

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

ПЕРИНАТОЛОГИЯ

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 «Перинатология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Перинатология(дисциплина выбора)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

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	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить	Перечень задач
4	Собеседование	теоретические знания на практике Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по	Вопросы по темам/разделам дисциплины

определенному разделу, теме, проблеме и т.п.

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий	Текущий	Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных	Тест Собеседование

Раздел 3. Асфиксия плода и

		<p>новорожденного</p> <p>Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных</p> <p>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p> <p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка</p> <p>Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	
<p>УК-4</p> <p>Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном (ых) языке(ах), для академии чешского и профессионального взаимодействия</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности</p> <p>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка</p> <p>Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных</p> <p>Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного</p> <p>Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных</p> <p>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p> <p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка</p> <p>Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	Собеседование
<p>УК-6</p> <p>Способность определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности</p> <p>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка</p> <p>Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных</p> <p>Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного</p> <p>Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных</p> <p>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p> <p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка</p> <p>Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	Собеседование
<p>ОПК-1</p> <p>Способен реализовывать</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности</p> <p>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка</p>	Собеседование

<p>моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности</p>		<p>Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	
<p>ОПК-5 способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач</p>	<p>Текущий</p>	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	<p>Тест Собеседование Кейс-задания</p>
<p>ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>Текущий</p>	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p>	<p>Тест Собеседование Кейс-задания</p>

		<p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	
<p>ОПК-10 Способен решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	Собеседование
<p>ПК-1 Способен собирать генеалогический анамнез, получать необходимую информацию о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	Собеседование
<p>ПК-3 Способен собирать анамнез жизни и анамнез заболевания ребенка</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного.</p>	Собеседование

Нарушения метаболизма у

		<p>новорожденных</p> <p>Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного</p> <p>Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных</p> <p>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p> <p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка</p> <p>Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	
<p>ПК-5</p> <p>Способен определять показания и направлять детей на лабораторное обследование и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности</p> <p>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка</p> <p>Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных</p> <p>Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного</p> <p>Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных</p> <p>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p> <p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка</p> <p>Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	<p>Тест</p> <p>Собеседование</p> <p>Кейс-задания</p>
<p>ПК-8</p> <p>Способен проводить дифференциальную диагностику с другими болезнями и постановка диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	Текущий	<p>периоде новорожденности</p> <p>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка</p> <p>Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных</p> <p>Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного</p> <p>Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных</p> <p>Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы</p> <p>Раздел 6. Патология недоношенного ребенка</p> <p>Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	<p>Тест</p> <p>Собеседование</p> <p>Кейс-задания</p>

<p>ПК-10 Способен назначить медикаментозную, немедикаментозную терапию а так же диетотерапию ребенку, выполнять рекомендации по назначению медикаментозной и немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами, оценивать эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей</p>	<p>Текущий</p>	<p>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	<p>Тест Собеседование Кейс-задания</p>
<p>ПК 20 Способен установить группу здоровья, медицинскую группу здоровья ребенка для занятия физической культурой в образовательных организациях</p>	<p>Текущий</p>	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в</p>	<p>Тест Собеседование Кейс-задания</p>
<p>ПК 22 Способен назначать лечебно-оздоровительные мероприятия детям</p>	<p>Текущий</p>	<p>периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные</p>	<p>Собеседование</p>

		заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в	
ПК 27 Способен вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	Текущий	периоде новорожденности Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Раздел 2. Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных Раздел 3. Асфиксия плода и новорожденного Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных Раздел 5. Перинатальные поражения нервной системы Раздел 6. Патология недоношенного ребенка Раздел 7. Интенсивная терапия в	Собеседование

периоде новорожденности

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: оценочное средство 1, оценочное средство 2, оценочное средство 3.

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

4.1. Задачи для оценки компетенции «УК-1,УК-4,УК-6; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-10; ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-10»:

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок П., мальчик, 2 сутки жизни, родился от молодых здоровых родителей. Из анамнеза известно, что данная беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 38 недель. Околоплодные воды передние светлые, без запаха, задние - мекониальные. Масса при рождении - 3450 г, ростом 54 см с тугим двойным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается тотальный цианоз; дыхание нерегулярное, стонущее; сердцебиение – 110 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, диффузная гипотония и гипорефлексия. На отсасывание слизи реагирует гримасой, плачем. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённого?

Ответы на вопросы:

1. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
3. Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
4. Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
5. После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок Ю., 7 сутки жизни. Анамнез отягощен: беременность II, роды II на сроке 26 недель гестации, в первые минуты жизни переведен в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью, частота дыхания (далее – ЧД) – 80 в минуту, в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Оценка по шкале Давнеса – 8 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 152 ударов в минуту. Печень + 2,5 см из-под края реберной дуги.

На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Скорость диуреза – 1,0 мл/кг/час.

Данные КОС: рН крови – 7,2, рО₂ – 45 мм рт. ст., рСО₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
4. Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?

Ответы на вопросы:

1. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 27 недель гестации.

2. Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систоло-диастолический шум слева от грудины, срока гестации 27 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения. Недостаточность кровообращения II а степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких. Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 80 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Давнеса 8 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз. Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 27 недель.
3. Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.
4. Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.
5. Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов – одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов – ингибиторов циклооксигеназы. Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок Д., мальчик, первые сутки жизни. Анамнез: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в 39 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3450 г, ростом 52 см с тугим двойным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте очень тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стонет; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, диффузная гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённому?

Ответы на вопросы:

1. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
3. Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»;

освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.

4. Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.

5. После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик Л., возраст 1 месяц, осмотрен профилактически участковым врачом-педиатром. Мама ребенка предъявляет жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, во время осмотра отмечены судороги.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых родителей, мама студентка ветеринарного факультета. Данная беременность I, протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 32-34 недель беременности мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM "+" и IgG "+" к токсоплазме. Роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Вес при рождении 2800 г, рост 49 см, окружность головы 35,5 см, окружность груди 34,5 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. У ребёнка иктеричность со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование:

Общий анализ крови: гемоглобин - 98 г/л, эритроцитов - $2,9 \times 10^{12}/л$, лейкоцитов - $28 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3, палочкоядерные нейтрофилы - 4, сегментоядерные нейтрофилы - 68, Л - 17, моноциты - 8, тромбоциты - $102 \times 10^9/л$, общий билирубин - 189 мкмоль/л, прямой - 102 мкмоль/л. СРБ - 60 мг/л, АЛТ - 230 МЕ/л, АСТ - 180 МЕ/л.

Нейросонография - повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S - 15 мм, D - 18 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне.

При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела 38,3 °С. Ребёнок гиперактивен. Тактильная гиперестезия. Вес 3100 г. Голова гидроцефальной формы, окружность - 39,5 см, большой родничок 4×4 см, напряжен, выполнен. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптомы Грефе и «заходящего солнца» - положительные. Кожные покровы иктеричные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД - 50 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 140 ударов в минуту, АД - 80/45 мм рт. ст. Живот слегка подвздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на + 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Физиологические отправления не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите тактику антибактериальной терапии.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Ответы на вопросы:

1. ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный

синдром. Гепатит.

2. Серологическое обследование крови матери и ребёнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции.

Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии. ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы.

Консультация врача-окулиста и врача-невропатолога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.

3. Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребёнка, судорог, развития гипертензионно-гидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).

4. Лечение токсоплазмоза у новорожденного с учётом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приёма) 5 дней +

Сульфасалазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приёма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3 курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.

5. Цитомегаловирусная инфекция, врождённая краснуха, листериоз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок П., из анамнеза известно: беременность I, роды I на сроке 27 недель гестации, в первые минуты жизни поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью.

Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 80 в минуту. Оценка по шкале Давнеса – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 150 ударов в минуту.

На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Скорость диуреза – 0,5 мл/кг/час.

Данные КОС: рН крови – 7,2, рО₂ – 45 мм рт. ст., рСО₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
4. Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?

Ответы на вопросы:

1. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 27 недель гестации.

2. Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систоло-диастолический шум слева от грудины, срока

гестации 27 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Недостаточность кровообращения II а степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.

Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 80 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Давнеса 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.

Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 27 недель.

3. Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.

4. Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП

может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.

5. Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов – одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов – ингибиторов циклооксигеназы.

Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок Б., из анамнеза: беременность II, протекала с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью II степени. Первая беременность закончилась рождением ребенка, здоров. Роды вторые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. Состояние ребенка при рождении очень тяжелое. На 1 минуте: ЧСС – 50-60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар. Укажите степень тяжести асфиксии.
2. Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии.
3. Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка.
4. Назначьте лечение данному больному.
5. Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.

Ответы на вопросы:

1. Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.
2. Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:

тяжёлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощённым акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжёлой хронической фетоплацентарной недостаточности;

отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорожденного ребёнка.

3. Общими принципами лечения асфиксии новорожденного ребёнка является проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.

4. Ребёнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей электроотсосом посредством интубации трахеи, ИВЛ мешком Амбу через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, с последующей лекарственной терапией: для поддержания ОЦК- введение физиологического раствора в вену пуповины, при сохраняющейся брадикардии – введение адреналина.

5. Тяжёлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лёгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок Т., 1 сутки. Из анамнеза: матери 20 лет, группа крови матери А (II) Rh-, настоящая беременность вторая, первая – медицинский аборт при сроке 8 недель. На учет по данной беременности в женской консультации встала поздно, наблюдалась не регулярно. Роды на 40 неделе. Масса тела ребёнка – 3400 г, длина – 52 см, по шкале Апгар оценён на 8/9 баллов. При рождении отмечена иктеричность кожных покровов, оболочек пуповины, околоплодных вод. При первом осмотре неонатологом выявлена гепатомегалия до +3 см, селезёнка +1,5 см.

Лабораторные данные: билирубин пуповинной крови 120 мкмоль/л, через 3 часа после рождения – 175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определённый по cito – 139 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
3. Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
4. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Ответы на вопросы:

1. В данном случае следует думать о врождённой желтушной форме гемолитической болезни новорожденного, обусловленной резус-конфликтом.

2. Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорожденного.

3. Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.

4. Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус антител в сыворотке крови матери.
5. Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок Т., 4 сутки жизни, переведен в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Анамнез: беременность первая, угроза прерывания во втором триместре, лечилась стационарно. Роды срочные, масса ребёнка при рождении – 2850 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 5/7 баллов. К груди приложен на вторые сутки. На 3 день жизни у ребёнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребёнку был введён 1% раствор Викасола – 0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Не смотря на проводимое лечение, у ребёнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лёгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребёнок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус диффузно снижен, двигательная активность снижена. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень + 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется, стул – мелена.

Общий анализ крови: гемоглобин – 165 г/л, эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты, время свёртывания крови – 9 минут, АЧТВ – 90 секунд (норма 40–60 секунд), фибриноген – 2,5 г/л (1,5–3 г/л), общий белок – 54 г/л, общий билирубин 196 ммоль/л, непрямой билирубин – 188 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, АСТ – 38 ед., АЛТ – 42 ед.

НСГ: признаки гипоксии.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимися геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Обозначьте план обследования.
4. Назначьте лечение данному ребёнку.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.

Ответы на вопросы:

1. Геморрагическая болезнь новорождённого, классическая, желудочно-кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха.
2. Синдром «заглоченой крови», ДВС- синдром, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, гемофилия.
3. Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.
4. Отменить энтеральное питание, поить раствором тромбина в эpsilon-аминокапроновой кислоте, ввести Викасол в/м. При продолжении кровотечения или его усилении- переливание

однотипной свежемороженой плазмы или препаратов протромбинового комплекса (протромбоплекс и др.).

5. Динамический контроль клинической крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, профилактика развития анемии, консультация невропатолога с проведением повторной НСГ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик В., первые сутки жизни. Родился у женщины 28 лет, имеющей III(B) Rh-отрицательную группу крови; из анамнеза известно: беременность вторая (первая беременность - медицинский аборт при гестационном сроке 10 недель), данная беременность протекала с токсикозом I половины и тяжёлым гестозом II половины.

Роды первые, срочные, самостоятельные. Безводный промежуток 5 часов, околоплодные воды прокрашены. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При рождении отмечена иктеричность кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена. Мышечный тонус диффузно снижен. Физиологические рефлексы быстро истощаются.

ЧД – 40 в минуту. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание пуэрильное, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧСС – 144 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: правая – правая парастернальная линия, левая – на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: сердечные тоны умеренно звучные, чистые. Живот мягкий. При пальпации край печени определяется на 3,5 см ниже рёберной дуги, край селезёнки – на 1,5 см ниже рёберной дуги. Меконий отошел.

Билирубин пуповинной крови – 130 мкмоль/л, уровень гемоглобина в периферической крови – 103 г/л. Группа крови ребёнка III(B) Rh-положительная.

Через 2 часа после рождения: в клиническом анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 85 г/л, ретикулоциты – 120%, Нt – 28%, MCV – 98 fl, MHC – 31 pg, MCHC – 32 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 225 мкмоль/л, непрямой билирубин – 200 мкмоль/л, прямой билирубин – 25 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

Ответы на вопросы:

1. Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжёлая.
2. Диагноз «гемолитическая болезнь новорожденного» установлен на основании данных анамнеза (конфликт по Rh-фактору, прерывание первой беременности, бледность и желтуха при рождении); клинических данных (анемический и желтушный синдромы, гепатоспленомегалия); параклинических данных (гиперрегенераторная анемия, непрямая гипербилирубинемия).
3. Рекомендовано динамическое исследование уровня билирубина по фракциям, контроль почасового прироста билирубина, уровня гемоглобина и эритроцитов, проведение пробы Кумбса.

4. Наследственные гемолитические анемии, приобретённые гемолитические анемии (при внутриутробных инфекциях, ДВС-синдроме), фетальный гепатит.
5. Для предотвращения токсико-метаболического поражения ЦНС непрямым билирубином (билирубиновой энцефалопатии) – проведение операции заменного переливания крови.

Для снижения высоких концентраций непрямого билирубина - фототерапия. Для связывания антиэритроцитарных антител – введение стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребёнка К. после рождения констатировали полное отсутствие движения в правой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети правой плечевой кости, в этом же месте появилась отечность, крепитация. Ребёнок крайне беспокоен, особенно беспокойство усиливается во время осмотра.

Из анамнеза: мать первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа 20 мин., второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 4/7 баллов. Проведены реанимационные мероприятия.

Масса 4100,0 г; рост 56 см, окружность головы 36,5 см, окружность грудной клетки 34,5 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
5. Укажите методы лечения болевого синдрома.

Ответы на вопросы:

1. Основной: «Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза – перелом правой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
2. Рентгенография правой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.
3. Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация правой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.
4. После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
5. Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S.Glucosi 40%, Парацетамол – анальгетик I ступени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.

ЗАДАЧА 11.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Женщина 32 лет обратилась в ЖК с жалобами на задержку менструации в течение двух месяцев, тошноту по утрам. Из анамнеза: Менструации без особенностей. Половая жизнь с 21 года. Беременности три: первая 10 лет назад прервана по желанию в 8 недель, без осложнений, вторая 5 лет назад закончилась преждевременными родами в 36 недель через естественные родовые пути, осложненными большой кровопотерей с последующей гемотрансфузией без учета резус-принадлежности. Отмечалась выраженная посттрансфузионная реакция. Третья беременность 2 года назад, закончилась самопроизвольным абортom в 10 недель. Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела – 36,9 С, пульс 80 уд. в мин., ритмичный, АД 110/70, 100/60. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Группа крови II(A), Rh-отрицательная. Акушерский статус: Наружные половые органы развиты по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины. В зеркалах шейка матки чистая, цианоз влагалищной ее части и слизистых оболочек влагалища. При бимануальном исследовании матка увеличена до 8 недель беременности, размягчена, подвижна, безболезненна. Признаки Снегирева и Горвица-Гегара положительны. Придатки не определяются, своды свободные. (ПК-1, ПК-5, ПК-6)

ВОПРОСЫ:

1. Полный клинический диагноз.
2. К каким группам риска следует отнести эту пациентку?
3. В каких дополнительных исследованиях при взятии на учёт и в процессе диспансерного наблюдения нуждается эта беременная?
4. Прогноз для плода и новорожденного?
5. Методы и сроки диагностики возможных осложнений беременности, профилактики и терапии.
6. Срок и способ родоразрешения.
7. Какие анализы крови необходимы новорожденному в первые часы после родов.

ЗАДАЧА 12.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Повторно беременная, повторнородящая 29 лет поступила в отделение патологии при сроке беременности 34-35 недель для лечения ЗВУР плода II степени. В анамнезе: Одни роды, два искусственных и три самопроизвольных аборта. Настоящая беременность с ранних сроков осложнилась угрозой прерывания. Акушерский статус: Матка легко возбудима, отстаёт от срока гестации на 2-3 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Оценка состояния шейки матки - «зрелая». Функциональная оценка состояния плода в динамике за неделю проводимой терапии: кардиотахография с 7 баллов до 5 баллов, по доплерометрии прогрессивное снижение скорости кровотока в сосудах пуповины.

ВОПРОСЫ:

1. К каким группам риска следовало отнести беременную при взятии на диспансерный учёт?
2. Причина развития в/у страдания плода у женщины?
3. Развёрнутый клинический диагноз?
4. Какова эффективность лечения патологии плода?
5. Показано ли в пролонгирование беременности?
6. Какой метод родоразрешения более благоприятен для плода?

ЗАДАЧА 13.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Первородящая 28 лет родила в срок плод весом 2200, ростом 47 см, с оценкой по Апгар 2 – 1 – 0 – 0 – 0 = 3 балла.

Из анамнеза: Соматически здорова, три самопроизвольных аборта по типу замершей

беременности при сроке 6-8 недель. Настоящая беременность протекала на фоне постоянной угрозы прерывания.

ВОПРОСЫ:

1. Характеризуйте морфометрические параметры новорожденного.
2. Сформулируйте полный клинический диагноз у матери.
3. Какому клиническому диагнозу новорожденного соответствует оценка 3 балла по шкале Апгар?
4. Из каких параметров состоит шкала Апгар?
5. Какое осложнение беременности послужило причиной перинатального поражения новорожденного?
6. Что явилось фоном для формирования данного осложнения?
7. Нуждалась ли пациентка в обследовании и лечении перед наступлением беременности?

ЗАДАЧА 14.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Первородящая 34 лет поступила в отделение патологии беременных 10 апреля. Состояла на учете в женской консультации с 14 недель беременности, наблюдалась регулярно. Менструации с 16 лет, нерегулярные, через 21-38 дней по 4-5 дня, умеренные, сильно болезненные. В анамнезе 1 медицинский аборт и самопроизвольный выкидыш раннего срока. Экстрагенитальные заболевания: нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу. В анамнезе черепно-мозговая травма. Первый день последней менструации 19 июня. Срок родов по данным женской консультации был неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 146 в минуту. Состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Матка увеличена соответственно доношенной беременности, в обычном тонусе, положение плода продольное, головка неплотно прижата ко входу в малый таз, спинка плода пальпируется слева. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 146 в минуту. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см. Размеры таза: 26-29-62-21 см, Индекс Соловьева 14,5 см, крестцовый ромб -11x10 см., правильной формы.

ВОПРОСЫ:

1. Опишите положение плода, оцените степень готовности к родам и состояние плода.
2. Ошибки врача женской консультации
3. Выделите основные симптомы и синдромы в клинической картине у данной пациентки.
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Составьте план обследования.
6. Объем обследования на стационарном этапе: диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов. (Этапность оказания медицинской помощи).
7. Оцените данные дополнительных методов обследования.
8. Показания для госпитализации. (Этапность оказания медицинской помощи)
9. Сформулируйте клинический диагноз.
10. Составьте план лечения. Рекомендации по дальнейшему ведению больного
11. Перечень используемых лекарственных средств. (Этапность оказания медицинской помощи)
12. Определите прогноз заболевания
13. Определите профилактические мероприятия по предупреждению данной патологии.

ЗАДАЧА 15.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Излились околоплодные воды. Через 2 часа ввиду отсутствия самостоятельной родовой деятельности начато родовозбуждение окситоцином в стандартной дозировке. Через 4 часа от момента излития вод схватки стали болезненными, нерегулярными, отмечались боли в пояснице.

Предоставлялся сон-отдых и проводилась перидуральная анестезия, затем - родостимуляция окситоцином (10 ЕД). Общая продолжительность родов составила 20 часов. Период изгнания 3 часа. Потуги 2 часа. Родился живой доношенный мальчик массой 3000 г. У ребенка при рождении мышечный тонус отсутствует, дыхания нет, сердцебиение 90 ударов в минуту. Кожные покровы цианотичные, рефлексy ослаблены.

ВОПРОСЫ:

1. Осложнения в родах.
2. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.
3. Выделите основные симптомы и синдромы в клинической картине у данной пациентки.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Объем лечения стационарном этапе: лечебные мероприятия, в том числе при родоразрешении и в послеродовой период. (Этапность оказания медицинской помощи)
6. Перечень используемых лекарственных средств. (Этапность оказания медицинской помощи)
7. Определите профилактические мероприятия по предупреждению данной патологии.
8. Реабилитация и диспансеризация.

ЗАДАЧА 16.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка Р. родилась от матери 30 лет, соматически здоровой, от 3 беременности, 3 родов. Вредные привычки отрицает. На учёте в женской консультации состояла с 8 недель. Преэклампсия. Роды в 39 недель. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела 3250 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребёнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.

На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолог обратила внимание на симметричное увеличение молочных желёз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребёнка отмечался отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела нормальная. При осмотре – ребенок активный, на осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный. Вскармливание грудное, сосёт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.

Клинический анализ крови: Нb – 163 г/л, эритроциты – $5,3 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – 240×10^9 /л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

ВОПРОСЫ:

1. Опишите возникшее состояние у ребёнка.
2. Обоснуйте транзиторное состояние.

3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорожденного.
4. Назначьте питание ребенку, обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз данного состояния.

ЗАДАЧА 17.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Беременная 22 года, здорова, профессиональных вредностей не имеет, наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. В первой половине беременности отмечался токсикоз. В сроке 20 недель - анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе - 6 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

Ребенок родился при сроке 40 недель гестации, с массой тела 3750 г, длина 54 см. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень не увеличена. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета, из влагалища – кровянистые выделения (см. фото).

ВОПРОСЫ:

1. Какие состояния имеются у ребенка?
2. Необходимы ли дополнительные методы исследования?
3. Требуется ли консультация специалистов?

Оценочное средство 2

4.2. Тесты для оценки компетенции «УК-1,УК-4,УК-6; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-10; ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-10»:

1. Какой из перечисленных показателей наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране?
 - а. уровень рождаемости
 - б. уровень смертности
 - в. количество врачей на душу населения
 - г. младенческая смертность
2. Укажите последовательность обработки новорожденного акушеркой в родильном зале
 - а. взвешивание, первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
 - б. первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
 - в. вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи, взвешивание
 - г. взвешивание, вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи
3. Какую часть от расчетного количества коек послеродового отделения должны составлять койки для новорожденных детей в родильном доме?
 - а. 85-90%
 - б. 95-100%
 - в. 105-107%
 - г. 115-120%

4. В течение какого времени подвергается обработке грудное молоко при пастеризации?
- а. 2-3 мин с момента закипания воды в бане
 - б. 5-7 мин с момента закипания воды в бане
 - в. 7-10 мин с момента закипания воды в бане
 - г. 15-20 мин с момента закипания воды в бане
5. На каком расстоянии от кожного края пупочного кольца должна накладываться шелковая лигатура на пуповину у новорожденных с гемолитической болезнью?
- а. 3-4 мм
 - б. 5-6 мм
 - в. 1-2 см
 - г. 3-4 см
6. Какое из перечисленных наследственных заболеваний можно диагностировать клинически в первые 3 дня жизни?
- а. фенилкетонурию
 - б. синдром Тея - Сакса
 - в. одну из форм муковисцидоза
 - г. глицинурию
7. Для галактоземии не характерна
- а. гипогликемия
 - б. галактоземия
 - в. гиперхолестеринемия
 - г. галактозурия
8. К какому классу иммуноглобулинов относятся резус-антитела, продуцируемые в организме матери и циркулирующие у плода?
- а. IgA
 - б. IgM
 - в. IgG
 - г. IgE
9. Самым эффективным методом диагностики внутриутробной гипоксии плода и профилактики синдрома аспирации мекония является
- а. аускультация сердцебиения плода
 - б. амниоскопия
 - в. кардиотокография
 - г. ультразвуковая фетометрия
10. При физиологической беременности меконий удерживается в кишечнике плода благодаря
- а. мекониевой пробке
 - б. высокому тону анального сфинктера
 - в. отсутствию перистальтики кишечника
 - г. всем перечисленным факторам
11. Каков механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга при разгибательных вставлениях головки?
- а. ротационный
 - б. сгибательно-компрессионный
 - в. дистракционный
 - г. все ответы правильные

12. Какой срок необходим для стабилизации поврежденного в родах сегмента позвоночного столба за счет развития соединительной ткани?
- 5-7 дней
 - 10-14 дней
 - 20-30 дней
 - 40-50 дней
13. Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного спастического тетрапареза, парадоксальных движений эпигастральной области, высокого состояния купола диафрагмы при рентгеноскопии грудной клетки
- C1-C4
 - C5-Th1
 - Th1-Th12
 - L1-L5
14. Какие изменения кислотно-основного состояния и газов крови отмечаются у детей, перенесших асфиксию в родах?
- метаболический ацидоз
 - гипоксемия
 - гиперкапния
 - все ответы правильные
15. Возникновению асфиксии в родах наиболее подвержены
- переношенные новорожденные
 - недоношенные новорожденные
 - новорожденные с задержкой внутриутробного развития
 - все перечисленные группы детей
16. Причиной выпадения петель пуповины может являться
- тазовое предлежание плода
 - поперечное положение плода
 - многоводие
 - все перечисленные факторы
17. Патологические изменения сердечного ритма плода могут свидетельствовать об интранатальной гипоксии плода. Это можно подтвердить
- с помощью амниоскопии
 - с помощью ультразвукового исследования
 - с помощью определения рН в крови, взятой из предлежащей части плода
 - все ответы правильные
18. Какие факторы принимают участие в образовании активного тромбопластина?
- XII, XI, IX, VIII, X
 - тромбин
 - фибриноген
 - плазмин
19. Каков дыхательный объем у недоношенного ребенка с массой тела 2500 г?
- 10 мл
 - 15 мл
 - 20 мл
 - 25 мл
20. В каком возрасте полностью эпителизируется пупочная ранка в норме?

- а. к концу 1-й недели жизни
- б. к концу 2-й недели жизни
- в. к концу 1-го месяца жизни
- г. на 2-м месяце жизни

21. Чем обусловлена темно-зеленая окраска мекония?

- а. прямым билирубином
- б. непрямым билирубином
- в. желчью
- г. всеми перечисленными компонентами

22. По весу и росту какого плода определяется примерный календарный срок беременности при многоплодии

- а. по весу и росту большого плода
- б. по весу и росту маленького плода
- в. по весу и росту любого плода
- г. по средним показателям веса и роста обоих плодов

23. Как измениться объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни?

- а. увеличивается
- б. уменьшается
- в. не изменяется
- г. у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных уменьшается

24. Каков характер водно-электролитного баланса у новорожденных первой недели жизни?

- а. положительный
- б. отрицательный
- в. баланс жидкости положительный, электролитов - отрицательный
- г. баланс жидкости отрицательный, электролитов – положительный

25. Какой из названных показателей играет наиболее важную роль в регуляции дыхания у новорожденных детей?

- а. P_{aO_2}
- б. P_{aCO_2}
- в. артериовенозная разница по кислороду
- г. кривая диссоциации оксигемоглобина

26. Какой тип пищеварения преобладает у новорожденных детей?

- а. полостное
- б. мембранное
- в. пиноцитоз
- г. верно а) и б)

27. Влияют ли гормоны беременности на конъюгирующую способность печени плода и новорожденного?

- а. не влияют
- б. оказывают ингибирующее действие на глюкуронилтрансферазу
- в. активируют глюкорнилтрансферазную систему печени
- г. влияют только при осложненном течении беременности

28. Какую долю дыхательного объема составляет физиологическое мертвое пространство?

- а. 10%
- б. 30%
- в. 50%

г. 75%

29. При позднем пережатии пуповины после самопроизвольных родов объем плацентарной трансфузии составляет

- а. 25%
- б. 50%
- в. 75%
- г. 100%

30. При каком виде геморрагического синдрома назначение витамина К является патогенетической терапией?

- а. капилляропатии
- б. тромбоцитопении
- в. гипопротромбинемии
- г. фибринолизе

31. Для новорожденных от матерей с сахарным диабетом характерны

- а. гипогликемия
- б. гипокальциемия
- в. гипербилирубинемия
- г. все перечисленные симптомы

32. Развитие геоморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов связано

- а. с поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
- б. с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
- в. с повышением проницаемости капилляров
- г. с нарушением всасывания в кишечнике витамина К

33. Какие симптомы характерны для гипомагниемии?

- а. возбуждение ЦНС
- б. угнетение ЦНС
- в. угнетение дыхания
- г. одышка

34. Какие из перечисленных причин недостаточности кровообращения относятся к экстракардиальным?

- а. фиброэластоз
- б. пароксизмальная тахикардия
- в. открытый артериальный проток
- г. все ответы правильные

35. Решающими при подозрении на деструктивную пневмонию являются следующие клинические симптомы

- а. выраженная дыхательная недостаточность
- б. наличие инфекционного токсикоза
- в. аускультативные данные
- г. перкуторные данные

36. Самым тяжелым при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является

- а. анемия
- б. поражение печени
- в. поражение ЦНС
- г. сердечная недостаточность

37. В какой группе детей противотуберкулезная вакцинация абсолютно противопоказана?
- а. недоношенные дети с массой тела менее 1500 г
 - б. дети с гемолитической болезнью
 - в. дети с врожденными ферментопатиями
 - г. все ответы правильные
38. Противотуберкулезную вакцинацию новорожденным, контактным с заболевшими токсико-септическими заболеваниями, можно проводить
- а. через 10 дней после выписки из родильного дома
 - б. через две недели после выписки из родильного дома
 - в. через 1 месяц после выписки из родильного дома
 - г. через 3 месяца после выписки из родильного дома
39. Какая причина анемии при рождении встречается чаще других?
- а. кровопотеря или гемолиз
 - б. наследственный микросфероцитоз
 - в. дефицит эритроцитарных ферментов
 - г. наследственная гипопластическая анемия
40. Наиболее частым возбудителем миокардита у новорожденных детей является
- а. вирус Коксаки
 - б. стафилококк
 - в. стрептококк
 - г. клебсиелла
41. Активность каких ферментов повышается при механических желтухах
- а. аспартатаминотрансферазы (АСТ)
 - б. аланинаминотрансферазы (АЛТ)
 - в. альдолазы
 - г. щелочной фосфатазы
42. Типичными симптомами сердечной недостаточности у новорожденных детей являются
- а. цианоз, одышка, тахикардия
 - б. одышка, тахикардия, хрипы в легких
 - в. одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
 - г. цианоз, отеки, хрипы в легких
43. При каком заболевании в копрограмме обнаруживается большое количество нейтрального жира и его преобладание над жирными кислотами?
- а. при лактазной недостаточности
 - б. при муковисцидозе
 - в. при экссудативной энтеропатии
 - г. все ответы правильные
44. На какой срок дается медотвод от профилактических прививок после перенесенного сепсиса?
- а. на 1 мес
 - б. на 3 мес
 - в. на 6 мес
 - г. на 1 год
45. Какой из перечисленных растворов предпочтительнее назначить для оральной регидратации при адреногенитальном синдроме?

- а. раствор Рингера
- б. оралит
- в. раствор 5% глюкозы пополам с физиологическим раствором
- г. раствор хлорида калия 3%

46. Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток?

- а. родовую травму ЦНС
- б. порок развития головного мозга
- в. метаболические нарушения
- г. гнойный менингит

47. Какое течение фиброэластоза наблюдается чаще в периоде новорожденности?

- а. острое
- б. подострое
- в. хроническое
- г. все варианты встречаются одинаково часто

48. Какая потеря массы тела в первые 4-5 дней жизни свидетельствует о недостаточном введении жидкости?

- а. 5-8%
- б. 9-11%
- в. более 12-14%
- г. только более 15%

49. Что лежит в основе септической желтухи новорожденных?

- а. токсическое повреждение клеток печени и внутрисосудистый гемолиз
- б. синдром холестаза
- в. септический гепатит
- г. гемолитический криз

50. Какая патология почек наиболее часто встречается у новорожденных, перенесших асфиксию в родах?

- а. острый пиелонефрит
- б. острый гломерулонефрит
- в. острый тубулярный некроз
- г. тромбоз почечных артерий

51. До какого возраста происходит снижение гемоглобина при гемолитической болезни новорожденных?

- а. до двух недель жизни
- б. до 1 месяца
- в. до 1.5 месяцев
- г. до 2 месяцев

52. В каком гестационном возрасте появляется исчерченность кожи стопы в нижней ее половине?

- а. на 29-й неделе
- б. на 30-й неделе
- в. на 31-й неделе
- г. после 32-й недели

53. Какая причина чаще других приводит к смерти недоношенных детей в перинатальном периоде?

- а. слабость родовых сил
- б. быстрые роды
- в. преждевременная отслойка плаценты
- г. токсикоз 2-й половины беременности

54. Укажите наиболее частую локализацию внутричерепных кровоизлияний у недоношенных детей

- а. субдуральные
- б. эпидуральные
- в. в боковые желудочки мозга
- г. в вещество мозга

55. Наиболее частая причина поражения ЦНС у недоношенных новорожденных - это

- а. пренатальная патология
- б. родовая травма
- в. обменные нарушения
- г. внутриутробная инфекция

56. О каком заболевании следует подумать при наличии у ребенка прогрессирующей дистрофии, выраженной одышки без воспалительных изменений в легких, полиурии, полидипсии метаболического ацидоза, гипокалиемии, гипонатриемии, гипокальциемии, изогипостенурии, лейкоцитурии, значительного дефицита бикарбонатов?

- а. о почечном несахарном диабете
- б. о синдроме Лайтвуда (почечном тубулярном ацидозе)
- в. о пороке развития мочевыводящих путей
- г. о кризе врожденной гиперплазии коры надпочечников

57. Когда исчезает желтуха при неосложненной форме гемолитической болезни новорожденных?

- а. к концу 1-й недели жизни
- б. к концу 2-й недели жизни
- в. к концу 3-й недели жизни
- г. к концу 1-го месяца жизни

58. Может ли западать большой родничок при гнойном менингите?

- а. нет
- б. да, при наличии у ребенка эксикоза
- в. да, при присоединении вентрикукулита
- г. верно б) и в)

59. Укажите характер стула при кишечной форме муковисцидоза

- а. разжиженный, жирный, зловонный
- б. кашицеобразный, с белыми комочками и небольшой примесью слизи
- в. водянистый, кислый, трескучий, частый
- г. частый, жидкий, с мутной слизью и зеленью

60. На каком вскармливании чаще всего проявляется лактазная недостаточность?

- а. на искусственном
- б. на грудном
- в. на смешанном
- г. верно а) и в)

61. Что может приводить к развитию полицитемии у новорожденного ребенка?

- а. задержка внутриутробного развития

- б. сахарный диабет у матери
- в. фето-фетальная трансфузия
- г. все перечисленные факторы

62. Диагноз синдрома Вильсона - Микити устанавливают

- а. по специфическим клиническим симптомам
- б. по данным ультразвукового исследования
- в. по рентгенограмме грудной клетки
- г. по данным бронхоскопии

63. Ведущими клиническими признаками отечной формы гемолитической болезни новорожденных являются

- а. прогрессирующая анемия
- б. сердечная недостаточность
- в. генерализованные отеки, гидроторакс, асцит
- г. все перечисленные

64. Интерстициальный тип пневмонии характерен

- а. для пневмоцистоза
- б. для цитомегалии
- в. для муковисцидоза
- г. все ответы правильные

65. Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие

- а. гипогликемии
- б. гипокальциемии
- в. гипомагниемии
- г. всех перечисленных факторов

66. Специфическим фактором защиты от ОРВИ у новорожденного ребенка является

- а. фагоцитоз
- б. интерферонообразование
- в. IgM
- г. IgG

67. На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы

- а. вирусной диареи
- б. судорожный
- в. нейротоксикоз
- г. все перечисленные

68. Тяжесть дыхательной недостаточности оценивают

- а. по частоте дыхания
- б. по наличию цианоза
- в. по участию в дыхании вспомогательной мускулатуры и втяжению уступчивых мест грудной клетки
- г. по всем перечисленным признакам

69. В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи на первый план выступают симптомы

- а. диареи
- б. рвоты
- в. геморрагического диатеза
- г. анорексии

70. Для прижизненной диагностики врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны
- а. сифилитическая пузырьчатка
 - б. ринит
 - в. изменения костей и глазного дна
 - г. все перечисленные признаки
71. Методом выбора в лечении железодефицитной анемии средней тяжести у новорожденного с удовлетворительной адаптацией к низким цифрам гемоглобина является
- а. оральная ферротерапия
 - б. парентеральное введение препаратов железа
 - в. переливание эритромаcсы
 - г. диетотерапия
72. Противопоказанием к применению метода дыхания с положительным давлением на выдохе в лечении дыхательной недостаточности у новорожденных детей является
- а. синдром аспирации мекония
 - б. внутриутробная пневмония
 - в. пневмоторакс
 - г. болезнь гиалиновых мембран
73. Показаниями к внутривенному введению натрия гидрокарбоната являются
- а. декомпенсированный метаболический ацидоз
 - б. декомпенсированный дыхательный ацидоз
 - в. респираторно-метаболический ацидоз
 - г. все перечисленное выше
74. Наибольшее практическое значение в дифференциальной диагностике врожденного порока сердца синего типа с тяжелой формой синдрома дыхательных расстройств имеет
- а. катетеризация сердца
 - б. гипертоксически-гипервентиляционный тест
 - в. рентгенография грудной клетки
 - г. ЭКГ
75. Тактика врача при вторичной асфиксии у новорожденного ребенка
- а. поднять головной конец кровати и обеспечить адекватную оксигенацию
 - б. немедленно интубировать трахею и начать аппаратную ИВЛ
 - в. восстановить свободную проходимость дыхательных путей, начать вспомогательную масочную ИВЛ, при отсутствии эффекта интубировать трахею и наладить аппаратную ИВЛ
 - г. поместить ребенка в кислородную палатку, опустить головной конец кровати и ввести дыхательные analeптики
76. Главной причиной неадекватной вентиляции легких является
- а. нарушение внутрилегочного распределения газа соответственно степени префузии отдельных участков легких
 - б. функционирование фетальных коммуникаций
 - в. усиленная работа дыхательной мускулатуры
 - г. низкое сопротивление дыхательных путей
77. Степень тяжести гипоксемии у новорожденных детей не соответствует степени тяжести легочного заболевания
- а. при болезни гиалиновых мембран
 - б. при транзиторном тахипноэ новорожденных

- в. при идеопатической персистирующей легочной гипертензии
- г. при синдроме Вильсона – Микити

78. Какие причины могут способствовать развитию ДВС-синдрома у новорожденных детей?

- а. отслойка плаценты
- б. обширная травма мягких тканей
- в. инфекции
- г. все перечисленные причины

79. Для стадии децентрализации кровообращения при гиповолемическом шоке характерны

- а. значительное снижение артериального давления и объема циркулирующей крови, низкое центральное давление, тахикардия
- б. нормальное артериальное давление, тахикардия, сниженный объем циркулирующей крови, нормальное центральное венозное давление
- в. повышенное артериальное давление, брадикардия, нормальный объем циркулирующей крови, высокое центральное венозное давление
- г. сниженное артериальное давление, нормальный объем циркулирующей крови, высокое центральное венозное давление, брадикардия

80. Наиболее надежным критерием эффективной вентиляции является

- а. дыхательный объем
- б. минутный объем дыхания
- в. частота дыхания
- г. P_aCO_2

81. Какова потребность доношенного новорожденного ребенка в энергии для обеспечения прибавки массы тела, если он находится на полном парентеральном питании?

- а. 60-70 ккал/кг
- б. 80-90 ккал/кг
- в. 100-120 ккал/кг
- г. 130-140 ккал/кг

82. Какие из перечисленных растворов противопоказано применять при сольтеряющей форме адреногенитального синдрома?

- а. растворы, содержащие натрий
- б. растворы, содержащие калий
- в. растворы глюкозы
- г. все перечисленные растворы

83. Наиболее частой причиной анурии у новорожденного ребенка является

- а. врожденная аплазия почек
- б. токсическое действие на почку медикаментозных средств
- в. тромбоз почечных сосудов
- г. уменьшение ОЦК и нарушение перфузии почек

84. Каковы преимущества проведения полного парентерального питания через центральные вены (например, подключичную)?

- а. возможность введения больших объемов жидкости
- б. возможность введения растворов с большой скоростью
- в. возможность введения гипертонических растворов глюкозы
- г. все ответы правильные

85. Какие осложнения могут возникать при катетеризации подключичной вены для проведения полного парентерального питания?
- а. пневмоторакс
 - б. пневмомедиастинум
 - в. кровотечение
 - г. все ответы правильные
86. Какие осложнения могут возникать при использовании жиров в процессе проведения полного парентерального питания?
- а. холестаз
 - б. гипераммониемия
 - в. нарушения функции тромбоцитов
 - г. все ответы правильные
87. В каком случае из перечисленных возрастают потери натрия с мочой?
- а. при асфиксии в родах
 - б. при болезни гиалиновых мембран
 - в. при аспирации мекония
 - г. во всех перечисленных случаях
88. Какая потеря массы тела в первые 4-5 дней жизни свидетельствует об избыточном введении жидкости?
- а. менее 12% за 4-5 дней
 - б. менее 10% за 4-5 дней
 - в. менее 5% за день
 - г. менее 2% за день
89. Какое влияние на мозговой кровоток оказывает гиперкапния?
- а. увеличивает
 - б. уменьшает
 - в. сначала уменьшает, затем увеличивает
 - г. не оказывает влияния
90. Какой из перечисленных симптомов является дифференциально-диагностическим при исключении пневмоторакса у новорожденного ребенка?
- а. цианоз кожных покровов
 - б. ослабление дыхания
 - в. смещение органов средостения в сочетании с симптомами дыхательной недостаточности
 - г. асимметрия грудной клетки
91. Какой из перечисленных симптомов позволяет подозревать атрезию пищевода в первые часы после рождения?
- а. вздутие живота
 - б. рвота с примесью желчи и крови
 - в. пенистое отделяемое на губах
 - г. отсутствие стула
92. Является ли эффективным оперативное лечение атрезии внепеченочных желчных ходов?
- а. нет
 - б. да
 - в. эффективно только при ранней диагностике
 - г. эффективно при отсутствии симптомов поражения печени

93. Какая форма атрезии пищевода встречается наиболее часто?
а. оба конца пищевода слепые
б. оба конца сообщаются с трахеей
в. верхний конец пищевода сообщается с трахеей, нижний заканчивается слепо
г. верхний конец пищевода заканчивается слепо, нижний сообщается с трахеей
94. Какие симптомы характерны для атрезии хоан
а. затрудненное носовое дыхание сразу после рождения
б. периодическое нарушение дыхания
в. поперхивание при кормлении
г. все перечисленные симптомы
95. Лечение больного с дыхательной недостаточностью, обусловленной ложной грыжей левого купола диафрагмы следует начинать
а. с оксигенации через лицевую маску или носовой катетер
б. с интубации ребенка и аппаратной ИВЛ
в. придать ребенку положение на больном боку, ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
г. сделать очистительную клизму
96. Улучшает циркуляцию в сосудах мозга и почек, восстанавливает ОЦК, увеличивает сердечный выброс и артериальное давление следующий препарат
а. лазикс
б. маннитол
в. урегит
г. диакарб
97. Какой из перечисленных препаратов улучшает коронарный кровоток, увеличивает сократимость миокарда, ударный объем и урежает частоту сердечных сокращений?
а. атропин
б. эуфиллин
в. дигоксин
г. адреналин
98. Для устранения угнетения дыхательного центра новорожденного, вызванного введением матери наркотических анальгетиков и барбитуратов, можно применять
а. бемеград
б. налорфин
в. смесь Кудрина
г. любой из указанных препаратов
99. Дроперидол
а. улучшает периферический кровоток
б. обладает седативным и противосудорожным действием
в. снижает артериальное давление
г. обладает всеми перечисленными эффектами
100. Седуксен
а. улучшает периферический кровоток
б. оказывает седативное и противосудорожное действие
в. снижает артериальное давление
г. обладает всеми перечисленными эффектами

101. Хорионический гонадотропин синтезируется:

1. Трофобластом
2. Плацентой
3. Яичниками
4. Надпочечниками плода
5. Щитовидной железой плода

102. Поддержанию беременности способствует:

1. Хорионический гонадотропин
2. Пролактин
3. Соматотропин
4. Прогестерон
5. Эстриол

103. Для диагностики беременности используется:

1. Хорионический гонадотропин
2. Пролактин
3. Соматотропин
4. Прогестерон
5. Эстриол

104. Укажите критические периоды развития плода:

1. Первые 7-10 дней после оплодотворения
2. 4 – 8 недель беременности
3. 12 – 14 недель беременности
4. 15 – 16 недель беременности
5. 22 – 22 недели беременности

105. Период органогенеза и плацентации завершается:

1. К 4 неделям внутриутробного развития плода
2. К 6 неделям внутриутробного развития плода
3. К 8 неделям внутриутробного развития плода
4. К 10 неделям внутриутробного развития плода
5. К 3 – 4 месяцу внутриутробного развития плода

106. Укажите, в какой последовательности элементы плодного яйца включаются в патологический процесс в период органогенеза и плацентации:

1. Вначале хорион, значительно позже эмбрион
2. Вначале эмбрион, значительно позже хорион
3. Одновременно хорион и эмбрион

107. Реакции зародыша на ранних стадиях онтогенеза на действие патогенных факторов характеризуются:

1. Наличием специфических реакций на действие различных повреждающих факторов
2. Отсутствием специфических реакций на действие различных повреждающих факторов

108. В период органогенеза при воздействии неблагоприятных факторов для поражения зародыша характерно:

1. Тератогенный эффект
2. Эмбриотоксическое воздействие
3. Возникновение фетопатий

109. «Воротниковое пространство» плода в 10 – 14 недель беременности не считается патологическим при размере:

1. 0,7 – 2,7 мм
2. 2,7 – 3,0 мм
3. 3,0 – 3,5 мм
4. 3,5 – 4,0 мм
5. 4,0 – 4,5 мм

110. Оптимальный срок беременности для выявления врожденных пороков развития плода по данным ультразвукового исследования:

1. 10 – 12 недель
2. 12 – 16 недель
3. 16 – 22 недели
4. 28 – 32 недели
5. 24 – 27 недель

111. Определение альфа-фетопротеина в крови беременной показано при:

1. Сахарном диабете
2. Гестозе
3. Подозрении на пороки развития центральной нервной системы плода
4. Хромосомных абберациях у отца
5. Возрасте беременной до 18 лет

112. Назовите функции плаценты:

1. Экскреторная
2. Дыхательная и трофическая
3. Барьерно-защитная и иммунологическая
4. Эндокринная
5. Все вышеперечисленные

113. Укажите, когда наличие гипоксии матери приводит к нарушению развития оплодотворенной яйцеклетки:

1. В предимплантационный период
2. В период имплантации

3. В период органогенеза
4. В период плацентации

114. О гипоксии плода во время беременности по данным кардиотокографического исследования свидетельствуют:

1. Базальная частота 120 – 160 ударов в минуту
2. Наличие спорадических акцелераций
3. Амплитуда вариабельности базального ритма 5 - 10 ударов в минуту
4. Наличие ранних децелераций
5. Наличие поздних децелераций

115. Продолжительная тяжелая гипоксия плода приводит:

1. К полнокровию головного и спинного мозга
2. К повышению проницаемости сосудов мозга
3. К появлению мелких и массивных кровоизлияний в церебральную ткань
4. Ко всему перечисленному
5. Ни к чему из вышеперечисленного

116. Первичным скрининговым тестом оценки состояния плода является:

1. Антропометрический метод
2. Регистрация шевелений плода с 28 недель беременности
3. Амниоскопия
4. Амниоцентез
5. Оценка сердечной деятельности плода

117. К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще всего приводит:

1. Гестоз
2. Заболевания почек
3. Гипофункция щитовидной железы
4. Анемия беременных
5. Нарушение жирового обмена

118. Вторичная плацентарная недостаточность:

1. Развивается на фоне уже сформировавшейся плаценты
2. Возникает в период формирования плаценты
3. Наблюдается во второй половине беременности
4. Является частой причиной невынашивания в первой половине беременности
5. Является осложнением первичной плацентарной недостаточности

119. Эмбриональный период продолжается с момента оплодотворения до:

1. 2 недель беременности
2. 3 – 6 недель беременности

3. 7 – 8 недель беременности
4. 9 – 11 недель беременности
5. 12 недель беременности

120. Признаками задержки роста плода являются:

1. Несоответствие окружности живота и высоты стояния дна матки сроку гестации
2. Несоответствие сроку беременности размеров головки и длины бедра
3. Изменения нормального уровня плацентарного лактогена
4. Повышение уровня эстрадиола
5. Снижение уровня хорионического гонадотропина

121. Симметричная или асимметричная форма задержки роста плода обуславливается следующими факторами:

1. Этиологией
2. Сроком беременности, в котором возникла гипотрофия
3. Степенью нарушения состояния плода
4. Всеми перечисленными факторами
5. Никакими из вышеперечисленных

122. Более тяжелой формой внутриутробной задержки роста плода является:

1. Асимметричная
2. Симметричная

123. Причиной симметричной формы задержки роста плода являются:

1. Внутриутробные инфекции
2. Хромосомные и наследственные заболевания
3. Преэклампсия
4. Сердечно-сосудистые заболевания матери
5. Анемия беременных

124. При асимметричной форме задержки роста плода наблюдается все вышеперечисленное, за исключением:

1. Истончения слоя мягких тканей
2. Значительного уменьшения размеров печени
3. Гипотрофии туловища плода
4. Обычных размеров головки плода
5. Уменьшенных размеров головки плода

125. Ультразвуковые критерии диагностики симметричной формы задержки роста плода:

1. Уменьшение количества околоплодных вод
2. Уменьшение размеров печени у плода
3. Наличие пороков развития почек у плода
4. Гипотрофия туловища при обычных размерах головки

5. Уменьшение всех размеров тела плода

126. Аномалии плаценты, ведущие к развитию асимметричной формы задержки плода:

1. Предлежание плаценты
2. Гемангиома плаценты
3. Диффузные множественные инфаркты
4. Трансфузионный синдром близнецов при монохориальной плаценте с большим артериовенозным шунтом
5. Отслойка плаценты

127. Кардиотокографическими признаками страдания плода являются:

1. Наличие спорадических акцелераций
2. Немой тип осцилляций
3. Амплитуда осцилляций 15-20 ударов в минуту
4. Отсутствие децелераций
5. Частота сердечных сокращений плода 120 – 130 ударов в минуту

128. Последствия хронической гипоксии для новорожденного:

1. Низкий вес и маленький рост при рождении
2. Восприимчивость к инфекционным заболеваниям и ослабленный иммунитет
3. Недостаточная регуляция температуры тела в новорожденном периоде, анемия
4. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в старшем возрасте
5. Все вышеперечисленное

129. Острая гипоксия плода в родах чаще всего развивается в следующих случаях:

1. Тазовое предлежание плода
2. Преждевременное излитие околоплодных вод
3. Слабость родовой деятельности
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Фетоплацентарная недостаточность

130. Для диагностики состояния плода широко применяются следующие методы:

1. Амниоцентез
2. Кольпоцитология
3. Кольпоскопия
4. Ультразвуковое исследование
5. Кардиомониторное наблюдение

131. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

1. Частоты сердечных сокращений
2. Мышечного тонуса
3. Артериального давления

4. Живости рефлексов
5. Цвета кожных покровов

132. С целью оценки состояния плода в акушерстве используется доплерометрическое исследование скорости кровотока в:

1. Маточных артериях
2. Артериях пуповины
3. Аорте
4. Средней мозговой артерии плода
5. Все вышеперечисленное верно

133. Прогностически неблагоприятным при доплерометрии является:

1. Отсутствие диастолического компонента кровотока
2. Увеличение систолодиастолического коэффициента за счет снижения его диастолического компонента
3. Уменьшение систолодиастолического коэффициента за счет повышения его систолического компонента
4. Увеличение систолодиастолического коэффициента за счет повышения его систолического компонента
5. Увеличение систолодиастолического коэффициента за счет повышения его диастолического компонента

134. Толщина плаценты до 50 мм в III триместре беременности свидетельствует о:

1. I степени зрелости плаценты
2. II степени зрелости плаценты
3. III степени зрелости плаценты
4. плацентарной недостаточности
5. Гемолитической болезни плода

135. Лучше всего овальное окно описывает одно из следующих положений:

1. Сброс крови справа налево
2. Соединяет легочную артерию с аортой
3. Овальное окно – это экстракардиальный шунт
4. Функционирует после рождения
5. Сброс крови слева направо

136. Амниотическая жидкость представляют собой:

1. Транссудат плазмы крови
2. Секрет хориона
3. Продукт деятельности почек плода
4. Секрет легочной ткани плода
5. Секрет амниотической оболочки плода

137. Причиной многоводия не является:

1. Пороки развития центральной нервной системы плода
2. Неиммунная водянка плода
3. Пороки развития желудочно-кишечного тракта плода
4. Сахарный диабет у матери
5. Переношенная беременность

138. Многоводие характеризуется:

1. Количеством околоплодных вод до 0,5 л
2. Количеством околоплодных вод от 0,5 л до 0,8 л
3. Количеством околоплодных вод от 0,8 л до 1,0 л
4. Количеством околоплодных вод от 1,0 л до 1,5 л
5. Количеством околоплодных вод более 1,5 л

139. Причины маловодия у беременной все, кроме:

1. Агенезии почек
2. Гестоза
3. Плацентарной недостаточности
4. Антенатальной гибели плода
5. Гемолитической болезни плода

140. При внутриутробной гипоксии плода по данным кардиомониторного наблюдения регистрируется:

1. Тахикардия
2. Брадикардия
3. Децелерации
4. Аритмия
5. Все вышеперечисленное

141. Перинатальный период имеет продолжительность:

1. От зачатия до родоразрешения
2. Первые 7 дней после родов
3. 22-я неделя внутриутробного развития и 7 дней после родов
4. От зачатия до 30 дня после родов
5. От 24-х недель беременности до 7 дня после родов

142. При хромосомных аномалиях у плода беременность прерывается:

1. В 16 – 18 недель
2. В 5 – 7 недель
3. В 8 – 10 недель
4. В 28 – 30 недель
5. В 36 – 38 недель

143. Наиболее раннее получение дезоксирибонуклеиновой кислоты плода для пренатальной диагностики возможно при:

1. Фетоскопии
2. Амниоцентезе
3. Биопсии ворсин хориона
4. Кордоцентезе
5. Биопсии тканей плода

144. При тератогенном воздействии на плод возможны все нижеперечисленные последствия, кроме:

1. Внутриутробной гибели плода
2. Развития пороков развития плода
3. Задержки роста плода
4. Рождения дизиготной двойни
5. Развития фетопатий

145. К факторам риска генетических нарушений у плода относят все следующие, кроме:

1. Кровного родства родителей
2. Возраста родителей
3. Генетических нарушений в анамнезе у супругов
4. Резус-отрицательной крови
5. Проживания в районах с неблагоприятным экологическим фоном

146. Гнойничковые заболевания кожи новорожденных чаще всего вызываются:

1. Стрептококком
2. Стафилококком
3. Кишечной палочкой
4. Вульгарным протеом
5. Кандидами

147. Характерные осложнения для плода при многоводии все, кроме:

1. Внутриутробной гипоксии
2. Внутричерепного кровоизлияния
3. Выпадения мелких частей
4. Интранатальной гибели
5. Поперечного положения плода

148. Роды у женщин с многоводием могут осложняться:

1. Несвоевременным излитием околоплодных вод
2. Слабостью родовой деятельности
3. Дискоординацией родовой деятельности
4. Кровотечением
5. Всем вышеперечисленным

149. Характерное действие фолиевой кислоты:

1. Необходима для синтеза дезоксирибонуклеиновой кислоты, рибонуклеиновой кислоты, протеина
2. Дефицит фолиевой кислоты ведет развитию патологии нервной трубки плода
3. При недостатке фолиевой кислоты в рационе беременной у плода может развиваться мегалобластная анемия
4. Дефицит фолиевой кислоты может вести к самопроизвольному аборту
5. Все вышеперечисленное

150. Брадикардия плода, продолжающаяся более 30 секунд после схватки, является:

1. Признаком не существенным
2. Показателем нормального состояния плода в родах
3. Признаком гипоксии, если есть меконий в амниотической жидкости
4. Признаком начавшейся асфиксии, требующей немедленного родоразрешения
5. Признаком существенным при наличии дискоординации родовой деятельности

151. Из плазмы крови матери проходят плацентарный барьер:

1. Соединения, молекулы которых слишком малы для диффузии
2. Соединения, молекулы которых некрепко связаны с большими молекулярными комплексами или клетками
3. Соединения, в которых нет токсинов
4. Все соединения, имеющие молекулярный вес ниже 600 г/моль
5. Ничего из вышеперечисленного

152. Первоначальная убыль массы тела у доношенного новорожденного отмечается на:

1. 1 – 2 день жизни
2. 2 – 3-й день жизни
3. 3 – 4-й день жизни
4. 4 – 5-й день жизни
5. 5 – 6-й день жизни

153. Критериями физиологической желтухи у доношенного новорожденного является все нижеперечисленное, кроме:

1. Появления через 3 – 6 часов после рождения
2. Уровень общего билирубина повышается за счет непрямой фракции
3. Угасания после 10 суток жизни
4. Максимального значения общего билирубина не превышает 205,0 мкмоль/л
5. Концентрации гемоглобина в пределах нормы

154. О гемолитических заболеваниях, как о причине желтухи у новорожденного, заставляют думать следующие факторы:

1. Семейный анамнез гемолитических заболеваний
2. Начало желтухи в первые 24 часа жизни

3. Почасовой прирост билирубина выше 3,4 мкмоль/л в час
4. Неэффективность фототерапии, применяемой с целью снижения билирубина
5. Все вышеперечисленное

155. Максимальный уровень общего билирубина в периферической или венозной крови у доношенных новорожденных при физиологической желтухе отмечается на:

1. 1 – 2-й день жизни
2. 2 – 3-й день жизни
3. 3 – 4-й день жизни
4. 5 – 6-й день жизни
5. 6 – 8-й день жизни

156. Наиболее выраженная гипогликемия у новорожденных отмечается:

1. В первый час жизни
2. Через 12 часов после рождения
3. Через 5 дней после рождения
4. Через 7 дней после рождения
5. Через 10 дней после рождения

157. Характерным признаком кефалогематомы является:

1. Флюктуация при пальпации
2. Локализация над теменной костью
3. Выявленная болезненность при пальпации
4. Отчетливое ограничение по линии черепных швов
5. Опухоль не ограничивается пределами черепной кости

158. Для родовой опухоли не характерно:

1. Располагается в теменно-затылочной области
2. Голова имеет вытянутую кзади форму
3. Опухоль имеет отчетливое ограничение по линии черепных швов
4. Опухоль может захватить несколько костей и не прерываться в области швов между ними
5. Опухоль исчезает через 24 – 36 часов

159. После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваше следующее действие:

1. Оценить частоту сердечных сокращений
2. Оценить цвет кожных покровов
3. Ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
4. Измерить артериальное давление
5. Начать искусственную вентиляцию легких с помощью дыхательного мешка и маски

160. Развитие физиологической желтухи новорожденных связано с повышением концентрации:

1. Прямого билирубина
2. Непрямого билирубина
3. Аспаратаминотрансферазы
4. Аланинаминотрансферазы
5. Щелочной фосфатазы

161. Гормональный криз у новорожденных проявляется:

1. Сразу после рождения
2. В течение первых 12 ч
3. В течение 24 ч
4. На 2-й день жизни
5. На 3 – 4-й или 5 – 8-й день жизни

162. Гормональный криз новорожденных сопровождается всеми перечисленными ниже симптомами, кроме:

1. Кровотечения из влагалища
2. Нагрубания молочных желез
3. Ядерной желтухи
4. Появление угрей
5. Десквамативного вульвовагинита

163. К пограничным состояниям новорожденного относят все перечисленные ниже, кроме:

1. Транзиторного уменьшения первоначальной массы тела
2. Транзиторной гипертензии
3. Физиологической эритемы
4. Гормонального криза
5. Физиологической желтухи

164. Укажите факторы, способствующие быстрейшему восстановлению первоначальной массы тела новорожденного, после ее транзиторного уменьшения:

1. Раннее прикладывание к груди
2. Оптимальный тепловой режим
3. Режим «свободного питания»
4. Лечение гипогалактии
5. Все вышеперечисленное

165. Уменьшение первоначальной массы тела здорового доношенного новорожденного составляет:

1. более 10%
2. от 3 до 10%
3. 6%

4. не более 1%

5. от 1 до 3%

166. Основными причинами физиологической потери массы у новорожденного являются:

1. Гиперальдостеронизм
2. Потеря воды через почки и легкие при дыхании
3. Недостаточное поступление жидкости
4. Выделение мекония и мочи
5. Все вышеперечисленные

Оценочное средство 3

4.3 Кейс-задачи для оценки компетенции «УК-1,УК-4,УК-6; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-10; ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-10»:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	02
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ На амбулаторном приёме мама с девочкой 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2750 г, длина тела 49 см. Привит по календарю. Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 1,5 см и шириной 0,5см. При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,5 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0x2,5 см. Масса - 3500 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен. Психометрия: Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете; Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки; Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;
У	-	До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.
В		
Э		

		<p>3 критерий неотягощен НПР 1 группа 3 степень.</p> <p>4 критерий неотягощен, так как за 1 месяц жизни ребенок не болел простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий неотягощен, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.</p> <p>6 критерий отягощен, так как в задаче имеется указание на наличие у ребенка врожденных пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см).</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется дефект твердого и мягкого неба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твердого и мягкого неба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.
P2	-	Группа здоровья: IV.
P1	-	Диагноз обоснован верно.
P0	-	Диагноз обоснован не полностью
		Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	<p>Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.</p> <p>Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, • бодрствование по 1-1,5 часа, • сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. • питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. <p>В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через obturator.</p> <p>Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:</p> <p>Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребенка;</p> <p>Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;</p> <p>Э – разговаривать с ребенком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;</p> <p>До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.</p> <p>Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей.</p> <p>Упражнения комплекса № 1 включают:</p> <p>Поглаживающий массаж рук, ног.</p> <p>Выкладывание на живот.</p> <p>Поглаживающий массаж спины.</p>
Э	-	Массаж живота по часовой стрелке.

		Рефлекторное ползание.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний. Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери. Назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки.
Э	-	Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания. Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности). Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорожденного.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
Э	-	Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
Э	-	Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус антител в сыворотке крови матери.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

P0	-	Ответ неверный
B	2	Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии. Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> • тяжёлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощённым акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжёлой хронической фето-плацентарной недостаточности; • отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорожденного ребёнка.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
B	3	
Э	-	

		хронических заболеваний лёгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорожденный Л., переведен в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно: матери 17 лет, страдает хроническим пиелонефритом, беременность - I, протекала на фоне гестоза и обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Роды в 39 недель, 1-й период родов - 22 часа, 2-й – 40 минут, безводный промежуток – 23 часа. Задние воды зеленые с гнилостным запахом. Масса тела при рождении 2530 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. При первичном осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. С первых часов жизни проводилась инфузионная и антибактериальная терапия.</p> <p>При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожный покров серый, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД - 84 в минуту, апноэ. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС -170 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: синдром угнетения.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв – 175 г/л; Эр. – 5,3 · 10¹²/л; ЦП – 0,9; Тромб. – 235,0 · 10⁹/л; Лейк. – 30,1 · 10⁹/л; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2%, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 49 mm Hg, рСО₂ – 70 mm Hg, рН – 7,21, ВЕ = – 18 ммоль/л; АВ = 9 ммоль/л; SB = 8 ммоль/л; ВВ = 19 ммоль/л.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку, обоснуйте. Учитывая инфекционную патологию матери (хронический пиелонефрит) с обострением в третьем триместрах, затяжные роды с длительным безводным промежутком (23 часа), зеленоватые, с неприятным запахом околоплодные воды, задержку внутриутробного развития, асфиксию в родах (оценка по шкале Апгар 5/7 баллов), снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии, бледность с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышку с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта, прогрессирующее ухудшение состояния, гипотермию, нарастающие явления дыхательной недостаточности, перкуторное укорочение звука над легкими, ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы с обеих сторон, тахикардию, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипоксемию, ацидоз, можно поставить диагноз:
Э	-	Основной: Врожденная пневмония неуточненная, тяжелая. (Врожденная трансплацентарная пневмония). ДН III степени

		Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. ЗВУР 2 ст., гипотрофический вариант
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
B	2	<p>Перечислите предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данного заболевания.</p> <p>Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> •осложненное соматической или акушерской патологией течение беременности у матери, приводящее, с одной стороны, к хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии (вызывают патологический ацидоз, повреждающий легкие), с другой - к угнетению иммунологической реактивности организма ребенка (более низкие величины активности фагоцитарной функции нейтрофилов, уровень иммуноглобулинов класса G и др.); •асфиксия с аспирационным синдромом; •длительный безводный промежуток, особенно у ребенка с внутриутробной гипоксией; •частые вагинальные исследования женщины в родах; •наличие инфекционных процессов у матери (в мочеполовой сфере - предрасполагает к инфицированию в родах, в дыхательных путях - к постнатальному инфицированию); •пневмопатии, пороки развития и наследственные заболевания легких; •внутричерепная и особенно спинальная травма (на уровне верхних шейных или грудных сегментов), энцефалопатия; •склонность к срыгиваниям и рвоте; •недоношенность и задержка внутриутробного развития плода из-за сочетанного действия 1—7-й групп факторов. К нозокомиальным пневмониям предрасполагают: •длительная госпитализация; •любые длительные и тяжелые заболевания; •скученность и переуплотнение палат и отсутствие их регулярного профилактического закрытия на санобработку; •дефицит сестринского персонала; •недостатки мытья рук персонала; •широкое профилактическое назначение антибиотиков; •множественные инвазивные процедуры; •дефекты санобработки вентиляторов, увлажнителей и обогревателей воздушно-кислородной смеси, аэрозольных установок; •интубация трахеи. Интубация — один из наиболее существенных факторов высокого риска развития пневмонии из-за возможности перемещения флоры полости рта, носа, носоглотки в трахею, бронхи, нарушений дренажной функции воздухоносных путей по удалению слизи и другого содержимого. Инфицированные вентиляторы, увлажнители - один из основных источников инфекции при вентилятор-ассоциированных пневмониях. Синегнойная палочка и клебсиеллы при этом наиболее частые возбудители, ибо они долго сохраняются именно в водной среде.
Э	-	
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.

В	3	На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
Э	-	На 26-й неделе у плода происходит развитие альвеол — воздушных пузырьков в легких, выделяющих поверхностно-активное вещество, препятствующее слипанию легочной ткани. Это создает предпосылки для дыхания после рождения.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Дифференциальный диагноз пневмоний проводят с РДС, синдромом аспирации мекония, транзиторным тахипноэ, ателектазами, синдромами «утечки воздуха», пороками развития легких, внелегочными причинами расстройств дыхания (врожденные пороки сердца, метаболические нарушения и др.). При затяжном течении пневмонии, обилии мокроты, длительно держащихся обструктивных явлениях дифференциальный диагноз проводят с муковисцидозом, синдромом «неподвижных ресничек», хотя не следует забывать и о рецидивирующих срыгиваниях и рвоте с последующей аспирацией. При тяжелом пароксизмальном кашле, заканчивающемся рвотой, необходимо исключить коклюш.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Оптимальным видом питания, является нативное грудное молоко.</p> <p>3. Кислородная поддержка: АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, Tin_{0,3-0,35с}, РЕЕР4-5см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РІР16-20см вод. ст., поток 5-10л/мин/кг.</p> <p>4. Антибактериальная терапия. Основным видом лечения пневмонии является максимально раннее назначение эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики следует назначать сразу, как только высказано предположение о диагнозе пневмонии. Учитывая своеобразие этиологии врожденной пневмонии, клинически манифестировавшей в первые 72 часа жизни ребенка (ранней врожденной пневмонии), препаратами выбора является ампициллин в сочетании с аминогликозидами: гентамицином, амикацинном, нетилмецинном. Ампициллин в/в или в/м 100-150мг/кг/сут в 2 введения+Амикацин в/в или в/м 15 мг/кг/сут в 1 введение или Гентамицин в/в или в/м 5-7мг/кг/сут в 1 введение или Нетилмецин в/в или в/м 5 мг/кг/сут в 1 введение Альтернативными ЛС, которые назначаются при отсутствии эффекта через 48 часов антибактериальной терапии, являются цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммунотерапия. Иммунозаместительная терапия используется главным образом в виде в/в введения иммуноглобулина. Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 500-800мг/кг 1 раз в 1-2сут.</p>

		<p>6.Симптоматическая терапия определяется клинической картиной заболевания, но почти обязательным компонентом является назначение муколитиков, препаратом выбора является амброксол, который оказывает литическое действие на бронхиальный секрет, а также повышает синтез сурфактанта альвеоцитами 2ого порядка и замедляет его распад. Муколитики в зависимости от состояния ребенка вводятся внутрь или ингаляционно через небулайзер.</p> <p>Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2р/сут,7-10сут.</p>
P2	-	<p>Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.</p> <p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p>
P1	-	<p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий,</p>
P0	-	<p>обоснование выбора данной группы верное.</p> <p>Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.</p>

Оценочное средство 3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	Код функции	Текст названия трудовой функции
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
	

		+1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул мазевидный, 4 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку.
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья. Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II.
Э	-	
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	2	Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска. На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 6/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.
Э	-	
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.

Э	-	Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.
P2	-	План прививок составлен верно
P1	-	План прививок составлен не полностью
P0	-	План прививок составлен неверно
Н	-	01
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	02
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
	

		<p>простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий неотягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.</p> <p>6 критерий отягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см).</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	2	<p>Поставьте диагноз и определите группу здоровья.</p> <p>Диагноз «ВПП, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.</p> <p>Группа здоровья: IV.</p>
Э	-	
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	<p>Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.</p> <p>Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • •

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	4	Проведите профилактику пограничных состояний. Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери. Назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки.
Э	-	Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания. Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности). Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём
		пищи, психологический комфорт в семье.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
		Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.
		БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция
		Верно
		Не полностью верно
		Ответ неверный

P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорожденного.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
Э	-	Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
Э	-	Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус антител в сыворотке крови матери.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В		С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э		Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.
		Верно

P0	-	Ответ неверный
B	2	Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии. Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> • тяжёлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощённым акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжёлой хронической фето-плацентарной недостаточности; • отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорожденного ребёнка.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
B	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка. Общими принципами лечения асфиксии новорожденного ребёнка является проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.
Э	-	
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
P1	-	или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Назначьте лечение данному больному. Ребёнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей электроотсосом посредством интубации трахеи, ИВЛ мешком Амбу через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, с последующей лекарственной терапией: для поддержания ОЦК- введение физиологического раствора в вену пуповины, при сохраняющейся брадикардии – введение адреналина.
Э	-	
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
P1	-	или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде. Тяжёлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита,
Э	-	

		хронических заболеваний лёгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорожденный Л., переведен в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно: матери 17 лет, страдает хроническим пиелонефритом, беременность - I, протекала на фоне гестоза и обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Роды в 39 недель, 1-й период родов - 22 часа, 2-й – 40 минут, безводный промежуток – 23 часа. Задние воды зеленые с гнилостным запахом. Масса тела при рождении 2530 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. При первичном осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. С первых часов жизни проводилась инфузионная и антибактериальная терапия.</p> <p>При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожный покров серый, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД - 84 в минуту, апноэ. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС -170 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: синдром угнетения.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb – 175 г/л; Эр. – 5,3 · 10¹²/л; ЦП – 0,9; Тромб. – 235,0 · 10⁹/л; Лейк. – 30,1 · 10⁹/л; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2%, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 49 mm Hg, рСО₂ – 70 mm Hg, рН – 7,21, ВЕ = – 18 ммоль/л; АВ = 9 ммоль/л; SB = 8 ммоль/л; ВВ = 19 ммоль/л.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку, обоснуйте. Учитывая инфекционную патологию матери (хронический пиелонефрит) с обострением в третьем триместрах, затяжные роды с длительным безводным промежутком (23 часа), зеленоватые, с неприятным запахом околоплодные воды, задержку внутриутробного развития, асфиксию в родах (оценка по шкале Апгар 5/7 баллов), снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии, бледность с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышку с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта, прогрессирующее ухудшение состояния, гипотермию, нарастающие явления дыхательной недостаточности, перкуторное укорочение звука над легкими, ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы с обеих сторон, тахикардию, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипоксемию, ацидоз, можно поставить диагноз:
Э	-	Основной: Врожденная пневмония неуточненная, тяжелая. (Врожденная трансплацентарная пневмония). ДН III степени

		Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. ЗВУР 2 ст., гипотрофический вариант
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
B	2	<p>Перечислите предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данного заболевания.</p> <p>Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> •осложненное соматической или акушерской патологией течение беременности у матери, приводящее, с одной стороны, к хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии (вызывают патологический ацидоз, повреждающий легкие), с другой - к угнетению иммунологической реактивности организма ребенка (более низкие величины активности фагоцитарной функции нейтрофилов, уровень иммуноглобулинов класса G и др.); •асфиксия с аспирационным синдромом; •длительный безводный промежуток, особенно у ребенка с внутриутробной гипоксией; •частые вагинальные исследования женщины в родах; •наличие инфекционных процессов у матери (в мочеполовой сфере - предрасполагает к инфицированию в родах, в дыхательных путях - к постнатальному инфицированию); •пневмопатии, пороки развития и наследственные заболевания легких; •внутричерепная и особенно спинальная травма (на уровне верхних шейных или грудных сегментов), энцефалопатия; •склонность к срыгиваниям и рвоте; •недоношенность и задержка внутриутробного развития плода из-за сочетанного действия 1—7-й групп факторов. К нозокомиальным пневмониям предрасполагают: •длительная госпитализация; •любые длительные и тяжелые заболевания; •скученность и переуплотнение палат и отсутствие их регулярного профилактического закрытия на санобработку; •дефицит сестринского персонала; •недостатки мытья рук персонала; •широкое профилактическое назначение антибиотиков; •множественные инвазивные процедуры; •дефекты санобработки вентиляторов, увлажнителей и обогревателей воздушно-кислородной смеси, аэрозольных установок; •интубация трахеи. Интубация — один из наиболее существенных факторов высокого риска развития пневмонии из-за возможности перемещения флоры полости рта, носа, носоглотки в трахею, бронхи, нарушений дренажной функции воздухоносных путей по удалению слизи и другого содержимого. Инфицированные вентиляторы, увлажнители - один из основных источников инфекции при вентилятор-ассоциированных пневмониях. Синегнойная палочка и клебсиеллы при этом наиболее частые возбудители, ибо они долго сохраняются именно в водной среде.
Э	-	
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.

В	3	На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
Э	-	На 26-й неделе у плода происходит развитие альвеол — воздушных пузырьков в легких, выделяющих поверхностно-активное вещество, препятствующее слипанию легочной ткани. Это создает предпосылки для дыхания после рождения.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Дифференциальный диагноз пневмоний проводят с РДС, синдромом аспирации мекония, транзиторным тахипноэ, ателектазами, синдромами «утечки воздуха», пороками развития легких, внелегочными причинами расстройств дыхания (врожденные пороки сердца, метаболические нарушения и др.). При затяжном течении пневмонии, обилии мокроты, длительно держащихся обструктивных явлениях дифференциальный диагноз проводят с муковисцидозом, синдромом «неподвижных ресничек», хотя не следует забывать и о рецидивирующих срыгиваниях и рвоте с последующей аспирацией. При тяжелом пароксизмальном кашле, заканчивающемся рвотой, необходимо исключить коклюш.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Оптимальным видом питания, является нативное грудное молоко.</p> <p>3. Кислородная поддержка: АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, Tin_{0,3-0,35с}, РЕЕР4-5см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РIP16-20см вод. ст., поток 5-10л/мин/кг.</p> <p>4. Антибактериальная терапия. Основным видом лечения пневмонии является максимально раннее назначение эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики следует назначать сразу, как только высказано предположение о диагнозе пневмонии. Учитывая своеобразие этиологии врожденной пневмонии, клинически манифестировавшей в первые 72 часа жизни ребенка (ранней врожденной пневмонии), препаратами выбора является ампициллин в сочетании с аминогликозидами: гентамицином, амикацинном, нетилмецинном. Ампициллин в/в или в/м 100-150мг/кг/сут в 2 введения+Амикацин в/в или в/м 15 мг/кг/сут в 1 введение или Гентамицин в/в или в/м 5-7мг/кг/сут в 1 введение или Нетилмецин в/в или в/м 5 мг/кг/сут в 1 введение Альтернативными ЛС, которые назначаются при отсутствии эффекта через 48 часов антибактериальной терапии, являются цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммунотерапия. Иммунозаместительная терапия используется главным образом в виде в/в введения иммуноглобулина. Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 500-800мг/кг 1 раз в1-2сут.</p>

		6.Симптоматическая терапия определяется клинической картиной заболевания, но почти обязательным компонентом является назначение муколитиков, препаратом выбора является амброксол, который оказывает литическое действие на бронхиальный секрет, а также повышает синтез сурфактанта альвеоцитами 2ого порядка и замедляет его распад. Муколитики в зависимости от состояния ребенка вводятся внутрь или ингаляционно через небулайзер. Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2р/сут,7-10сут.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций. Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.
P1	-	или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий,
P0	-	обоснование выбора данной группы верное. Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.

Оценочное средство 4

4.4. Вопросы для собеседования (УК-1,УК-4,УК-6; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-10; ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-10; ПК-20; ПК-22; ПК-27):

- 1) Определение понятия «перинатология », ее роль в современном акушерстве, задачи перинатологии;
- 2) Перинатальная смертность, как показатель, характеризующий эффективность работы акушерско-гинекологической службы;
- 3) Антенатальная охрана плода.
- 4) Выявление групп риска по перинатальной патологии;
- 5) Особенности ведения беременных группы высокого риска на амбулаторном этапе;
- 6) Маршрутизация беременных женщин в зависимости от групп риска;
- 7) Организация и возможности перинатальных центров, их роль в предупреждении неблагоприятных исходов для матери и плода.
- 8) Задачи пренатальной диагностики;
- 9) Методы пренатальной диагностики.
- 10) Алгоритм работы врача женской консультации в рамках скрининга перинатальной патологии.
- 11) Патогенез осложнений беременности при инфекционных заболеваниях у матери;
- 12) Этиология и эпидемиология ВУИ;
- 13) Профилактика ВУИ в современном акушерстве;
- 14) Влияние различных инфекционных заболеваний матери во время беременности на плод.
- 15) Факторы риска, этиология и патогенез гипоксии плода;
- 16) Классификация гипоксии плода;
- 17) Клиника и диагностика гипоксии плода;
- 18) Профилактика и лечение гипоксии плода во время беременности.
- 19) Факторы риска, этиология и патогенез плацентарной недостаточности;
- 20) Классификация плацентарной недостаточности;
- 21) Клиника и диагностика плацентарной недостаточности;
- 22) Профилактика и лечение плацентарной недостаточности.
- 23) Факторы риска преждевременных родов, патогенез, классификация;
- 24) Клиника и диагностика преждевременных родов;
- 25) Профилактика преждевременных родов;

- 26) Терапия при угрожающих преждевременных родах
 27) Асфиксия новорожденного: оценка состояния новорожденного, степени тяжести асфиксии
 28) Комплекс реанимационных мероприятий при асфиксии новорожденного
 29) ВУИ новорожденного. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
 30) Сепсис новорожденного. Диагностика. Тактика ведения.
 31) Кандидоз новорожденного. Диагностика. Тактика ведения.
 32) Врожденная ЦМВИ. Диагностика. Тактика ведения.
 33) Синдром врожденной краснухи. Диагностика. Тактика ведения.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для собеседования

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 незначительные 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 компетенций*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

- Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)
 Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)
 Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)
 Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и): Новопольцева Е.Г., заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии, д.м.н., доцент; Баскакова Е.Ю., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии, к.м.н.

Дата «_25_» мая 2022 г.