 2) в перивентрикулярном белом веществе*
- 3) в коре теменной доли

48. ПРИЧИНАМИ БОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сохранение герминативного матрикса, большая проницаемость сосудистой стенки, отсутствие ауторегуляции мозгового кровотока*
- 2) большая частота травматизации в родах*
- 3) более высокое артериальное давление в постренимационном периоде

49. РИСК РАЗВИТИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличии пневмонии, наличии лево-правого сброса через открытый артериальный проток, увеличении давления на выдохе при ИВЛ*
- 2) наличии синдрома утечки воздуха*
- 3) наличии право-левого сброса через открытый артериальный проток

50. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРОВОДИТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ

- 1) эуфиллина
- 2) триампура
- 3) дексаметазона*

51. ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) переливаний эритроцитарной массы
- 2) витамина Е
- 3) рекомбинантного эритропоэтина*
- 4) дексаметазона

52. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СДР У НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) Апгар
- 2) Сильвермана*
- 3) Дубовица
- 4) Дементьевой

53. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ИВЛ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) одышка до 60 в 1 минуту
- 2) одышка более 80 в 1 минуту, повторные апноэ, P_{O_2} г менее 50 мм рт.ст., PCO_2 более 60 мм рт.ст., рН менее 7,2*
- 3) P_{O_2} менее 60 мм рт.ст., PCO_2 более 50 мм рт.ст., рН менее 7,25*

54. ИСКУССТВЕННЫЙ СУРФАКТАНТ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ВВОДИТСЯ

- 1) энтерально
- 2) эндотрахеально*
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

55. ОСОБЕННОСТЯМИ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ДОНОШЕННЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1
- 2
- 3

..

..

- 2) Не более 11 % детей*
- 3) 15% детей
- 4) 20 % детей
- 5) Более 25% детей

57. В КАТАМНЕЗЕ ДЕТЕЙ С ЭНМТ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА

- 1) Врожденных пороков развития
- 2) Тяжелой неврологической патологии (ДЦП)*
- 3) Бронхолегочной дисплазии*
- 4) Высокий инфекционный индекс*
- 5) В обучении в спецшколах нуждаются от 33% до 68% детей*

58. РЕТИНОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ЭНМТ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- 1) Не встречается
- 2) Встречается с очень высокой частотой*
- 3) Встречается с частотой 1%
- 4) Встречается с частотой 5%
- 5) Диагностируется с частотой 10%

59. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РДС У ДЕТЕЙ С ЭНМТ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) Пенный тест Клементса*
- 2) Рентгенологическое обследование*
- 3) Оценка КОС*
- 4) Анализ параметров системы свертывания крови*
- 5) Анализ параметров фибринолиза*

60. ВРОЖДЕННЫЕ И РЕСПИРАТОР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ В ГРУППЕ ДЕТЕЙ С ЭНМТ

- 1) Не встречаются
- 2) Диагностируются в единичных случаях
- 3) Отмечается высокая частота встречаемости*
- 4) Встречаются в 2% случаев
- 5) Встречаются в 5% случаев

Тесты по теме: «Синдром дыхательных расстройств новорожденных».

61. КАКИЕ ВИДЫ ПНЕВМОНИЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ ЖИЗНИ

- 1) врожденная*
- 2) ИВЛ-ассоциированная
- 3) внегоспитальная
- 4) нозокомиальная

62. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНО РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) недостаточным синтезом сурфактанта*
- 2) избыточным синтезом сурфактанта
- 3) инфекцией
- 4) аспирацией

63. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

антибиотиков

- 1) искусственного сурфактанта
- 2) кислородотерапии*
- 3) инфузионной терапии
- 4) викасол

64. ПРИ АСПИРАЦИИ НОВОРОЖДЕННОМУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1) не показана
- 2) показана*
- 3) зависит от срока гестации
- 4) зависит от сопутствующей патологии

65. СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У

- 1) недоношенных новорожденных*
- 2) доношенных новорожденных
- 3) переношенных новорожденных

66. К АСПИРАЦИОННЫМ СОСТОЯНИЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ

- 1) болезнь гиалиновых мембран
- 2) рассеянные ателектазы
- 3) аспирационный синдром*
- 4) массивную мекониальную аспирацию

67. ПРИ АСПИРАЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОГО АТЕЛЕКТАЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией
- 2) незначительное снижение прозрачности легочных полей без перифокального воспаления
- 3) ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочных полей
- 4) треугольная тень, обращенная вершущкой к корню легкого*
- 5) смещение органов средостения в пораженную сторону

68. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1) тактильная стимуляция
- 2) интубация трахеи с последующей санацией трахеобронхиального дерева
- 3) дача увлажненного кислорода через маску*

69. ПАТОЛОГИЯ АЛЬВЕОЛ И/ИЛИ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) болезни гиалиновых мембран*
- 2) транзиторного тахипноэ*
- 3) синдрома аспирации мекония*
- 4) ателектазов*
- 5) отека легких*

70. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) врожденные аномалии развития легких
- 2) дефицит образования и выброса сурфактанта*
- 3) качественный дефект сурфактанта*

- 4) ингибирование и разрушение сурфактанта*
- 5) незрелость структуры легочной ткани*

71. СУРФАКТАНТ СОСТОИТ ИЗ ЛИПИДОВ

- 1) на 90%*
- 2) на 50%
- 3) на 30%
- 4) на 10%

72. ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ СУРФАКТАНТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) препятствует спадению альвеол на выдохе*
- 2) защищает эпителий от повреждений*
- 3) поддерживает мукоцилиарный клиренс*
- 4) обладает бактерицидной активностью*
- 5) участвует в регуляции микроциркуляции в легких*

73. СУРФАКТАНТ НАЧИНАЕТ ВЫРАБАТЫВАТЬСЯ У ПЛОДА ВО ВРЕМЯ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА

- 1) 12-15 неделе
- 2) 15-16 неделе*
- 3) 20-24 неделе
- 4) 28-30 неделе
- 5) 32-35 неделе

74. КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫЙ СДР НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАН

- 1) 10 баллов*
- 2) 7-8 баллов
- 3) 5-6 баллов

75. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ СДР НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ СООТНОШЕНИИ ЛЕЦИТИН/СФИНГОМИЕЛИН В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ

- 1) более 2,0
- 2) менее 2,0
- 3) менее 1,0*

76. ДЛЯ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) одышка (число дыханий более 60 в минуту)*
- 2) напряжение крыльев носа*
- 3) западение межреберных промежутков и грудины*
- 4) бледность кожных покровов
- 5) экспираторные шумы без «экспираторного хрюкания»*

77. ДЛЯ СИНДРОМА АСПИРАЦИИ МЕКОНИЯ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) участки апневматоза (крупные затемнения неправильной формы)*
- 2) вкрапления эмфизатозных областей*
- 3) уплощение диафрагмы*
- 4) увеличение передне-заднего размера грудной клетки*
- 5) симптом «снежной бури»*

78. ПРИЧИНАМИ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ

- 1) аспирация инородных масс (околоплодные воды, меконий, содержимое желудка)*
- 2) состояние после удаления интубационной трубки из трахеи*
- 3) у недоношенных с анте- и интранатальными кровоизлияниями в головной и спинной мозг*
- 4) при передозировке стимулирующих препаратов матери перед родами

79. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

- 1) кислородотерапия с концентрацией кислорода более 40%*
- 2) баротравма при ИВЛ с положительным давлением на выдохе*
- 3) длительное нахождение интубационной трубки в дыхательных путях*
- 4) незрелость легких у детей с гестационным возрастом менее 32 недель*
- 5) кислородотерапия с концентрацией кислорода менее 10%

80. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ВИЛЬСОНА МИКИТИ МАНИФЕСТИРУЮТ

- 1) в первые две недели жизни
- 2) на 15-35 день жизни*
- 3) в конце второго месяца жизни

Тесты по теме: «Перинатальные поражения нервной системы».

81. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ

- 1) 3 балла и менее*
- 2) 4-5 баллов
- 3) 5-7 баллов

82. ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ I СТЕПЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония*
- 2) судороги
- 3) мышечная дистония, гипотония, вялость

83. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) применяют гипсовую повязку
- 2) применяют повязку Дезо*
- 3) применяют физиотерапевтические процедуры
- 4) не проводят иммобилизации
- 5) применяют антибактериальную терапию

84. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) вялость, адинамия*
- 2) внутричерепная гипертензия
- 3) гипорефлексия
- 4) усиление рефлексов орального автоматизма
- 5) гипертонус мышц

85. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ III СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) отсутствие рефлексов*
- 2) судороги
- 3) нарушения ритма сердцебиения

- 4) нарушения ритма дыхания
- 5) гиперрефлексия

86. ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВУЮ ТРАВМУ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

- 1) судороги
- 2) резкий плач при перемене положения ребенка*
- 3) укороченный или удлиненный размер шеи
- 4) одышка, вздутие живота

87. ДЛЯ ПЕРИ- И ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ П-Ш СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) судороги*
- 2) выбухание большого родничка
- 3) гипертонус мышц
- 4) повышение двигательной активности
- 5) оживление физиологических рефлексов

88. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СПИННО-МОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) судороги*
- 2) подозрение на менингит
- 3) прогрессирующая гидроцефалия
- 4) гипербилирубинемия
- 5) отечный синдром

89. ПРИ КЕФАЛОГЕМАТОМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) опухолевидное образование, ограниченное областью отдельных костей черепа*
- 2) флюктуация при пальпации опухолевидного образования
- 3) опухолевидное образование, захватывающее область нескольких костей черепа
- 4) гиперемия кожи в области кефалогематомы

90. ПАРЕЗ ДИАФРАГМЫ (СИНДРОМ КОФФЕРАТА) РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) повреждении коры головного мозга
- 2) травме продолговатого мозга*
- 3) травме плечевого сплетения (n. frenicus)*
- 4) травме спинного мозга на уровне C_{III} - C_{IV}

91. СУБДУРАЛЬНЫЕ, ЭПИДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, В ВЕЩЕСТВО ГОЛОВНОГО МОЗГА, МОЗЖЕЧОК ИМЕЮТ, КАК ПРАВИЛО

- 1) гипоксическое происхождение
- 2) травматическую природу*
- 3) метаболический генез
- 4) инфекционную этиологию

92. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Дифенин
- 2) Фенобарбитал
- 3) Оксипутират натрия*
- 4) Магния сульфат

93. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ МЕНИНГИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ БЫТЬ ЛОКАЛИЗОВАН

- 1) в мягкой и паутинной оболочках*
- 2) только в паутинной оболочке*
- 3) в твердой мозговой оболочке*
- 4) во всех оболочках одновременно*

94. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ МЕНИНГИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) стрептококки группы В*
- 2) кишечная палочка*
- 3) стафилококки
- 4) синегнойная палочка
- 5) протей

95. ДЛЯ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРНЫ ПРИ АНАЛИЗЕ ЛИКВОРА :

- 1) нейтрофильный высокий цитоз*
- 2) низкий уровень глюкозы в ликворе*
- 3) повышение уровня белка*
- 4) повышение уровня билирубина

96. ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ МЕНИНГИТЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1) пероральный
- 2) внутривенный
- 3) внутримышечный
- 4) внутривенный в сочетании с внутримышечным*
- 5) ректальный

97. ДЛЯ СИНДРОМА ДАУНА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) при анализе хромосомного набора – трисомия по 21 хромосоме*
- 2) малая длина тела*
- 3) косые глазные щели*
- 4) полуоткрытый рот с высунутым языком*
- 5) мышечная гипотония, гипорефлексия, отставание в психоэмоциональном развитии*

98. ДЛЯ СИНДРОМА 9P+ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) пренатальная макросомия
- 2) выраженная задержка психоэмоционального развития*
- 3) микроцефалия*
- 4) антимонголоидный разрез глаз*
- 5) гиперплазия 3 и 4 фаланг пальцев*

99. ГИДРОЦЕФАЛИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) дефектами костей черепа округлой формы*
- 2) чрезмерным накоплением в вентрикулярной системе или в субарахноидальном пространстве ликвора*
- 3) атрофией вещества головного мозга*
- 4) незрелостью и нарушением архитектоники коры головного мозга

100. АНЭНЦЕФАЛИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) отсутствие головного мозга*

- 2) в полости черепа соединительная ткань, богатая кровеносными сосудами*
- 3) в соединительную ткань включены кистозные полости*
- 4) сопровождается выраженной гипоплазией надпочечников*
- 5) отмечается аплазия нейрогипофиза*

Тесты по теме: «Заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом в периоде новорожденности».

101. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ

- 1) сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
- 2) фибринолиза*
- 3) коагуляционного звена гемостаза

102. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЛАССИЧЕСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЮТСЯ НА

- 1) 1-2-й день жизни
- 2) 2-5-й день жизни*
- 3) 7-10-й день жизни
- 4) на 15-20 день жизни
- 5) в конце первого месяца жизни

103. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) свежемороженную плазму
- 2) свежемороженную плазму и викасол*
- 3) свежемороженную плазму, викасол и витамин Е

104. ВРЕМЯ СВЕРТЫВАНИЯ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) не изменяется
- 2) укорачивается
- 3) удлиняется*

105. ПРОТРОМБИНОВЫЙ КОМПЛЕКС ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) нормальный
- 2) повышен
- 3) снижен*

106. К РАЗВИТИЮ ДЕФИЦИТА ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИВОДЯТ

- 1) недостаточность белково-синтетической функции печени*
- 2) недостаточное образование и поступление витамина К из кишечника
- 3) нарушение функции тромбоцитов
- 4) гипокальциемия

107. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

- 1) II (протромбин)*
- 2) VII (проконвертин)
- 3) IX (плазменный компонент тромбопластина)
- 4) X (протромбиназа)

5) VIII (антигемофильный глобулин)

108. ПЕРВЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кровоточивость слизистых оболочек*
- 2) мелена
- 3) тяжелая анемия
- 4) гемартрозы

109. НОВОРОЖДЕННОМУ С ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1) общий анализ крови с определением количества тромбоцитов, времени кровотечения и свертывания*
- 2) коагулограмму
- 3) общий анализ мочи
- 4) биохимический анализ крови
- 5) исследование функциональной активности тромбоцитов

110. НОВОРОЖДЕННОГО С ИЗОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ МАТЕРИНСКИМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ

- 1) кормят
- 2) не кормят*

111. ИЗОИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) недостаточного образования тромбоцитов
- 2) несовместимости крови матери и плода по АВО-системе
- 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов*
- 4) наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов
- 5) иммунной тромбоцитопенической пурпуре у матери

112. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ВОЗНИКАЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ

- 1) недостаточности образования тромбоцитов
- 2) несовместимости крови матери и плода по АВО-системе
- 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
- 4) иммунной тромбоцитопенической пурпуре у матери*
- 5) наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов

113. У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ИММУННЫХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ

- 1) аутоиммунная
- 2) гетероиммунная*
- 3) изоиммунная
- 4) трансплацентарная

114. ЛЕЧЕНИЕ ИЗОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) стандартного иммуноглобулина для внутривенного введения*
- 2) переливание тромбоцитарной массы
- 3) ангиопротекторов
- 4) ингибиторов фибринолиза

5) гепатопротекторов

115. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) тест Апта*
- 2) исследование общего анализа периферической крови
- 3) исследование коагулограммы
- 4) бактериологическое исследование промывных вод желудка

116. ЛЕГКАЯ ФОРМА РАССЕЯННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ЖИЗНИ

- 1) типична*
- 2) нетипична

117. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПРИ КОТОРЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ДВС-СИНДРОМ

- 1) инфекции, приводящие к массивному повреждению эндотелия сосудов, шоку*
- 2) гипоксия, ацидоз, ишемия*
- 3) холодовая травма*
- 4) полицитемия*
- 5) повреждение тканей и освобождение тканевого тромбопластина*

118. ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ТИПИЧНО ТЕЧЕНИЕ ДВС

- 1) критическое
- 2) волнообразное*
- 3) хроническое

119. ДИАГНОЗ ДВС У НОВОРОЖДЕННЫХ СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

- 1) клинической картины*
- 2) резкого снижения факторов свертывания крови (I, V, VIII), АНТИТРОМБИНА III*
- 3) тромбоцитопении*
- 4) положительном этаноловом тесте*
- 5) большом количестве подуктов деградции фибриногена в крови*

120. ПЕРЕЛИВАНИЕ ПЛАЗМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ПРОВОДЯТ

- 1) однократно
- 2) каждые 8-12 часов*
- 3) каждые 24-48 часов

Тесты по теме: «Заболевания желудочно-кишечного тракта у новорожденных».

121. ОБЪЕКТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЭЗОФАГИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) исследование биоценоза кишечника
- 2) исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
- 3) эзофагогастроскопия*

122. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) контрастное вещество заполняет начальную часть пилорического отдела желудка
- 2) в положении по Тренделенбургу отмечается затек бариевой взвеси в пищевод*
- 3) пищевод расширен

- 4) контрастированный желудок располагается в средостении
- 5) сужение кардиального отдела пищевода, пищевод расшире

123. ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

- 1) энтероколитом
- 2) аспирационным синдромом*
- 3) эрозивным эзофагитом
- 4) высокой кишечной непроходимостью
- 5) запорами

124. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ МАНИФЕСТАЦИИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) срыгивание*
- 2) беспокойство в горизонтальном положении после кормления*
- 3) дисфагия*
- 4) гипертермия
- 5) судороги

125. ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЛАКТАЗНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) первичную*
- 2) вторичную*
- 3) третичную

126. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) метеоризм и вздутие кишечника*
- 2) осмотическая диарея*
- 3) водянистый стул с зловонным запахом*
- 4) возникновение беспокойства через несколько минут после начала кормления на фоне хорошего аппетита

127. ПРИ ХЛОРИДНОЙ ДИАРЕЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) тяжелый алкалоз*
- 2) гипохлоремия*
- 3) гипокалиемия*
- 4) гипонатриемия*
- 5) гиперферментемия

128. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХЛОРИДНОЙ ДИАРЕИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рвота фонтаном с первых дней жизни после каждого кормления*
- 2) живот увеличен, перистальтика ослаблена*
- 3) жидкий водянистый стул до 10-20 раз в сутки*
- 4) тяжелая дегидратация, гипотрофия, мышечная гипотония*
- 5) полиурия, ацидоз

129. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХЛОРИДНОЙ ДИАРЕИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) пожизненное замещение хлоридов и жидкости*
- 2) гормонотерапия*
- 3) антибиотикотерапия

130. АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ ИМЕТЬ ФОРМЫ

- 1) несвищевую*
- 2) свищевую*
- 3) изолированный трахеопищеводный свищ*
- 4) первичную
- 5) вторичную

131. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ

- 1) клинические признаки появляются сразу после рождения*
- 2) обильные пенистые выделения изо рта*
- 3) при попытке кормления возникает дисфагия с цианозом*
- 4) нарастающие дыхательные расстройства*
- 5) судорожный синдром

132. ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) Только хирургическим путем*
- 2) Консервативное лечение*
- 3) В зависимости от формы атрезии*

133. ПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) Локальном дефиците нейронов, синтезирующих расслабляющие мускулатуру нейромедиаторы (оксид азота, вазоактивный интестинальный пептид)*
- 2) Развивается гиперплазия и гипертрофия мышечного слоя привратника
- 3) Процесс происходит постепенно
- 4) Увеличивается диаметр привратника
- 5) Нарушается эвакуация в двенадцатиперстную кишку

134. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) в первые часы после рождения
- 2) в конце первой недели жизни
- 3) на 10-12 день жизни
- 4) на 2-4 неделе жизни*
- 5) на 6-8 неделе жизни

135. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

- 1) Рвота «фонтаном»*
- 2) Рвота возникает через некоторое время после кормления*
- 3) В последующем отмечается увеличение объема и частоты рвоты*
- 4) Примеси в рвотных массах отсутствуют
- 5) Стул становится обильным и светлым

136. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) Вздутие эпигастральной области*
- 2) Западение нижних отделов живота*
- 3) Перистальтика желудка в виде «песочных часов»*
- 4) Отчетливая пальпация привратника
- 5) Увеличение печени и селезенки

137. ПРИ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РВОТА ЗАСТОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Сразу после рождения

- 2) К концу первых, в начале вторых суток жизни*
- 3) На 3-4 сутки жизни
- 4) В конце первой недели жизни
- 5) На второй неделе жизни

138. НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПРИ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ

- 1) Определяются два уровня жидкости (желудок и двенадцатиперстная кишка)*
- 2) Пневматизация нижележащих отделов кишечника отсутствует или значительно снижена*
- 3) Определяются признаки наличия воздуха в брюшной полости
- 4) Пневматизация стенок кишечника
- 5) Уплотнение купола диафрагмы

139. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) Врожденная атрезия тонкой кишки*
- 2) Врожденная атрезия толстой кишки (в сочетании с атрезией ануса)*
- 3) Удвоение кишечной трубки*
- 4) Мекониевый илеус*
- 5) Болезнь Гиршпрунга*

140. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) Отсутствие стула с момента рождения, даже после очистительной клизмы*
- 2) Рвота патологическим содержимым (застойная желч, кишечное содержимое)*
- 3) Появление рвоты к концу первой недели жизни
- 4) Прогрессивное ухудшение состояния*
- 5) Западение передней брюшной стенки

Ключ к тестам							
№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	1	36.	1	71.	1	106.	1
2.	1	37.	2,3,4	72.	1,2,3,4,5	107.	1
3.	1	38.	3,4,5	73.	2	108.	1
4.	2	39.	3	74.	1	109.	1
5.	1	40.	1	75.	3	110.	2
6.	1,2,3	41.	3	76.	1,2,3,5	111.	3
7.	5	42.	3	77.	1,2,3,4,5	112.	4
8.	5	43.	3	78.	1,2,3	113.	2
9.	3,4,5	44.	1,2,3	79.	1,2,3,4	114.	1
10.	3,4,5	45.	3	80.	2	115.	1
11.	1,2,3,4,5	46.	1	81.	1	116.	1
12.	1,2,3,4,5	47.	2	82.	1	117.	1,2,3,4,5
13.	1,2,3,4,5	48.	2	83.	2	118.	2
14.	1,2,3,4,5	49.	1,2	84.	1	119.	1,2,3,4,5
15.	1,2,3,4,5	50.	3	85.	1	120.	2
16.	1,2,3,4,5	51.	3	86.	2	121.	3
17.	1,2,3,4,5	52.	2	87.	1	122.	2
18.	1,2,3,4,5	53.	2	88.	1	123.	2

19.	1,2,3,4,5	54.	2	89.	1	124.	1,2,3
20.	1,2,3,4,5	55.	1	90.	2,3	125.	1,2
21.	4	56.	2	91.	2	126.	1,2,3
22.	1,2	57.	2,3,4,5	92.	3	127.	1,2,3,4
23.	2	58.	2	93.	1,2,3,4	128.	1,2,3,4
24.	1	59.	1,2,3,4,5	94.	1,2	129.	1
25.	3	60.	3	95.	1,2,3	130.	1,2,3
26.	1,4,5	61.	1	96.	4	131.	1,2,3,4
27.	1	62.	1	97.	1,2,3,4,5	132.	1,2,3
28.	1	63.	2	98.	2,3,4,5	133.	1
29.	1	64.	2	99.	1,2,3	134.	4
30.	1	65.	1	100.	1,2,3,4,5	135.	1,2,3
31.	1	66.	3	101.	2	136.	1,2,3
32.	1	67.	4	102.	2	137.	2
33.	1	68.	3	103.	2	138.	1,2
34.	1,2,3,4,5	69.	1,2,3,4,5	104.	3	139.	1,2,3,4,5
35.	1	70.	2,3,4,5	105.	3	140.	1,2,4

Ситуационные задачи для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «Неонатология» (вариативная часть)

Ситуационная задача №1

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОП

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й пол рождении 3100г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительн тела на 4-е сутки составила 2951 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлекс удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. М сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезнен реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с перерев сливи.

Общий анализ крови: НЬ - 186 г/л, Эр - 5.6×10^{12} /л, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час .

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в мочевоы кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямоы - 51 мкмоль холестерин 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л,

натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?

2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?

3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?

5.	Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр
6.	С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
7.	Оцените результаты общего анализа крови.
8.	Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные
	консультация нефролога?
9.	Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленны
0.1	С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?
1.1	Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленны
2.1	Как следует кормить этого ребенка?
3.1	В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?
4.1	Какие периоды внутриутробного развития плода выделяют?

Ситуационная задача №2

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ
	<p>НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Ангар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась иктеричность кожных покровов.</p> <p>При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.</p> <p>Группа крови матери А(II) Rh-положительная.</p> <p>Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$/л, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п. - 0,94, Лейк - $9,0 \times 10^9$/л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час,</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АлАт - 0,32 мккат/л, АсАт - 0,28 мккат/л.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3.	Оцените результаты общего анализа крови.
4.	Оцените результаты общего анализа мочи.
5.	Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6.	Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7.	Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?

8.	Каков генез желтухи в данном случае?
9.	Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
10.	При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?
11.	При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?
12.	Требует ли лечения желтуха у данного ребенка?
13.	Как кормить этого ребенка?
14.	Каков прогноз для этого ребенка?

Ситуационная задача №3

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) Rh -отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.</p> <p>Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период - 6 часов 30 минут. 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 3 часа. Масса тела при рождении 3300г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени 3 см и селезенки до +1,5 см.</p> <p>При дополнительном обследовании: <i>билирубин пуповинной крови</i> составил 105 мкмоль/л. <i>В биохимическом анализе крови</i> новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.</p>
1.	Нв периферической крови, определенной по cito 149 г/л. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2.	Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3.	Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4.	Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5.	Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости?
6.	Каков патогенез настоящего заболевания?
7.	Какие группы крови Вы знаете?
8.	Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
9.	Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?
10.	Назначьте и обоснуйте лечение.
11.	Как должен вскармливаться этот ребенок?
12.	Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
13.	Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?

14.	Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?
15.	В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?

Ситуационная задача №4

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ	
ОПРОСЫ	
<p>Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет; имеющей 0(I) Rh отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh – отрицательную группу крови.</p> <p>Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г. длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.</p> <p>При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов к склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 141 г/л. Эр – $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п, - 0,99. Лейк – $9,4 \times 10^9/л$, п/я - 7%. с - 53%. э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови на 2-й день жизни:</i> общий белок – 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - нет.</p>	
1.	Поставьте и обоснуйте диагноз.
2.	Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза.
3.	Каковы возможные результаты дополнительного обследования?
4.	Каков патогенез выявленных клинических симптомов?
5.	Какие изменения могут быть выявлены при осмотре невропатолога?
6.	Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости?
7.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8.	Как следует кормить этого ребенка?
9.	Назначьте лечение.
10.	Какие группы крови Вы знаете?
11.	Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор?
12.	Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
13.	Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?
14.	К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

Ситуационная задача №5

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ	
НА ВОПРОСЫ	
<p>Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Первая</p>	

	<p>беременность закончилась родами 2 года назад. Ребенок здоров, имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина-53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий . В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи.</p> <p>При осмотре на 5-й день жизни: кожи с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 152 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты -6%, Ц.п. - 0,99, Лейк - $12,0 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с - 49%, э - 1%, л - 36%, м -8%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Группа крови</i> ребенка А(II) Rh-положительная</p> <p><i>Биохимический анализ крови</i> на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямой - 228 мкмоль/л, прямой - 134 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 7,0 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций - 1,2 ммоль/л, АСТ - 65 ед., АЛТ - 71 ед., ЩФ - 350 ед.</p>
1.	О каком заболевании можно думать в данном случае?
2.	Объясните патогенез данного заболевания.
3.	Оцените результаты общего анализа крови.
4.	Оцените результаты биохимического анализа крови.
5.	Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
6.	Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?
7.	Можно ли было прогнозировать развитие этого заболевания гинекологами женской консультации?
8.	О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему?
9.	Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
10.	Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?
11.	Как должен вскармливаться этот ребенок и почему?
12.	Назначьте лечение.
13.	Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?
14.	Какова тактика ведения акушерами женщины после родов?

Ситуационная задача №6

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных родильного дома с диагнозом "кишечное кровотечение".</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й-25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3 день жизни отмечалась однократная рвота с примесью</p>

	<p>крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлекс новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,94, тромб 310×10^9/л, Лейк - $5,9 \times 10^9$/л, п/я - 3%, с - 51% л - 38%, м - 8%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Брюккеру: начало – 3,5 минуты, конец - 7 минут.</p> <p>Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90 (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12- 15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32"), протромбиновый индекс-25%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин непрямой - 196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АсАт – 0,38 мккат/л., АлАт – 0,42 мккат/л.</p> <p>Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).</p>
1.	Ваш предварительный диагноз?
2.	Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3.	Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4.	Оцените результаты общего анализа крови.
5.	Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6.	Оцените результаты биохимического анализа крови.
7.	Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8.	Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
9.	Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
10.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
11.	Назначьте лечение.
12.	Каков прогноз у этого ребенка?
13.	Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
14.	Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

Ситуационная задача №7

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок. слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса</p>
--	---

	<p>тела при рождении 3300 г. длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Топы сердца ритмичные, P_s 152 в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавленными комочками. В неврологическом статусе - крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук, Судорог при осмотре не было.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 192 г/л, Эр - $5,8 \times 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,98, Лейк - $12,5 \times 10^9$ п/я - 10%, с - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 29%, м - 3%, СОЭ - 6 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 62,0 г/л, билирубин непрямоy - 51 мкмоль/л, прямоy - нет, мочевины - 3,3 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л, фосфор - 2,32 ммоль/л.</p> <p>Ликвор: прозрачность - мутная, белок 0,99 г/л, реакция Панди - +++, цитоз - 4900 в 3 мкл, нейтрофилы - 75%, лимфоциты 25%.</p> <p><i>Нейросонограмма</i> в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма - 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа - 3 мм. Умеренно повышена экзогенность перивентрикулярных областей.</p>
1.	Ваш предварительный диагноз?
2.	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3.	Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4.	Каковы особенности гематоэнцефалического барьера у новорожденного?
5.	Какие компенсаторные механизмы развиваются при острой гипоксии у новорожденного?
6.	Назовите состав спинномозговой жидкости новорожденного.
7.	Нуждается ли данный больной в консультации окулиста? Если да, то какие изменения возможны?
8.	Назначьте лечение.
9.	Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга.
10.	Каков прогноз для данного больного?
11.	В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара?
12.	Назовите основные причины неонатальных судорог.

Ситуационная задача №8

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
--	---

Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что

	<p>ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 12 часов, 2-й - 25 минут. Безводный промежуток - 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.</p> <p>После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% - 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 0,005x2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы - 37 см, большой родничок 2x2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 221 г/л. Эр - $6,5 \times 10^{10}/л$, Ц.п. - 0,97, Лейк - $2 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с - 56%, э - 1%, б - 1: л - 30%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямоy - 98 мкмоль/л, прямоy - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л. кальций - 1,05 ммоль/л.</p> <p><i>Нейросонограмма:</i> многочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм).</p>
1.	Ваш предварительный диагноз?
2.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3.	Показано ли этой больной рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете?
4.	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5.	Нуждается ли данная больная в консультации хирурга?
6.	Назначьте лечение.
7.	Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер.
8.	Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС?
9.	Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?
10.	Какие осложнения возможны?
11.	Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности детства?
12.	Какие осложнения возможны со стороны глаз у новорожденного, перенесшего гипоксию?
13.	К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон

пирамидного пути?

Ситуационная задача №9

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.
Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсоплазмозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на 1 сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2 сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4 - 37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри, диаметром до 2 см, с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов - эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: Нб-180г/л, Эр-5,5x10¹²/л, Ц.п.-0,99, тромб-270x10⁹/л, лейко-17,2x10⁹/л, метамиелоциты-3%п/я-13%,с-57%, л-24%, м - 3% СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский -немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры-нет.

Биохимический анализ крови; общий белок-52,4 г/л, билирубин: непрямой – 51 ммоль/л , прямой-нет, мочевины – 4,2 ммоль/л , холестерин - 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л , натрий-141 ммоль/л, кальций -2.2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Какие грамположительные микроорганизмы Вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка?
9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
10. Можно ли купать ребенка?
11. Возможные исходы и прогноз.
12. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.
13. К какой группе здоровья относится данный новорожденный?

14. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?

Ситуационная задача №10

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая - самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9°C. Имеются признаки недоношенности.

Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Периодически отмечается апноэ.

Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту.

Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком.

Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, Ps 176 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе - арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб - $120 \times 10^9/л$, Лейк - $5,1 \times 10^9/л$, миелоциты - 4%, метамиелоциты - 18%, п/я - 21%, с - 20%, л - 18%, м - 19%, СОЭ - 6 мм/час. СРБ - 24 мг/л

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок - 0,99 г/л, реакция Панди - +++++, цитоз - 5960 в 3 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты - 18%.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.
5. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка?
6. Какая этиология у данного заболевания?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты исследования ликвора.
9. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.

10.	Назначьте лечение данному больному.
11.	Какие исходы заболевания возможны?
12.	Оцените группу здоровья новорожденного после выписки.
13.	Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.
14.	Как следует проводить профилактические прививки ребенку в случае благоприятного исхода?

Ситуационная задача №11

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка П., от второй беременности, протекавшей с вегето-сосудистой дистонией по гипотоническому типу, анемией, первых родов на 42-й неделе гестации. 1-й период родов 8 часов, 2-й - 45 минут, безводный промежуток - 9 часов, околоплодные воды мекониальные. Вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Плацента с множественными петрификатами. Двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки - 33 см. Оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни - 3 балла.</p> <p>После проведенной в возрасте 20 минут первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева - звук с коробочным оттенком.</p> <p>Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 168 в 1 минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.</p> <p><i>Кислотно-основное состояние крови:</i> рО₂ - 42 мм рт.ст., рСО₂ - 78 мм рт.ст., рН - 7,18, ВЕ - - 18 ммоль/л.</p>
1.	Ваш диагноз?
2.	Назовите предрасполагающие факторы.
3.	Каков патогенез этого заболевания?
4.	Какие анатомо-физиологические особенности грудной клетки имеются у новорожденного?
5.	Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?
6.	Проведите дифференциальный диагноз.
7.	Что можно сделать для предупреждения этого заболевания?
8.	Какова тактика неонатолога в ходе первичной реанимации?
9.	Какими должны быть лечебные мероприятия по окончании первичной реанимации?
10.	Какие показания к ИВЛ Вы можете назвать и есть ли они в данном случае?
11.	Какие осложнения возможны при проведении ИВЛ?
12.	Чем может осложниться данное заболевание и почему?
13.	Как следует проводить профилактические прививки ребенку при благоприятном исходе?

Ситуационная задача №12

	<p align="center">ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, 1-й период родов 13 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.</p> <p>При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, и для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.</p> <p>При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло.. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно - дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 170 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.</p> <p>Общий анализ крови: Нб - 180 г/л. Эр - $5,5 \times 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,9, тромб - $208,0 \times 10^9$/л, Лейк - $23,1 \times 10^9$/л, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 4% п/я -13%, с - 50%, э - 5%, л -11%, м - 15%, СОЭ - 4 мм/час.</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: рО₂ - 55 мм рт.ст., рСО₂ -70 мм рт.ст., рН - 7,21, ВЕ - -18 ммоль/л.</p> <p>Иммуноглобулины: IgG - 1200 мг% (норма 400-1450 мг%), IgM -80 мг% (норма 0).</p>
1.	Поставьте диагноз данному ребенку.
2.	Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3.	На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
4.	Каково соотношение частоты дыхания и пульса у новорожденного ребенка?
5.	Какие изменения можно выявить на рентгенограмме у этого ребенка?
6.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7.	В консультации каких специалистов нуждается данный ребенок?
8.	Что лежит в основе классификации дыхательной недостаточности?
9.	Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
10.	Назначьте лечение.
11.	Чем обусловлен выбор антибиотика при лечении внутриутробных

12.	пневмоний? Назовите антибиотики, наиболее эффективные при лечении внутриутробной пневмонии.

Ситуационная задача №13

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка З., 14 дней, от второй, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 5-е сутки жизни. Дома имела контакт с больным ОРВИ.</p> <p>В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до 37,4°C. Участковым педиатром был поставлен диагноз ВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до 38,4°C, стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован.</p> <p>При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, необильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован, одышка до 70 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука - ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, левая - на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя - второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, Ps 170 в 1 минуту. Живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> Нб - 174 г/л, Эр – $5,2 \times 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,9, тромб - $268,0 \times 10^9$/л, Лейк – $7,1 \times 10^9$/л, п/я - 10% с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%, СОЭ - 4 мм/час.</p> <p><i>Кислотно-основное состояние крови:</i> рО₂ - 60 мм рт.ст., рСО₂ - 72 мм рт.ст., рН - 7,3, ВЕ – 8 ммоль/л.</p> <p><i>Иммунофлюоресцентный анализ мазка из носоглотки</i> – положительная реакция с вирусом парагриппа.</p> <p><i>Рентгенограмма органов грудной клетки:</i> на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка выявляются очаги с</p>
	понижением прозрачности.
1.	Поставьте диагноз.
2.	Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных.
3.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4.	Назовите основные звенья патогенеза данного заболевания.
5.	Назначьте лечение.
6.	В консультации каких специалистов нуждается данный ребенок?
7.	Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3 месяцев?

8.	Какими клиническими симптомами характеризуется острая фаза воспаления?
9.	Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.
10.	Чем обусловлено пуэрильное дыхание у детей?

Ситуационная задача №14

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
<p>Мальчик Ю., 1 месяца, находится в стационаре. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсокозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см. Окружность головы - 35 см, грудной клетки - 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни. Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован, При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы - 40 см, грудной клетки - 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный - на 0,2 см, большой родничок 4x4 см, выполнен, малый родничок 0,5x0,5см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность-мутная, белок- 1,66 г/л, цитоз - 32 в 3 мкл: нейтрофилы - 5%, лимфоциты - 27%. <i>РСК с токсоплазменным антигеном:</i> у ребенка - 1:64, у матери -1:192.</p>	
1.	О каком заболевании можно думать в данном случае?
2.	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3.	Какие существуют пути инфицирования плода и новорожденного?
4.	Каков путь передачи возбудителя в данном случае?
5.	Расскажите патогенез этого заболевания.
6.	Оцените результаты исследования ликвора.
7.	Какие изменения можно выявить при нейросонографии и чем они обусловлены?
8.	Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмологическом исследовании?
9.	Какие изменения могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости?
10.	Каковы принципы лечения данного заболевания?
11.	С участием каких специалистов должен наблюдаться ребенок в клинических условиях?
12.	К какой группе здоровья будет относиться этот ребенок после выписки?
13.	Каков календарь профилактических прививок у этого ребенка?

Ситуационная задача №15

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
---	--

	<p>Девочка Ш., 2 дней, находится в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что матери 23 года. Беременность вторая (первая закончилась срочными родами, ребенку 4 года), на учете в женской консультации наблюдалась с 30 недель. Во время настоящей беременности сроке 8-9 недель отмечалась необильная мелкоточечная сыпь в течение 2 дней и боль в области шеи. В это время в детском саду, который посещает старший ребенок, отмечалась эпидемия краснухи. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, от стационарного лечения отказалась. Роды II преждевременные, на 35-36-й неделе, 1 период – 5 часов, 2-20 мин, безводный промежуток- 7 часов 30 мин., околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2150 г, длина тела 43 см, окружность головы – 28 см, грудной клетки – 29 см.</p> <p>При первичном осмотре неонатолога у ребенка с множественными стигмами дизэмбриогенеза состояние тяжелое за счет угнетения функций ЦНС, синдрома дыхательных расстройств, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка – на 1 см, плотные при пальпации. На 2-й день жизни состояние очень тяжелое, адинамия, арефлексия, резкая мышечная гипотония. Микрофтальмия. Кожные покровы бледные в виде "пирога с ежевикой" (множественные голубые пятна). На этом фоне отмечается петехиальная сыпь. В легких дыхание ослаблено. При аускультации над областью сердца выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Живот увеличен в размере, печень и селезенка прежних размеров.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 144 г/л. Эр - $4.1 \times 10^{12}/л$, Ц, п. – 0,9, тромб-95,0 $\times 10^9/л$, Лейк – $7,1 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с - 4-9%, э - 1%. л - 32%. .м – 12%, СОЭ - 4 мм/час.</p>
1.	О каком заболевании с большей вероятностью можно думать данном случае?
2.	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3.	Чем характеризуется классическая тирада Грегга?
4.	Как должны наблюдаться гинекологом женской консультации беременные женщины в схожей ситуации?
5.	Чем обусловлены изменения на коже при данной патологии?
6.	Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмологическом исследовании?
7.	Какие изменения можно выявить при УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены?
8.	Какие изменения могут быть выявлены при проведении нейрографии?
9.	Какие изменения можно выявить при ЭхоКГ при данном заболевании?
10.	Какова тактика лечения больного?
11.	Как должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике?
12.	К какой группе здоровья следует отнести этого ребенка после выписки?
13.	Каков календарь профилактических прививок будет у этого ребенка?
14.	Что такое эмбрио и фетопатии? Чем они характеризуются?

Ситуационная задача №16

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Мальчик О.- 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от матери 21 года. Беременность первая, в первом триместре у женщины отмечался подъем температуры ;</p>
--	---

	<p>38°C в течение 2 дней, заболевание сопровождалось мелкой розовой сыпью на туловище и конечностях, к врачу не обращалась. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении 2750 г. длина тела 48 см, закричал после отсасывания слизи; крик слабый, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов, окружность головы - 32 см- грудной клетки - 33 см. На коже туловища, конечностей отмечалась геморрагическая сыпь в виде петехий и мелких экхимозов. Над областью сердца на верхушке выслушивался грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступала из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка-на 1 см. При осмотре выявлена катаракта.</p> <p>В течение последующих суток состояние было тяжелым, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, одышка. Отмечалась выраженная гипотония, гипорефлексия, пастозность тканей, отечность внизу живота. Печень и селезенка</p>
1.	<p>прежних размеров.</p> <p>О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?</p>
2.	В какой период внутриутробного развития плода могли возникнуть выявленные изменения?
3.	Какие периоды внутриутробного развития плода Вы знаете и чем они характеризуются?
4.	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
5.	Дайте оценку физического развития ребенка по массо-ростовому показателю.
6.	Возможные причины появления геморрагической сыпи.
7.	Какие результаты можно ожидать при проведении ЭхоКГ?
8.	Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены?
9.	Что такое классическая триада Грегга?
10.	Возможна ли внутриутробная диагностика этого заболевания? Как следует наблюдать женщину в схожей ситуации врачу женской консультации?
11.	Показано ли проведение БЦЖ данному ребенку?
12.	К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?
13.	С участием каких специалистов должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике?

Ситуационная задача №17

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Мальчик В., 3 дней. находится в родильном доме Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортom без осложнений, протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности и реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые, на 36 неделе гестации. в головном предлежании: 1- период - 3 часа. 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом, Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1900 г. длина тела 45 см. окружность головы – 29 см, грудной клетки - 26 см. В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску. Состояние при рождении тяжелое. Поза лягушки, выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия.</p> <p>Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо.</p>
--	---

	<p>Кожные покровы бледные, сухие, на туловище конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. Пальпируются множественные шейные паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции диаметром до 1-1,5 см., дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующи хрипы сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий- печень выступает из-под реберного края на 3 см., селезенка на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы снижены.</p>
1.	<p>На 2-й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита. О каком заболевании с большей вероятностью -можно думать в данном случае?</p>
2.	<p>Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?</p>
3.	<p>Какова тактика неонатолога родильного дома?</p>
4.	<p>О каком пути инфицирования можно говорить в данном случае?</p>
5.	<p>Оцените массо-ростовой показатель при рождении.</p>
6.	<p>Оцените результаты общего анализа крови.</p>
7.	<p>Какие изменения могут быть выявлены при рентгенологическом обследовании трубчатых костей?</p>
8.	<p>Какие изменения со стороны ЛОР-органов могут быть выявлены осмотре специалиста?</p>
9.	<p>С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?</p>
10.	<p>Какие клинические формы врожденного сифилиса выделяют и чем характеризуются?</p>
11.	<p>Составьте план лечения.</p>
12.	<p>К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?</p>
13.	<p>С участием каких специалистов должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике?</p>
14.	<p>Как такому ребенку следует проводить профилактические прививки?</p>

Ситуационная задача №18

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p>
	<p>Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании, 1-й период - 7 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 12 часов. околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы - 35 см, грудной клетки - 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашыстый тремор рук, расхождение сагитального шва на 0,3см, большой родничок 2х2 см, малый -0,3х0,3см. На 3 день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5 день жизни в состоянии ср.тяжести ребенок переведен в стационар.</p> <p>На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°C, крик раздраженный, гиперестезия, клинико-тонические судороги.</p>

	<p>Общий анализ крови на 6-й день жизни: Нб - 172 г/л. Эр - $4,6 \times 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,94, тромб - 190×10^9/л, Лейк - 10×10^9/л, п/я - 1%, с - 30%, л - 54%. м - 15%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, билирубин: общий - 310 мкмоль/л, непрямой - 298 мкмоль/л, прямой - 12 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л.</p> <p>Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность - мутная, белок - 1,650 г/л, реакция Панди - +++, цитоз - 350 в 3 мкл: нейтрофилы - 25%, лимфоциты - 75%.</p>
1.	О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2.	Каковы пути инфицирования плода и новорожденного? О каком варианте можно думать в данном случае?
3.	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
4.	Какова тактика гинеколога женской консультации при наблюдении таких женщин до и во время беременности?
5.	Правильный ли была тактика ведения родов?
6.	Оцените результаты общего анализа крови.
7.	Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
8.	Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?
9.	Какие изменения на слизистой полости рта могут выявляться при этом заболевании?
10.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
11.	Какова лечебная тактика в этом случае?
12.	Что включает специфическая терапия при данном заболевании? Каков механизм действия этих препаратов?
13.	Показано ли такому ребенку проведение прививки БЦЖ?
14.	Возможна ли профилактика этого заболевания?
15.	Какова тактика диспансерного наблюдения такого ребенка после выписки из стационара?

Ситуационная задача №19

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок Н., 8 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечился. Роды срочные с длительным безводным промежутком - 16 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 50 см, окружность головы - 36 см, грудной клетки - 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия.</p> <p>С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 6-й день жизни отмечался подъем температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, возбужден, судорожная готовность, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар.</p>

При поступлении состояние тяжелое, температура $39,0^{\circ}\text{C}$, крик мозговой,

	<p>гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3x3 см, выполнен. Повышение мышечного тонуса, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, сердечные тоны учащены, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка - у реберного края. Стул желтого цвета, с непереваженными комочками и прожилками слизи.</p> <p>Исследование спинномозговой жидкости: белок – 0,660 г/л, реакция Панди - +++, цитоз - 600 в 3 мкл: нейтрофилы - 30%, лимфоциты - 70%.</p>
1.	Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2.	Каков путь инфицирования можно предположить и почему?
3.	Расскажите об особенностях гемато-энцефалического барьера у новорожденных детей.
4.	Оцените массо-ростовой показатель.
5.	Оцените результаты исследования ликвора.
6.	Какие изменения на рентгенограмме можно выявить при данной патологии?
7.	Какие изменения можно выявить при НСГ-исследовании?
8.	Проведите дифференциальный диагноз.
9.	В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается ребенок? Ожидаемые результаты?
10.	Какова тактика лечения данного больного?
11.	Что понимают под менингеальной дозой антибиотиков?
12.	Возможна ли профилактика этого заболевания?
13.	К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
14.	Как следует проводить профилактические прививки в данном случае?

Ситуационная задача №20

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка Р., 3 дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от матери 34 лет. Беременность вторая (первая - выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлено повышение содержания сахара в крови, в третьем триместре имели место повышение артериального давления и отеки. Роды преждевременные на 36-й неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 13 часов, 2-й - 1 час, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см, окружность головы - 37,5 см, грудной клетки - 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Закричала после отсасывания слизи и проведения первичных реанимационных мероприятий. После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дисэмбриогенеза: короткая шея, луно-образное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Выражен общий отечный синдром. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 180 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. В</p>

	<p>родильном доме проводили инфузионную терапию с включением 10% растворов глюкозы и альбумина, 25% сернокислой магнезии внутримышечно. На 3-й день жизни ребенок переведен в стационар. При осмотре: состояние тяжелое, вялая, не кричит, периодически стонет, сосет вяло, срыгивает, поза "лягушки". Кожные покровы бледные, иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка без воспалительных явлений. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 152 в минуту, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка - у реберного края. В неврологическом статусе: ребенок вялый, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденного угнетены, при нагрузке появляется тремор подбородка</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 222 г/л. Эр – $6,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,97, Лейк – $10,2 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 56%, э - 1%, л - 33%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Сахар крови:</i> сразу после рождения - 2,5 ммоль/л, в возрасте 3 дней - 3,0 ммоль/л.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 51,0 г/л, билирубин: непрямой - 270 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 5,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, кальций - 1,02 ммоль/л.</p>
1.	Ваш предварительный диагноз?
2.	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3.	Какова динамика уровня сахара в крови новорожденного? Оцените уровень сахара в крови данного ребенка.
4.	В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
5.	Какие изменения можно выявить при ЭхоКГ-исследовании ребенка?
6.	Какие изменения возможны на нейросонограмме?
7.	Какие особенности могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости ребенка?
8.	Каков механизм развития данного состояния у этого больного?
9.	Какие осложнения возможны в течении этого заболевания?
10.	Назначьте лечение.
11.	Каков прогноз у этого ребенка?
12.	К какой группе здоровья относится этот ребенок?
13.	Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?
14.	Как должна наблюдаться беременная с сахарным диабетом врачом женской консультации?

Ситуационная задача №21

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик А., 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 29 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38-й неделе, самостоятельные. 1-й период 10 часов, 2-й-20 минут, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела – 51 см, окружность головы - 34 см, грудной клетки - 33 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симп-томатики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 4-й день</p>

	<p>жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний. При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращает внимание: лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, "мраморные", выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом "мокрой подушки". В срыгиваемых массах много слизи, примесь гноя. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспептический. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 184 г/л. Эр - $5,1 \cdot 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,97, Лейк - $10,8 \cdot 10^9$/л, п/я - 7%, с - 56%, л - 28%, м - 9%, СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: не прямой - 165 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 6,1 ммоль/л, калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л. <i>Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта:</i> в положении по Тренделенбургу выявляется затекание бариевой взвеси в пищевод. Пищевод расширен, стенки его утолщены.</p> <p><i>Бактериологическое исследование срыгиваемых масс:</i> получена культура e.coli и enterobacter, чувствительные к левомицестину, гентамицину и цефалотину.</p> <p>Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, экзогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.</p>
1.	Ваш предварительный диагноз?
2.	Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
3.	Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
4.	Какие изменения можно выявить при проведении эзофагогастро-фиброскопии?
5.	Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
6.	Оцените результат общего анализа крови.
7.	Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
8.	Что явилось показанием к проведению рентгенологического исследования?
9.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
10.	Распишите диетотерапию в данном случае.
11.	Каковы принципы медикаментозной терапии?
12.	На чем основан выбор антибактериальной терапии?
13.	Каков прогноз у этого ребенка?
14.	К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

Ситуационная задача №22

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Однойцевые близнецы находятся в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность первая, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 37-й неделе гестации, двойней. 1-й период родов 8 часов 15 минут, 2-й - 30 минут, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина - 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов; второго - 2600 г, 46 см и 7/7 баллов соответственно.</p>

	<p>При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы ярко розовые, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы - умеренный синдром угнетения.</p> <p><i>При исследовании по cito периферической крови:</i> у 1-го ребенка НЬ составил 146 г/л, Ht - 42%; у 2-го ребенка НЬ составил 233 г/л, Ht - 73%.</p>
1.	О какой патологии можно думать в данном случае?
2.	Что является критерием постановки диагноза при данной патологии?
3.	Какие типы гемоглобина Вы знаете? Каковы особенности гемоглобина плода и новорожденного?
4.	Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
5.	Каков патогенез выявленных изменений?
6.	Какие изменения может выявить врач-акушер при осмотре плаценты?
7.	Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ, и чем они обусловлены?
8.	Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?
9.	О каких еще заболеваниях можно думать?
10.	Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
11.	Можно ли проводить прививку БЦЖ этим детям?
12.	Каков прогноз у этих детей?
13.	К какой группе здоровья будут относиться эти дети после выписки?

Ситуационная задача №23

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии.</p> <p>При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, печень и селезенка не увеличены, со стороны ЦНС - ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены.</p> <p><i>При исследовании по cito периферической крови</i> уровень НЬ составил 90 г/л.</p>
1.	Чем обусловлены выявленные у ребенка изменения?
2.	Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного.
3.	Какие патофизиологические процессы происходят в организме плода и новорожденного при данной патологии?
4.	Каковы особенности гемопоэза у плода?
5.	Какие осложнения возможны в данном случае?
6.	С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
7.	Назначьте лечение.
8.	Какие существуют методы коррекции анемического синдрома?

9.	Каков прогноз у этого больного?
10.	Можно ли проводить прививку БЦЖ этому ребенку?
11.	К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
12.	Надо ли этому ребенку наблюдаться у невропатолога и почему?

Ситуационная задача №24

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34-й неделе беременности с массой тела 2270 г, ростом 44 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе 40 г, однократно рвота "кофейной гущей". При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное - чередование тахипноэ с апноэ.</p> <p>Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 уд/мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью. В неврологическом статусе: взор "плавающий", крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1x1 см, не напряжен.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 150 г/л, Лейк - $26,3 \times 10^9$/л, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 6%, п/я - 17%, с - 50%, л - 17%, м - 4%, СОЭ - 30 мм/час. СРБ - 120 мг/л.</p> <p><i>Кислотно-основное состояние крови:</i> pO_2 - 36,2 мм рт.ст., pCO_2 - 44,6 мм рт.ст., pH - 7,33, BE - -10,2 ммоль/л.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок - 60,0 г/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л, калий - 4,28 ммоль/л, натрий - 132,1 ммоль/л, кальций - 0,73 ммоль/л (ионизированный).</p> <p><i>Посев на микрофлору:</i> из зева - густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса - золотистый стафилококк.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> реакция кислая, белок - 0,66%, лейкоциты - сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.</p> <p><i>Рентгенограмма:</i> на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо.</p>
	Синусы свободны.
1.	О каком заболевании идет речь? Ваш диагноз?
2.	Какие клинические синдромы Вы можете выделить в течении заболевания у данного ребенка?
3.	С чем связано появление геморрагического синдрома в данном случае?
4.	Каков генез систолического шума у данного ребенка?
5.	Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?
6.	Какие инструментальные методы обследования необходимы?
7.	Показана ли ребенку люмбальная пункция?
8.	Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.
9.	В какой посиндромной терапии нуждается ребенок?
10.	Какие препараты показаны для купирования геморрагического синдрома?
11.	Какие могут быть осложнения основного заболевания у данного ребенка?

12.	Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?
13.	В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

Ситуационная задача №25

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>У недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии, в возрасте 1 мес 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высывание языка), выросла окружность головы (+6 см за 1 мес 10 дней). Исчезла двигательная активность в правой руке.</p> <p>Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой полости рта трудно снимающийся белый налет. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 40 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - +1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - +1 см. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 112 г/л. Эр - $3,5 \cdot 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,89, Лейк - $10,3 \cdot 10^9$/л, п/я - 2%, с - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 15 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> прозрачность - мутная, лейкоциты - 10-12 в п/з, белка и глюкозы нет, много грибов рода Candida.</p> <p><i>Исследование ликвора</i> (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, цитоз - 400/3: нейтрофилы - 16%, лимфоциты - 62%, моноциты - 22%, белок - 2,08 г/л (норма - 0,49-0,80).</p> <p><i>Посев ликвора на бактериальные среды:</i> стерильный.</p> <p><i>Посев ликвора на грибы:</i> высеваются грибы рода Candida albicans.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в возрасте 1 мес 10 дней.
3.	Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
4.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5.	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать парез правой руки? Какое обследование и в какой срок после начала заболевания необходимо провести для диагностики?
6.	Какой метод обследования необходимо повторять для контроля эффективности терапии?
7.	Какие методы обследования показаны для выяснения этиологии судорожного синдрома?
8.	Назначьте лечение.
9.	В чем заключается профилактика данного заболевания?
10.	Нужно ли изолировать данного ребенка?
11.	Каков прогноз для жизни и здоровья у данного ребенка?
12.	В консультации каких специалистов нуждается ребенок в настоящее время?

Ситуационная задача №26

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА
--	---

	<p>ВОПРОСЫ</p> <p>Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе, токсикозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточностью, первых родов на 32-й неделе (первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см, окружность головы - 30 см, грудной клетки - 28 см. В раннем неонатальном периоде перенес СДР, тяжелый (первичные распространенные ателектазы), ДН III ст. До 7 суток находился на ИВЛ. На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см снаружи от правого края грудины, левая - на 2 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, "машинный" систоло-диастолический шум. ЧСС 170 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 см из-под реберной дуги, селезенка +0,5 см.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л. Эр – $6,7 \cdot 10^{12}/л$, Лейк - $5,4 \cdot 10^9/л$, п/я - 2%, с - 32%, э - 2%, л - 54%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике, талия сглажена. КТИ = 66%. Тень сосудистого пучка незначительно расширена.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС - 180 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Отмечаются признаки нарушения трофики миокарда желудочков.</p> <p>ЭхоКГ: левые отделы сердца увеличены, отмечается ускорение движения створок митрального клапана. Визуализируется открытый артериальный проток, размеры 2,5 мм.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Какие причины могли привести к развитию данного состояния у этого ребенка?
3.	Как в норме происходит перестройка кровообращения после рождения?
4.	С чем связано наличие хрипов в легких у ребенка?
5.	Какие дополнительные методы исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
6.	Какова дифференциальная диагностика гепатолиенального синдрома в данном случае?
7.	Консультации каких специалистов необходимы ребенку?
8.	Какие осложнения характерны для данной патологии?
9.	Перечислите морфологические и функциональные особенности дыхательной и сердечно-сосудистой системы у недоношенного ребенка.
10.	Какое лечение необходимо ребенку (принципы терапии)?

Ситуационная задача №27

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Недоношенная девочка родилась с массой тела 1500 г, длиной 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см.</p> <p>Ребенок от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-33-й неделе,</p>
--	--

	<p>отмечалось дородовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи.</p> <p>Состояние после рождения тяжелое за счет СДР (первичные диссеминированные ателектазы), ДН ПА ст., НМК II ст. (синдром угнетения).</p> <p>На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток - приступы клонико-тонических судорог.</p> <p>На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Находится на ИВЛ в режиме интермиттирующей вентиляции. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц асимметричен: слева больше, чем справа. Сухожильные рефлексы слева оживлены, отмечается судорожная готовность. Большой родничок 3x3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л. Эр - $2,5 \cdot 10^{12}/л$, Ц.п. - 1,0, Лейк - $9,8 \cdot 10^9/л$, п/я - 3%, с- 44%, э - 0%, л - 47%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты - 3-4 в п/з.</p> <p>Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет - кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.</p> <p>Нейросонограмма (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11 мм, в полости - эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм. Расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.</p>
1.	Поставьте диагноз.
2.	Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3.	Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4.	Назовите ранние осложнения данного заболевания.
5.	Какие осложнения могут возникнуть в последующем?
6.	С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
7.	Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
8.	Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
9.	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевания.
10.	Какое лечение необходимо ребенку?
11.	Каковы возможные причины апноэ у недоношенных?
12.	Нуждается ли ребенок в переливании эрмассы? Как правильно провести эту процедуру?

Ситуационная задача №28

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка 25 дней, поступила в отделение патологии новорожденных с жалобами матери на срыгивания у ребенка, рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы тела, желтушность кожи.</p> <p>Из анамнеза известно, что родители молодые, здоровые. Мать не переносит молоко, работает маляром. Беременность вторая, первый ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз - цирроз печени, энтероколит). Настоящая беременность протекала с токсикозом первой половины. Роды в срок, масса тела при рождении 3800 г, длина тела 55 см. На грудном вскармливании.</p>
--	---

	<p>В возрасте 3 суток жизни появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, которое сохраняется до настоящего времени. С 14 дней жизни появилась рвота, частый жидкий зеленый стул, начала терять в весе.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое. Вялая. Опрелости в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, отмечается акроцианоз. Пупочная ранка сухая. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами. На голенях плотные отеки.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр – $3,3 \cdot 10^{12}$/л, Ц.п. - 0,9, ретикулоциты - 2%, Лейк - $7,0 \cdot 10^9$/л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ – 10 мм/час.</p> <p>Кал на кишечную группу: трижды отрицательный.</p> <p>Анализ крови на внутриутробные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз - отрицательно.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий билирубин - 68 мкмоль/л, прямой - 34 мкмоль/л, непрямой - 34 мкмоль/л, общий белок - 50,1 г/л, альбумины – 41,8%, альфа₁-глобулины – 9,0%, альфа₂-глобулины – 14,4%, бета-глобулины – 16,8%, гамма-глобулины – 26,8%, калий – 4,5 мм, натрий – 130 мм.</p>
	Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.
1.	О каком заболевании может идти речь?
2.	Каковы патогенетические механизмы развития этого заболевания?
3.	Проанализируйте результаты исследования билирубина в крови.
4.	Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5.	Какие патогенетические варианты заболевания Вам известны?
6.	С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
7.	При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
8.	При каких наследственных заболеваниях может отмечаться увеличение печени?
9.	Назначьте лечение.
10.	Консультации каких специалистов необходимы?
11.	Прогноз?
12.	Назначьте кормление.

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач.	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Требуется повторное обучение Низкий	 Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
Полнота знаний	о Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	о Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
Наличие навыков (владение опытом)	<p>0</p> <p>При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки</p>	<p>0</p> <p>Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами</p>	<p>Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами</p>	<p>Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов</p>
	<p>Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков</p>	<p>Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по</p>		

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)