

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

НЕОНАТОЛОГИЯ

Специальность 31.08.18 **НЕОНАТОЛОГИЯ**
код, наименование

Кафедра: факультетской и поликлинической педиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2022

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неонатология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неонатология». 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 дисциплине «Неонатология» используются следующие оценочные средства:

№ 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	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Текущий,	Раздел 1. Медико-организационные вопросы оказания медицинской помощи новорожденным детям	Ситуационные задачи Тестовые задания
		Раздел 2. Физиология и патология доношенного новорожденного ребенка	
		Раздел 3. Физиология и патология недоношенного ребенка	
		Раздел 4. Неотложные состояния в неонатологии	
		Раздел 5. Клиника и диагностика неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства	
		Раздел 6. Респираторная терапия	
	Промежуточный	Все темы разделов	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Раздел 1. Медико-организационные вопросы оказания медицинской помощи новорожденным детям

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНЕ?</p> <p>А) младенческая смертность Б) уровень рождаемости В) уровень смертности Г) количество врачей на душу населения</p>
<p>2. КАКОЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЕТ РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В СТРУКТУРЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ НИЗКОМ ЕЕ УРОВНЕ?</p> <p>А) 70-75% Б) 45-50% В) 30-40% Г) 10-20%</p>
<p>3. ПОД НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОЛНЫХ</p> <p>А) 28 суток жизни из 1000 живорожденных Б) 28 суток жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми В) 30 суток жизни из 1000 живорожденных Г) 30 суток жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>
<p>4. ПОД РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОЛНЫХ</p> <p>А) 7 суток жизни из 1000 живорожденных Б) 7 суток жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми В) 3 суток жизни из 1000 живорожденных Г) 3 суток жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми</p>
<p>5. ПОД ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ТЕЧЕНИЕ 2-4-Й НЕДЕЛИ ЖИЗНИ</p> <p>А) из 1000 живорожденных Б) из 1000 умерших в течение первого года жизни В) из 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми Г) из 1000 детей, умерших в течение первой недели жизни</p>
<p>6. УРОВЕНЬ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО</p> <p>А) недоношенных детей Б) переношенных детей В) незрелых детей Г) детей, "маленьких к гестационному возрасту"</p>
<p>7. НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ С</p> <p>А) момента родов и до 28 полных дней жизни Б) 28 недель беременности и заканчивается через 7 суток жизни В) 22 недель беременности и до 168 часов жизни</p>

<p>Г) рождения и до 168 часов после родов</p> <p>8. МЕРТВОРОЖДЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ МОМЕНТ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛОДА ОТ ОРГАНИЗМА МАТЕРИ ПОСРЕДСТВОМ РОДОВ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 22 НЕДЕЛИ И БОЛЕЕ ПРИ МАССЕ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО 500 ГРАММ И БОЛЕЕ, ПРИ ДЛИНЕ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО 25 СМ И БОЛЕЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ У НОВОРОЖДЕННОГО</p> <p>А) всех признаков живорождения Б) дыхания В) сердцебиения Г) пульсации пуповины</p>
<p>9. РЕГИСТРАЦИИ В ОРГАНАХ ЗАГС ПОДЛЕЖАТ НОВОРОЖДЕННЫЕ, РОДИВШИЕСЯ</p> <p>А) живыми и мертвыми с массой тела 500 грамм и более (или если масса тела при рождении неизвестна при длине тела 25 см и более или сроком беременности 22 недели и более), Б) живыми с массой тела 500 грамм и более (или если масса тела при рождении неизвестна при длине тела 25 см и более или сроком беременности 22 недели и более) и прожившие 7 суток В) живыми с массой тела 1000 грамм и более (при сроке беременности 28 недель и более), прожившие 7 суток Г) живыми с массой тела 1000 грамм и более (при сроке беременности 28 недель и более)</p>
<p>10. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА УМЕРШИХ</p> <p>А) с 22 недель беременности, в период родов и в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми $\times 1000$ Б) с 28 недель беременности, в период родов и в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми $\times 1000$ В) в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми $\times 1000$ Г) в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми $\times 1000$</p>
<p>11. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ?</p> <p>А) руки персонала Б) продукты питания В) белье Г) предметы ухода</p>
<p>12. ФОРМА №058/У ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, А ИМЕННО</p> <p>А) экстренным извещением об инфекционном заболевании Б) историей развития ребёнка В) медицинской картой ребёнка Г) журналом учёта профилактических прививок</p>
<p>13. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ НЕОБХОДИМО ПОСЛАТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ</p> <p>А) 12 часов Б) 3 часов В) 6 часов Г) 1 часа</p>

<p>14. КАК ЧАСТО ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ СМЕНА ИНКУБАТОРА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ</p> <p>А) 1 раз в 3 дня Б) 1 раз в неделю В) 1 раз в 10 дней Г) 1 раз в 2 недели</p>
<p>15. ПРОФИЛАКТИКУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОБЕСПЕЧИВАЕТ</p> <p>А) правильная обработка рук персоналом Б) соблюдение цикличности заполнения палат В) регулярная смена халатов персонала Г) адекватная текущая обработка палат</p>
<p>16. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ</p> <p>А) грамотрицательную флору Б) грибковую инфекцию В) атипичную флору Г) респираторные вирусы</p>
<p>17. ПОКАЗАНИЯ К ВЫЗОВУ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ТРАНСПОРТИРОВКЕ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>А) тяжелая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность не поддающиеся лечению Б) острые респираторные вирусные инфекции В) локализованные гнойные инфекции кожи Г) пороки развития челюстно-лицевой системы («волчья пасть», «заячья губа»)</p>
<p>18. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕВОДУ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) резко выраженные нарушения функции жизненно важных органов, коррекция которых возможна только с помощью специальных методов интенсивной терапии Б) наличие у ребенка симптомов дыхательной недостаточности В) наличие у ребенка симптомов сердечной недостаточности Г) наличие у ребенка симптомов надпочечниковой недостаточности</p>
<p>19. ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА В СТАЦИОНАР ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <p>А) заведующий отделением новорожденных родильного дома Б) главный врач родильного дома В) заведующий отделением новорожденных стационара Г) главный врач стационара</p>
<p>20. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ТРАНСПОРТИРОВКИ:</p> <p>А) все перечисленные Б) оценить стабильность состояния В) сообщить матери о переводе ребенка, показать ребенка Г) тщательный мониторинг ребенка во время транспортировки</p>
<p>21. ЗАДАЧАМИ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) все перечисленные Б) оказание консультативной и реанимационной помощи новорожденным детям в акушерских и лечебных стационарах В) оказание реанимационной помощи на месте до полной стабилизации состояния и во время транспортировки Г) консультативная помощь врачами по телефону для оказания неотложной помощи новорожденным до приезда бригады</p>

<p>22. НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ТРАНСПОРТИРОВКОЙ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НЕОБХОДИМО ПРОКОНТРОЛИРОВАТЬ</p> <p>А) КОС, уровень гемоглобина, гематокрита и глюкозы Б) уровень гемоглобина, гематокрита В) КОС, уровень гемоглобина Г) КОС</p>
<p>23. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С НОВОРОЖДЕННЫМ</p> <p>А) все перечисленные Б) забота о рациональном питании В) коммуникабельность Г) асептика</p>
<p>24. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С НОВОРОЖДЕННЫМ</p> <p>А) все перечисленные Б) ознакомление с медицинской документацией матери и ребенка В) коммуникабельность Г) асептика</p>
<p>25. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С КОЛЛЕГАМИ</p> <p>А) все перечисленные Б) взаимоуважение В) честность Г) доброжелательность</p>
<p>26. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНА «ЭМПАТИЯ»</p> <p>А) готовность к пониманию психологического состояния другого человека, сопереживанию ему Б) методология защиты человека от человека В) система обязанностей к обществу Г) нет верного ответа</p>

Раздел 2. Физиология и патология доношенного новорожденного ребенка

<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>
<p>1. В КАКОМ ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ ИСЧЕРЧЕННОСТЬ КОЖИ СТОПЫ В НИЖНЕЙ ЕЕ ПОЛОВИНЕ?</p> <p>А) после 32-й недели Б) на 31-й неделе В) на 30-й неделе Г) на 29-й неделе</p>
<p>2. АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>А) соединение аорты и легочной артерии Б) дефект межжелудочковой перегородки В) дефект в межпредсердной перегородке Г) полную форму атриовентрикулярной коммуникации</p>
<p>3. ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В _____ НЕД.</p> <p>А) 38-42 Б) 22-37 В) 28-37 Г) 36-40</p>
<p>4. ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ</p>

<p>А) метаболический ацидоз, катаболическая направленность белкового обмена, гипогликемия</p> <p>Б) метаболический ацидоз, анаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия</p> <p>В) метаболический алкалоз, анаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия</p> <p>Г) метаболический алкалоз, катаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия</p>
<p>5. СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л</p> <p>А) 4,5-5,5</p> <p>Б) 30-40</p> <p>В) 65-75</p> <p>Г) 80-90</p>
<p>6. ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ (ОЦК) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ ____ МЛ/КГ</p> <p>А) 80-90</p> <p>Б) 100-120</p> <p>В) 120-130</p> <p>Г) 140-160</p>
<p>7. У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ЖИЗНИ МИНИМАЛЬНОЙ АДЕКВАТНОЙ СКОРОСТЬЮ ДИУРЕЗА МОЖНО СЧИТАТЬ ____ МЛ/КГ/ЧАС</p> <p>А) 1-3</p> <p>Б) 4-5</p> <p>В) 6-7</p> <p>Г) 8-10</p>
<p>8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) непереносимость йода</p> <p>Б) острая почечная недостаточность</p> <p>В) непереносимость белков коровьего молока</p> <p>Г) нарушение концентрационной способности почек</p>
<p>9. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ</p> <p>А) в первые часы после рождения</p> <p>Б) к концу первого месяца жизни</p> <p>В) в первое полугодие жизни</p> <p>Г) к концу первого года жизни</p>
<p>10. НА КАКИХ ПРИЗНАКАХ, В ОСНОВНОМ, БАЗИРУЕТСЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО В РЕАНИМАЦИИ?</p> <p>А) наличие дыхания, частота сердечных сокращений, цвет кожных покровов и слизистых</p> <p>Б) наличие дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление</p> <p>В) частота сердечных сокращений, величина артериального давления</p> <p>Г) наличие дыхания, реакция на осмотр</p>
<p>11. ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО НЕОНАТОЛОГОМ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) ежедневно, а по клиническими показаниям (при ухудшении состояния ребенка) не реже одного раза в три часа.</p> <p>Б) ежедневно 1 раз в сутки</p> <p>В) через каждые 6 – 7 часов</p> <p>Г) через каждые 12 часов</p>

<p>12. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ВСЕМ ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ</p> <p>А) на 3-4 день жизни Б) в 1 день жизни В) на 2 день жизни Г) на 10 день жизни</p>
<p>13. ТУГОЕ ПЕЛЕНАНИЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА</p> <p>А) гиповентиляцию Б) апноэ В) гипервентиляцию Г) нет правильного ответа</p>
<p>14. СРЕДНЯЯ ДЛИНА ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ</p> <p>А) 50-52 Б) 48-49 В) 45-47 Г) 53-55</p>
<p>15. ПОВЫШЕННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С</p> <p>А) неправильным уходом за слизистой Б) кислой реакцией среды полости рта В) гиперсаливацией в полости рта Г) недостаточной васкуляризацией слизистой</p>
<p>16. КАКОЙ ВИД ВСКАРМЛИВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОПТИМАЛЬНОЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА?</p> <p>А) грудное Б) искусственное неадаптированными смесями В) искусственное смесями, обогащенными минеральными веществами и витаминами Г) смешанное</p>
<p>17. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) фенилкетонурия Б) недоношенность В) гемолитическая болезнь новорожденного Г) оперативное родоразрешение</p>
<p>18. ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ?</p> <p>А) грудном Б) искусственном В) смешанном Г) вид вскармливания не имеет значения</p>
<p>19. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕРОЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ ГРУППЫ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) применение грудного нативного молока Б) назначение ангиопротекторов В) назначение цитостатиков Г) отказ от грудного молока</p>
<p>20. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ</p>

<p>А) бифидум-бактерии Б) ацидофильные палочки В) кишечные палочки Г) энтерококки</p>
<p>21. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ А) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди Б) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди В) уменьшить физические нагрузки матери Г) увеличить физические нагрузки матери</p>
<p>22. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) возникновение первичной ЦМВИ во время беременности Б) реактивация латентной инфекции В) персистенция других герпесвирусных инфекций Г) применение гормональной терапии у беременной</p>
<p>23. ФАКТОРОМ РИСКА ПОТЕРИ СЛУХА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ А) наличие в анамнезе у родственников нейросенсорной тугоухости Б) масса тела < 2500 г В) оценка по Апгар 6/6 баллов Г) наличие симптомокомплекса TORCH-синдрома</p>
<p>24. К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ А) олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт Б) мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз В) протеинурия и лейкоцитурия Г) лейкоцитурия и мочекислый инфаркт</p>
<p>25. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ _____ ЖИЗНИ А) 28 суток Б) 56 суток В) 6 месяцев Г) 1 года</p>
<p>26. ЛЕВОТИРОКСИН НАТРИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРИОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ _____ МКГ/КГ/СУТ А) 10,0 - 15,0 Б) 15,0 - 20,0 В) 25,0 - 30,0 Г) 30,0 - 50,0</p>
<p>27. РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО А) 340 мкмоль/л и более Б) 250-300 мкмоль/л В) 170-250 мкмоль/л Г) менее 170 мкмоль/л</p>
<p>28. КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ? А) открытый артериальный проток Б) коарктация аорты В) аномальный дренаж легочных вен</p>

Г) дефект межжелудочковой перегородки
29. СУБДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРОИСХОДЯТ У
А) доношенных с большой массой тела
Б) переносных с внутриутробной гипотрофией
В) доношенных с внутриутробной гипотрофией
Г) доношенных со средними массо-ростовыми показателями
30. У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ
А) отек мозга
Б) перивентрикулярная лейкомаляция
В) менингоэнцефалит
Г) субдуральное кровоизлияние
31. КАКОЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
А) транспозиция магистральных сосудов
Б) открытый артериальный проток
В) дефект межпредсердной перегородки
Г) дефект межжелудочковой перегородки
32. ИЗ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ
А) врожденный вывих бедра
Б) пороки развития отдельных костей
В) врожденные хондро- и остеодисплазии
Г) наследственные заболевания группы «Osteogenesis Imperfecta»
33. КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО "ВХОДНЫМ ВОРОТАМ"?
А) пупочный
Б) кишечный
В) кожный
Г) отогенный
34. ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А) выраженное/нарастающее вздутие живота
Б) запавший живот
В) копростаз
Г) тромбоцитоз

Раздел 3. Физиология и патология недоношенного ребенка

Тестовые задания с вариантами ответов
1. НЕДОНОШЕННЫМ МОЖНО СЧИТАТЬ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ
А) с весом 2300, ростом 45 см, при сроке гестации 36 недель, с распространенными милиа, пастозностью подкожной клетчатки, выраженной физиологической эритемой, мягкими ушными раковинами
Б) с весом 2500, ростом 47 см, при сроке гестации 39 недель, с пастозностью подкожной клетчатки и выраженной физиологической эритемой
В) с весом 2300, ростом 51 см, при сроке гестации 40 недель, с пастозностью подкожной клетчатки и ярко выраженной физиологической эритемой
Г) с весом 2300, ростом 51 см, при сроке гестации 39 недель, с пастозностью подкожной клетчатки

2. КАКИЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МОЖНО РАСЦЕНИВАТЬ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ НОРМУ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА?

- А) дыхательная аритмия
- Б) мерцательная аритмия
- В) брадикардия менее 100 ударов в минуту
- Г) тахикардия выше 160 ударов в минуту

3. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- А) Балларда
- Б) Сильвермана
- В) Доунса
- Г) Дементьевой

4. К НЕДОНОШЕННЫМИ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО _____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

- А) 37
- Б) 38
- В) 39
- Г) 40

5. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМ И ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ ПРОВОДИТСЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

- А) к моменту выписки из стационара
- Б) на 2 день жизни
- В) на 3-4 день жизни
- Г) на 3-4 день жизни

6. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

- А) пиодермия
- Б) флегмона
- В) остеомиелит
- Г) рожистое воспаление

7. НЕОЩУТИМЫЕ ПОТЕРИ ЖИДКОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВЫШЕ, ЧЕМ У ДОНОШЕННЫХ ВСЛЕДСТВИЕ:

- А) всех перечисленных факторов
- Б) большей поверхности тела на кг веса
- В) особенности строения кожи
- Г) более обильной васкуляризации кожи

8. КАК ЧАСТО ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ СМЕНА ИНКУБАТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ?

- А) 1 раз в 3 дня
- Б) 1 раз в неделю
- В) 1 раз в 10 дней
- Г) 1 раз в 2 недели

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ СПОСОБ РАСЧЕТА ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ

- А) калорийный
- Б) объемный
- В) по формуле Шкарина
- Г) по формуле Зайцевой

<p>10. ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА 1500 Г В ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ЖИЗНИ ТЕМПЕРАТУРУ В КЮВЕЗЕ НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖИВАТЬ В ПРЕДЕЛАХ _____ °С</p> <p>А) 35-36 Б) 37-38 В) 32-34 Г) 30-31</p>
<p>11. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЛИНА ЗОНДА ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?</p> <p>А) от переносицы до мечевидного отростка грудины Б) от мочки уха до пупка В) от верхней губы до мечевидного отростка грудины Г) от переносицы до желудка</p>
<p>12. КАКИЕ ПРИЧИНЫ ОБУСЛОВЛИВАЮТ ТРУДНОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ОСОБЕННО В ПЕРВЫЕ 2 НЕДЕЛИ ЖИЗНИ:</p> <p>А) все ответы правильные Б) незрелость пищеварительной системе В) незрелость нервной системы Г) сопутствующие заболевания</p>
<p>13. ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТЕ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖНА ПОДДЕРЖИВАТЬСЯ В ПРЕДЕЛАХ:</p> <p>А) 22-24 С Б) 25-26 С В) 18-20 С Г) 26-28 С</p>
<p>14. В КАКИЕ ДНИ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ БИЛИРУБИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?</p> <p>А) 5-6-й день Б) 1-2-й день В) 3-4-й день Г) 7-8-й день</p>
<p>15. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРИ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО</p> <p>А) с относительной незрелостью конъюгирующих ферментов и экскреторной функцией Б) с нарушением конъюгирующей функцией гепатоцитов В) с нарушением экскреторной функцией гепатоцитов Г) с нарушением проходимости желчевыводящих путей</p>
<p>16. ОЦЕНКУ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА (СДР) У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ</p> <p>А) по шкале Сильвермана Б) по шкале Апгар В) по шкале Баллард Г) по шкале Апгар и Сильвермана вместе</p>
<p>17. НЕДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ С БОЛЕЗНЬЮ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ PAO_2 ЦЕЛЕСООБРАЗНО УВЕЛИЧИТЬ</p> <p>А) положительное давление в конце выдоха Б) концентрацию кислорода в газовой смеси В) частоту дыхания Г) максимальное давление на вдохе</p>

<p>18. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ</p> <p>А) вторичные приступы асфиксии Б) локальные хрипы В) шум трения плевры Г) укорочение легочного звука</p>
<p>19. РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В</p> <p>А) сетчатке и стекловидном теле Б) мышцах, регулирующих движение глазного яблока В) костной ткани черепа Г) мышцах лица и шеи</p>
<p>20. НА КАКОМ ДЕНЬ ЖИЗНИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПНЕВМОНИЯ?</p> <p>А) 5-6 Б) 1-2 В) 3-4 Г) 7-8</p>
<p>21. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?</p> <p>А) обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия) Б) пренатальное поражение ЦНС В) асфиксия Г) внутричерепная родовая травма</p>
<p>22. ГИПЕРТЕРМИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) гнойном менингите Б) некротизирующем энтероколите В) сепсисе Г) очаговой бронхопневмонии</p>
<p>23. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА?</p> <p>А) апноэ Б) тахикардия В) тремор конечностей Г) одышка</p>

Раздел 4. Неотложные состояния в неонатологии

<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>
<p>1. ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕЗМЕРНЫХ ДОЗ АДРЕНАЛИНА ИЛИ БЫСТРОГО ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ?</p> <p>А) внутричерепное кровоизлияние Б) резкая брадикардия В) хроническая патология легких Г) артериальная гипотензия</p>

<p>2. КАКАЯ СХЕМА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМА В СИТУАЦИИ, ЕСЛИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ИНТОКСИКАЦИЯ, ПНЕВМОНИЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, НА КОЖЕ СПИНЫ, ЖИВОТА, СЛИЗИСТЫХ ИМЕЮТСЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ</p> <p>А) ампициллин + гентамицин Б) ампициллин+ сульфаниламиды В) викасол + дицинон Г) цефалексин + гентамицин</p>
<p>3. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) свежезамороженную плазму и викасол Б) антикоагулянты В) антиагреганты Г) витамины С и Е</p>
<p>4. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>А) препараты сурфактанта Б) оксигенотерапию В) кортикостероидную терапию Г) антибиотикотерапию</p>
<p>5. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПАМИНА В ДОЗЕ 2,0-5,0 МКГ/КГ/МИН ОСНОВНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ, У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) увеличение диуреза Б) тахикардия В) артериальная гипертензия Г) гипергликемия</p>
<p>6. СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ПРИ _____ СУДОРОГАХ</p> <p>А) гипомагниемических Б) гипогликемических В) гипокальциемических Г) обусловленных гипоксически-ишемической энцефалопатией</p>
<p>7. СУЛЬФАТ МАГНИЯ КАК ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ СРЕДСТВО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДОЗЕ ___ МГ/КГ МАССЫ В СУТКИ</p> <p>А) 50 Б) 100 В) 30 Г) 10</p>
<p>8. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) кофеин Б) этимизол В) эуфиллин Г) преднизолон</p>
<p>9. В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРДИОТОНИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ НАЛИЧИИ</p> <p>А) асимметричной гипертрофической кардиомиопатии Б) функционирующем артериальном протоке В) транзиторной дисфункции миокарда</p>

<p>Г) врожденных пороках сердца</p> <p>10. ПОЧЕМУ БИКАРБОНАТ НАТРИЯ, ВВЕДЕННЫЙ ВНУТРИВЕННО, МОЖЕТ БЫТЬ ВРЕДЕН, ЕСЛИ В ХОДЕ РЕАНИМАЦИИ ЕГО НАЗНАЧИЛИ БЕЗ ДОЛЖНЫХ ПОКАЗАНИЙ?</p> <p>А) бикарбонат ведет к дополнительной продукции двуокси углерода Б) бикарбонат ведет к чрезмерному накоплению кислоты В) гипотонический бикарбонат является агрессивным для дыхательных путей Г) натрий может превратиться кристаллы соли, которые способны блокировать кровеносные сосуды</p>
<p>11. ТЯЖЕЛАЯ АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ АПГАР ___ БАЛЛАМ</p> <p>А) 1-3 Б) 4-5 В) 5-6 Г) 6-7</p>
<p>12. ПО КАКОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ И ДЕЛАЮТ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О НАЛИЧИИ И ТЯЖЕСТИ АСФИКСИИ</p> <p>А) Апгар Б) Сильвермана В) Дементьевой Г) Доунса</p>
<p>13. В ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НОВОРОЖДЕННОМУ, РОДИВШЕМОУ С ЕДИНИЧНЫМИ СЕРДЦЕБИЕНИЯМИ ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬ УЧАСТИЕ ___ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКА</p> <p>А) 3 Б) 1 В) 2 Г) 4</p>
<p>14. НА КАКИХ ПРИЗНАКАХ, В ОСНОВНОМ, БАЗИРУЕТСЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО В РЕАНИМАЦИИ?</p> <p>А) наличие дыхания, частота сердечных сокращений, цвет кожных покровов и слизистых Б) наличие дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление В) частота сердечных сокращений, величина артериального давления, цвет кожных покровов и слизистых Г) наличие дыхания, цвет кожных покровов и слизистых, реакция на осмотр</p>
<p>15. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ РЕАНИМАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ 30 СЕКУНД, ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВИЛО 55 УДАРОВ В 1 МИНУТУ.</p> <p>А) начать непрямой массаж сердца, продолжая вентиляцию под Б)положительным давлением В)провести тактильную стимуляцию ребенка Г) провести только непрямой массаж сердца</p>
<p>16. ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ, СЛЕДУЕТ</p> <p>А) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски</p>

<p>Б) оценить цвет кожных покровов В) оценить частоту сердечных сокращений Г) ввести зонд в желудок и удалить его содержимое</p>
<p>17. ПОКАЗАНИЯМИ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ПРИ УСЛОВИИ ЗАВЕРШЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (ВЫСУШИВАНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, САНАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ), ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) отсутствие самостоятельного дыхания, брадикардия менее 100 ударов в минуту Б) цианоз губ и слизистой ротовой полости, брадикардия менее 100 ударов в минуту В) цианоз губ и слизистой ротовой полости, судорожное дыхание Г) резкая бледность кожных покровов, судорожное дыхание</p>
<p>18. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ВТОРИЧНОЙ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p> <p>А) восстановлении свободной проходимости дыхательных путей, вспомогательной масочной ИВЛ, а при отсутствии эффекта интубации трахеи и проведении аппаратной ИВЛ Б) поднятии головного конца кровати и обеспечении адекватной оксигенации В) немедленной интубации трахеи и начале аппаратной ИВЛ Г) помещении ребенка в кислородную палатку, опускании головного конца кровати и назначении дыхательных analeптиков</p>
<p>19. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НАЧИНАЮТ С ПРОВЕДЕНИЯ</p> <p>А) восстановления свободной проходимости дыхательных путей Б) искусственной вентиляции легких В) внутривенного введения дыхательных analeптиков Г) непрямого массажа сердца</p>
<p>20. У НОВОРОЖДЕННОГО ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ, ДАЛЕЕ СЛЕДУЕТ:</p> <p>А) оценить частоту сердечных сокращений Б) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску В) оценить цвет кожных покровов Г) удалить содержимое желудка</p>
<p>21. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ АДРЕНАЛИН В ДОЗЕ</p> <p>А) 0,1 - 0,3 мл/кг раствора в разведении 1: 10 000 Б) 1- 3 мл мл/кг раствора в разведении 1:10 000 В) 0,1 - 0,3 мл/кг раствора в разведении 1:1000 Г) 1 - 3 мл/кг раствора в разведении 1:1000</p>
<p>22. НАЧАЛЬНЫЕ ЭТАПЫ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В</p> <p>А) поддержании нормальной температуры тела новорожденного; придании положения на спине; обеспечении проходимости дыхательных путей; тактильной стимуляции, оценки дыхания и числа сердечных сокращений Б) тактильной стимуляции, ингаляции кислорода, обеспечении проходимости дыхательных путей В) согревании ребенка, ингаляции кислорода, оценке дыхания, тактильной стимуляции Г) ингаляции кислорода, оценке дыхания, тактильной стимуляции, ингаляции кислорода</p>

<p>23. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) прямая гипербилирубинемия Б) гемолитическая болезнь новорожденного В) физиологическая желтуха Г) синдром Криглера-Найяра</p>
<p>24. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ</p> <p>А) ДВС-синдроме Б) врожденном гипотиреозе В) диабетической эмбриофетопатии Г) тяжелой гипербилирубинемии</p>
<p>25. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ САМЫМ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) внутривенное введение жидкости Б) назначение дигоксина В) введение адреналина Г) назначение кортикостероидных гормонов</p>
<p>26. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ДЫХАНИЯ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ВЫДОХЕ В ЛЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) пневмоторакс Б) респираторный дистресс-синдром 1-го типа В) респираторный дистресс-синдром 2-го типа Г) синдром аспирации мекония</p>
<p>27. ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ТРУБКУ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ</p> <p>А) на 2 см ниже голосовых связок Б) на 3 см ниже голосовых связок В) на 4 см ниже голосовых связок Г) до упора в бифуркацию трахеи</p>
<p>28. ПРАВИЛЬНАЯ ГЛУБИНА НАДАВЛИВАНИЯ НА ГРУДИНУ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА РАВНЯЕТСЯ</p> <p>А) одной трети переднезаднего диаметра грудной клетки Б) одной четверти переднезаднего диаметра грудной клетки В) половине переднезаднего диаметра грудной клетки Г) три четверти переднезаднего диаметра грудной клетки</p>
<p>29. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ У РЕБЕНКА, КОТОРОМУ ПРОВОДИЛИ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ МЕШКОМ И МАСКОЙ И НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ЭКСКУРСИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕДОСТАТОЧНЫ, А ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВЛЯЕТ 4 УДАРА ЗА 6 СЕКУНД</p> <p>А) необходимость интубации трахеи, катетеризации вены пуповины и введение адреналина Б) продолжить вентиляцию мешком и увеличить частоту компрессии грудной клетки В) увеличить положительное давление на вдохе Г) необходимость интубации трахеи и продолжить непрямой массаж сердца</p>
<p>30. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВРАЧА ПРИ РАЗВИТИИ У РЕБЕНКА НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ</p> <p>А) выполнение плевральной пункции и активный дренаж плевральной полости Б) ингаляцию 100% кислорода</p>

<p>В) методику СДППД Г) пункцию плевральной полости и однократное удаление из нее воздуха шприцем</p>
<p>31. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ А) снижение сократимости сердца Б) неадекватное распределение внутрисосудистого объема В) недостаточный объем крови Г) препятствие кровотоку</p>
<p>32. КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ А) регулярное и эффективное дыхание, число сердцебиений более 100 в 1 минуту Б) изменение цвета кожи, появление гримасы на лице В) появление спонтанных вдохов, число сердцебиений 100 в минуту Г) слабое, нерегулярное дыхание, число сердцебиений более 80 в минуту</p>
<p>33. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) возрастание числа сердцебиений более 100 ударов в 1 мин. Б) хорошо видимая экскурсия грудной клетки, В) изменение цвета кожных покровов Г) повышение показателей сатурации кислорода</p>
<p>34. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ И ГАЗОВ КРОВИ ОТМЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ? А) метаболический ацидоз Б) гипоксемия В) гиперкапния Г) метаболический алкалоз</p>
<p>35. КАКОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИМЕНЕН ПЕРВЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА? А) обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в Б) вертикальном положении В) обзорная рентгенография брюшной полости в горизонтальном положении Г) исследование желудка и кишечника с йодлиполем или бариевой взвесью ирригоскопия</p>
<p>36. О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО ДВУХ ДНЕЙ, РОДИВШЕГОСЯ С МАССОЙ 4200 Г, У КОТОРОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ДВИЖЕНИИ ПРАВОЙ РУКИ, ОТСУТСТВИЕ РЕФЛЕКСА МОРО СПРАВА, ОТЕК И КРЕПИТАЦИЯ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ: А) перелом ключицы Б) перелом плечевой кости В) парез Дюшена -Эрба Г) церебральная ишемия</p>
<p>37. 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</p>
<p>38. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ АТРЕЗИЮ ПИЩЕВОДА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ?</p>

<p>А) пенистое отделяемое на губах Б) вздутие живота В) рвота с примесью желчи и крови Г) отсутствие стула</p>
<p>39. КАКОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИМЕНЕН ПЕРВЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА? А) обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении Б) ирригоскопия В) исследование желудка и кишечника с йодолиполом или бариевой взвесью</p>
<p>40. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА? А) судороги Б) гипорефлексия В) гипертермия Г) адинамия</p>
<p>41. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГИПОМАГНИЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО? А) возбуждение ЦНС Б) угнетение ЦНС В) угнетение дыхания Г) одышка</p>
<p>42. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С КОНЪЮГАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУМИНИЕЙ? А) неврологическая симптоматика Б) интенсивность желтухи В) концентрация билирубина в сыворотке крови Г) окраска стула и мочи</p>
<p>43. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ЦНС МОЖНО ОТНЕСТИ А) все перечисленное Б) гидроцефалия, микроцефалия В) папиллома сосудистого сплетения Г) дефекты нервной трубки</p>
<p>44. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРТЕРМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 2000 ГРАММ А) гнойный менингит Б) сепсис В) кишечную инфекцию Г) пневмонию</p>
<p>45. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ А) подозрение на менингит Б) подозрение на внутричерепное кровоизлияние В) гипертензионно-гидроцефальный синдром Г) отек мозга</p>

<p>46. ГИПЕРТЕРМИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>А) гнойном менингите Б) некротизирующем энтероколите В) сепсисе Г) очаговой бронхопневмонии</p>
<p>47. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛОВЛЕН</p> <p>А) гипогликемией Б) асфиксией В) родовой травмой Г) гипербилирубинемией</p>
<p>48. СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л</p> <p>А) 4,5-5,5 Б) 3,0-4,0 В) 6,5-7,5 Г) 8,0-9,0</p>
<p>49. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ВОЗНИКАЕТ ПРИ МИНИМАЛЬНОМ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ _____ ММОЛЬ/Л</p> <p>А) 2,6 Б) 3,3 В) 2,75 Г) 0,5</p>
<p>50. КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ</p> <p>А) увеличением потребности мозга в кислороде Б) резким увеличением метаболизма глюкозы В) повышением внутричерепного давления Г) повышением артериального давления</p>

Раздел 5. Клиника и диагностика неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1) КАКОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИМЕНЕН ПЕРВЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА?</p> <p>А) обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении Б) обзорная рентгенография брюшной полости в горизонтальном положении В) исследование желудка и кишечника с йодлиполем или бариевой взвесью Г) ирригоскопия</p>
<p>2) О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО ДВУХ ДНЕЙ, РОДИВШЕГОСЯ С МАССОЙ 4200 Г, У КОТОРОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ДВИЖЕНИИ ПРАВОЙ РУКИ, ОТСУТСТВИЕ РЕФЛЕКСА МОРО СПРАВА, ОТЕК И КРЕПИТАЦИЯ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ:</p> <p>А) перелом ключицы Б) перелом плечевой кости В) парез Дюшена - Эрба Г) церебральная ишемия</p>

<p>3) КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АТРЕЗИИ ХОАН</p> <p>А)затрудненное носовое дыхание сразу после рождения Б)периодическое нарушение дыхания В)поперхивание при кормлении Г) все перечисленные симптомы</p>
<p>4) КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ АТРЕЗИЮ ПИЩЕВОДА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ?</p> <p>А)пенистое отделяемое на губах Б)вздутие живота В)рвота с примесью желчи и крови Г)отсутствие стула</p>
<p>5) КАКОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИМЕНЕН ПЕРВЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА?</p> <p>А)обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении Б)ирригоскопия В)исследование желудка и кишечника с йодолиполом или бариевой взвесью</p>
<p>6. ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ _____ ЖИЗНИ</p> <p>А) 28 суток Б) 56 суток В) 6 месяцев Г) 1 года</p>
<p>7. КАКОЙ ИЗ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ СТРУКТУРОЙ?</p> <p>А) открытый артериальный проток Б) коарктация аорты В) аномальный дренаж легочных вен Г) дефект межжелудочковой перегородки</p>
<p>8. В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНАЯ РВОТА ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ?</p> <p>А) через 2-3 недели после рождения Б) на 2-е сутки В) через 40 дней Г) срок не имеет значения</p>
<p>9. ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПОКАЗАНА В ТЕЧЕНИЕ</p> <p>А) 2-3 недели Б) 3-7 дней В) 10-12 дней Г) 1-1.5 месяца</p>
<p>10.ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. пороки развития, вызывающие сдавление просвета кишечника Б. родовая травма В.недоношенность Г. многоводие</p>

<p>11. ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А.аномалии ротации и фиксации кишечника Б.недоношенность В.многоводие Г. родовая травма</p>
<p>12. ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. муковисцидоз Б.родовая травма В.многоводие Г.маловесность к сроку гестации</p>
<p>13. ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. нарушение иннервации кишечника Б. родовая травма В. многоводие Г. маловесность к сроку гестации</p>
<p>14. ПРИ УЗИ ПЛОДА ВЫЯВИЛИ СИНДРОМ «ДВОЙНОГО ПУЗЫРЯ» (“double-bubble”). КАКОЙ ДИАГНОЗ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ?</p> <p>А. непроходимость 12-перстной кишки Б. непроходимость тощей кишки В. непроходимость подвздошной кишки Г. непроходимость желудка</p>
<p>15. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ?</p> <p>А. золотистый стафилококк Б. вирус гриппа В. Простейшие Г. сапрофитная флора новорожденного</p>
<p>16. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕСТНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ФЛЕГМОНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>А. задняя поверхность тела Б. околопупочная область В. шея Г. лицо</p>
<p>17. С КАКИМ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННЫХ:</p> <p>А. подкожный адипозонекроз Б. эксфолиативный дерматит В. врожденный ихтиоз Г. отек Квинке</p>
<p>18. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ФЛЕГМОНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. линейные разрезы в шахматном порядке длиной 1 – 1,5 сантиметра Б. окаймляющий разрез В. звёздчатый разрез Г. лампасные разрезы</p>
<p>19. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МАСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ: - А. абсцесс кожи в области грудной железы Б. эксфолиативный дерматит В. разрыв грудной мышцы</p>

Г. везикуллопустулёз
20. КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВУЮ ТЕРАТОМУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С: А. спинно-мозговой грыжей Б. лимфангиомой В. Гемангиомой Г. липомой
21. КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЫ КОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО У НОВОРОЖДЕННЫХ? А. эпифизы Б. диафизы В. Метафизы Г. все отделы кости
22. УКАЖИТЕ ГРУППУ РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА А. наличие двух газовых пузырей и двух уровней жидкости, затемнение нижней половины брюшной полости - пневматоз кишечника Б. повышенное газонаполнение петель тонкой кишки В. свободный газ под куполом диафрагмы

Раздел 6. Респираторная терапия

Тестовые задания с вариантами ответов
1. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ А) неэффективная или продолжительная вентиляция мешком и маской Б) мекониальная окраска околоплодных вод при рождении, у активного ребенка В) подозрение на атрезию пищевода Г) подозрение на транспозицию магистральных сосудов сердца
2. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ ПРОТОЧНОНАПОЛНЯЮЩЕГОСЯ МЕШКА? А) может использоваться для подачи кислорода в режиме свободного тока Б) не требует плотного контакта между лицом и маской для вспомогательной вентиляции В) наполняется без источника сжатого газа Г) требует наличия кислородного резервуара
3. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ВЛИЯЕТ НА ВЕЛИЧИНУ ДАВЛЕНИЯ, СОЗДАВАЕМОГО САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕШКОМ? А) присутствие кислородного резервуара Б) параметр установки клапана сброса (ограничения) давления В) утечка воздуха между маской и личиком новорожденного Г) давление, используемое для сжатия мешка
4. ПРИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ТРУБКУ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ А) на 2 см ниже голосовых связок Б) на 3 см ниже голосовых связок В) на 4 см ниже голосовых связок Г) до упора в бифуркацию трахеи

<p>5. ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ ПРИ НЕУДАЧНОЙ ПОПЫТКЕ ИНТУБАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО, КОГДА МАКСИМАЛЬНЫЙ ЛИМИТ ВРЕМЕНИ ИСЧЕРПАН?</p> <p>А) начать вентиляцию мешком и маской 100% кислородом Б) оценить дыхательные усилия В) снова попытаться провести интубацию Г) стимулировать новорожденного</p>
<p>6. ПОПЫТКИ ИНТУБАЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОГРАНИЧЕНЫ ВО ВРЕМЕНИ ___ СЕКУНДАМИ</p> <p>А) 20 Б) 10 В) 30 Г) 40</p>
<p>7. ДИАМЕТР ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МАССОЙ ТЕЛА 3600 Г РАВЕН ___ ММ</p> <p>А) 4,0 Б) 3,5 В) 3,0 Г) 2,5</p>
<p>8. КАКОЙ ОБЪЕМ САМОРАСПРАВЛЯЮЩЕГОСЯ МЕШКА В ___ МЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЕНТИЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ</p> <p>А) 240 Б) 500 В) 750 Г) 1000</p>
<p>9. ДИАМЕТР ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С МАССОЙ ТЕЛА 2000-3000 Г РАВЕН ___ ММ</p> <p>А) 3,5 Б) 2,5 В) 3,0 Г) 4,0</p>
<p>10. ДЛЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>А) все перечисленное Б) назальные канюли, назальный катетер В) маска, кислородная палатка Г) инкубатор</p>
<p>11. ОБЪЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) наблюдение за видимыми движениями грудной клетки Б) отклонение стрелки манометра, превышающее отметку 30 см водного столба В) выслушивание дыхания Г) наблюдение за улучшением цвета кожных покровов</p>
<p>12. КАКУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ?</p> <p>А) 90-100% Б) 70-80% В) 50-60% Г) 30-40%</p>

13. КАКИЕ МАКСИМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЯ В ___ СМ ВОДНОГО СТОЛБА ДОПУСТИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЫХАНИЯ ПОД ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АСПИРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ?

- А) 4-6
- Б) 2-3
- В) 8-10
- Г) 10-12

14. МЕТОД СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ ПОД ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- А) с массой тела менее 1200-1500 г
- Б) «маленьких» к сроку гестации
- В) от матерей с сахарным диабетом
- Г) переносенных

15. КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ВОЗДУШНОЙ СМЕСИ, ПОДАВАЕМОЙ РЕБЕНКУ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ САМОРАСПРАВЛЯЮЩЕГОСЯ МЕШКА БЕЗ КИСЛОРОДНОГО РЕЗЕРВУАРА, СОЕДИНЕННОГО С ИСТОЧНИКОМ 100% КИСЛОРОДА СОСТАВЛЯЕТ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

- А) 40%
- Б) 21%
- В) 30 %
- Г) 90-100%

16. КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ САМОРАСПРАВЛЯЮЩЕГОСЯ МЕШКА, СОЕДИНЕННОГО С ИСТОЧНИКОМ 100% КИСЛОРОДА, ПРИ УСЛОВИИ ПРИСОЕДИНЕНИЯ К НЕМУ КИСЛОРОДНОГО РЕЗЕРВУАРА, СОСТАВЛЯЕТ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

- А) 90-100%
- Б) 60%
- В) 40%
- Г) 30 %

17. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ДЫХАНИЯ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ВЫДОХЕ В ЛЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пневмоторакс
- Б) респираторный дистресс-синдром 1-го типа
- В) респираторный дистресс-синдром 2-го типа
- Г) синдром аспирации мекония

18. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НОВОРОЖДЕННОМУ С БОЛЕЗНЬЮ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ PaO_2 ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ УВЕЛИЧИТЬ

- А) положительное давление в конце выдоха
- Б) максимальное давление на вдохе
- В) частоту дыхания
- Г) концентрацию кислорода в газовой смеси

19. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) $PaCO_2$
- Б) частота дыхания
- В) минутный объем дыхания
- Г) дыхательный объем

<p>20. В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ С СИНДРОМОМ АСПИРАЦИИ МЕКОНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ P_{AO2} ЦЕЛЕСООБРАЗНО УВЕЛИЧИТЬ</p> <p>А) концентрацию кислорода Б) частоту дыхания В) положительное давление в конце выдоха Г) максимальное давление на вдохе</p>
<p>21. ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ, СЛЕДУЕТ</p> <p>А) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски Б) оценить цвет кожных покровов В) оценить частоту сердечных сокращений Г) ввести зонд в желудок и удалить его содержимое</p>
<p>22. КАКОЕ ДЕЙСТВИЕ ТРЕБУЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ В СОСТОЯНИИ ВТОРИЧНОГО АПНОЭ</p> <p>А) проведение вентиляции под положительным давлением с использованием кислорода Б) следует обеспечить подачу свободного потока кислорода В) осуществление немедленной интубации трахеи Г) проведение тактильной стимуляции</p>
<p>23. ПОКАЗАНИЯМИ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ПРИ УСЛОВИИ ЗАВЕРШЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (ВЫСУШИВАНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, САНАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ), ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) отсутствие самостоятельного дыхания, брадикардия менее 100 ударов в минуту Б) цианоз губ и слизистой ротовой полости, брадикардия менее 100 ударов в минуту В) цианоз губ и слизистой ротовой полости, судорожное дыхание Г) резкая бледность кожных покровов, судорожное дыхание</p>
<p>24. У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПОСЛЕ 28 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ, ИСКУССТВЕННУЮ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ</p> <p>А) воздухом Б) 30-40% кислородом В) 50-60% кислородом Г) 90-100% кислородом</p>
<p>25. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ ПРИ ПРОЧИХ РАВНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ P_{AO2} МЕНЕЕ ____ ММ РТ. СТ.</p> <p>А) 50 Б) 80 В) 60 Г) 70</p>
<p>26. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ТЕМПЕРАТУРА ГАЗОВОЙ СМЕСИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ °С</p> <p>А) 34-37 Б) 25-30 В) 31-33 Г) 38-40</p>

<p>27. КАКОВЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ЧИСЛО СЕРДЦЕБИЕНИЙ ОСТАЕТСЯ НИЖЕ 100 УДАРОВ В 1 МИН?</p> <p>А) проведение вентиляции под положительным давлением Б) назначение свободного потока кислорода В) проведение дополнительной тактильной стимуляции Г) предотвращение дальнейших потерь тепла</p>
<p>28. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РЕСПИРАТОРНОГО АЦИДОЗА ПРИ ГИПЕРКАПНИИ (РАСО₂ >60 ММ РТ. СТ.) ПОКАЗАНЫ</p> <p>А) искусственная вентиляция легких Б) внутривенная инфузия гидрокарбоната натрия В) назначение дыхательных analeптиков Г) проведение методики спонтанного дыхания под постоянным положительным давлением</p>
<p>29. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) возрастание числа сердцебиений более 100 ударов в 1 мин. Б) хорошо видимая экскурсия грудной клетки В) изменение цвета кожных покровов Г) повышение показателей сатурации кислорода</p>
<p>30. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А) внутриутробная гипоксия Б) инфекционные заболевания матери В) хромосомные аномалии развития плода Г) гемолитическая болезнь новорожденного</p>

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Ф	A/01.8	Способен к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям по профилю «неонатология»
Ф	A/02.8	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	A/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения.
Ф	A/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	A/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Н		01
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 4 суток жизни. Из анамнеза известно: беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных родов, наблюдалось двухкратное обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Масса тела 3450 г, длина - 52 см.</p> <p>Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.</p> <p>Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.</p> <p>Выписан из роддома на 4 сутки с уровнем билирубина 134 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.</p> <p>При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.</p> <p>Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).</p> <p>Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,0x2,0 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул маゼвидный, 4 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку.</p>
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС.</p> <p>Группа здоровья: II.</p>
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.
Э	-	<p>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.</p>
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.

В	3	Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
Э	-	Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление – по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
Э	-	Ребёнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 2 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и непрямого билирубина в динамике по показаниям или использование Билитеста.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
В	5	Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.
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	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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.</p> <p>Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2750 г, длина тела 49 см. Привит по календарю.</p> <p>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.</p> <p>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. Appetit - нарушен.</p> <p>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; До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.</p>
В	1	Оцените критерии здоровья.
Э	-	<p>1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении).</p> <p>2 критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре).</p> <p>3 критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень.</p> <p>4 критерий не отягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий не отягощён, 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
В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

Э	-	<p>Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.</p> <p>Группа здоровья: IV.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	<p>Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.</p>
Э	-	<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 ребёнка;</p> <p>Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;</p> <p>Э – разговаривать с ребёнком 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> <p>Массаж живота по часовой стрелке.</p> <p>Рефлекторное ползание.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний.
Э	-	<p>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.</p> <p>Назначаем Vit D3 в дозе 500 ME 1 раз в сутки.</p>

		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
В	5	Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.
Э	-	БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	03
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
У	-	Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц жизни. Вскармливание – грудное. Мать жалуется, что в последние дни ребенок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Температура нормальная. Контакт с инфекционными больными мать исключает. При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области. Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 36 недель гестации; оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	Диагноз установлен по следующим основаниям: Ребёнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия. Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке). Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенный стул с кислым запахом. Периаанальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
Э	-	Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5). Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (>0,25%).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Сформулируйте рекомендации по лечению.
Э	-	Сохранение и продолжение грудного кормления. Заместительная терапия препаратами лактазы. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлагуленты (препараты семитикона). Местное лечение периаанального дерматита.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
В	5	Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?
Э	-	Индивидуальный подбор дозы путём постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы. Используется при каждом кормлении. Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

Н	-	03
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	-	04
Ф	A/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мать с ребенком в возрасте 3-х недель жизни приехала из сельской местности в город к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку посчитали, что ребёнок болен.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I и II триместрах беременности; на 23-25 неделе гестации у женщины отмечалось повышение температуры, катаральных явлений не было, не лечилась.</p> <p>Роды на 40-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3550 г, длина 53 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, со слов матери и родственников сосёт вяло, активность снижена. Матери 18 лет, заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, крик слабый, реакция на осмотр очень вялая. Масса тела 3540 г; при контрольном кормлении высосал около 63 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 40 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Диффузная мышечная гипотония.</p>
В	1	Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.
Э	-	Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия. Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст.

		Риск частых респираторных заболеваний в периоде социальной адаптации. Риск развития анемии и рахита. Группа социального риска. Группа здоровья III.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребёнку в родильном доме, результаты которых следует уточнить?
Э	-	В первые дни жизни ребёнка в обязательном порядке проводится анализ крови из пятки, это исследование называется «скрининг новорождённого» проводят исследования на наличие как минимум пяти тяжёлых наследственных заболеваний: фенилкетонурия, врождённый гипотиреоз, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз (кистозный фиброз).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	3	Определить степень недостаточности питания у ребёнка.
Э	-	У ребёнка белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) I ст. В зависимости от степени дефицита массы тела различают три степени гипотрофии: - при гипотрофии I степени дефицит массы тела составляет от 10 до 20%; - при гипотрофии II степени дефицит массы тела составляет уже от 20 до 30%; - если дефицит массы тела превышает 30%, то это уже гипотрофия III степени. У пациента имеет место гипотрофия 1 степени (дефицит массы около 11%).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Определите суточный объём питания ребёнку, объём докорма и предпочтения в смесях при назначении докорма.
Э	-	Необходимо проведение контрольного взвешивания ребёнка с последующей коррекцией питания. Суточный объём питания рассчитывается на соответствующую массу тела, которую ребёнок должен иметь по возрасту - 3540,0 г, то есть 1/5 от 3 540,0 - 708,0 (700,0) в сутки; Число кормлений 7 (через 3 часа), на одно кормление - 100,0 мл. При наличии у мамы 70,0 мл грудного молока на кормление, докорм проводится в объёме 30,0 мл на одно кормление. Для докорма используются адаптированные смеси (формула 1) или смеси для маловесных и недоношенных детей. Расчёты основных пищевых веществ рациона больного проводятся исходя из возрастных физиологических норм на 1 кг его массы тела.
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.
Э	-	Витамин Д3 ежедневно по 1000 МЕ. Препараты железа III с 3 месячного возраста из расчёта 2 мг/кг массы тела в сутки. В 3 месяца – повторный контроль периферической крови, мочи. «Д» учёт у врача-невролога. Реабилитация и восстановительное лечение.
P2	-	План профилактических мероприятий составлен верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
Н	-	04
Ф	A/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	05
Ф	B/03.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями с целью установления диагноза и контроля эффективности лечения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Д. в возрасте 5 дней. Из анамнеза известно, что ребёнок от женщины 28 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды срочные, отмечалась слабость родовой деятельности, стимуляция -окситоцином. Первый период - 14 часов, 35 минут, второй - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении 4530 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения ребёнок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объём активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение Сернокислой магнезией, Викасолом, на пятые сутки выписан домой.

		При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность при осмотре. Пупочная ранка сухая, чистая. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под рёберного края на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтый, мазевидный. Окружность головы 37,5 см, большой родничок 2,5×2,5 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма+, но ладонно-ротовой слева -, хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Выражена мышечная дистония, в левой руке тонус снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах, движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +, защитный +, спинальные +.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Родовая травма шейного отдела позвоночника. Парез левой руки.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинической картины заболевания: хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, неправильное положение руки. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцей слева не вызывается.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: рентгенография шейного отдела позвоночника и ключицы.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
Э	-	Показана консультация врача-невролога, врача-хирурга, врача-ортопеда.
P2	-	План обследования специалистами составлен верно
P1	-	План обследования специалистами составлен не полностью
P0	-	План обследования специалистами составлен неверно
В	5	С какого возраста данному ребёнку необходимо начать проведение профилактики рахита?

Э	-	Рекомендуются препараты витамина Д3 с 28 дневного возраста.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	06
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
У	-	<p>На приёме повторно мама с девочкой Л. 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.</p> <p>Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.</p> <p>При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичная лактазная недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной,

		слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миатонический синдром.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
Э	-	- Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); - биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа); - определение уровня экскреции углеводов с калом; - копрологическое исследование; - водородный дыхательный тест; - анализа кала на микрофлору; - УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; - консультация врачом-генетиком.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
Э	-	1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание. 2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула = 7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар». 3) Сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребёнка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребёнку ферментированное молоко. Приложить ребёнка к груди.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.
Э	-	Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клиничко-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	07

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребёнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребёнок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра. Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия. Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: «родовая травма - перелом левой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
Э	-	Рентгенография левой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация верхней левой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	4	Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
Э	-	После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
P2	-	Прогноз верный.

P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
B	5	Укажите методы лечения болевого синдрома.
Э	-	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.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	07
Ф	A/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	B/03.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями с целью установления диагноза и контроля эффективности лечения
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	08
Ф	A/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Первичный патронаж новорождённого. Девочка Н. 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.</p> <p>При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отёчность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжён. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребёнок неохотно и вяло сосёт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по</p>

		краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жёлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха. Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребёнка не проведён. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.
В	1	Ваш предполагаемый диагноз.
Э	-	Период новорождённости. Врождённый гипотиреоз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз врождённого гипотиреоза поставлен на основании: - анамнеза – наличие у матери аутоиммунного тиреоидита; - типичной клинической картины: перенесённая беременность, большая масса тела при рождении, снижение рефлексов, отёчное лицо, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова, не отпавший пупочный остаток, отёки на тыльных поверхностях кистей и стоп, признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, мышечная гипотония, глухость сердечных тонов.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Обоснуйте и составьте план обследования пациента
Э	-	Для окончательной верификации диагноза требуется срочное гормональное обследование - определение в периферической крови уровня ТТГ и свободного Т4, осмотр врачом-эндокринологом, проведение неонатального скрининга в условиях поликлиники.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	4. При обследовании ребёнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребёнка.
Э	-	Указанный уровень ТТГ подтверждает Ds: врождённый гипотиреоз. Сразу же после установления диагноза детям с врождённым гипотиреозом должна быть начата заместительная гормональная терапия L-тироксином, с повторным контрольным гормональным обследованием по назначению врача-эндокринолога.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?
Э	-	Совместное с врачом-эндокринологом диспансерное наблюдение с целью: - оценки нервно-психического развития; - физического развития и динамики роста;

		- костного созревания,- контроля уровня гормонов ТТГ и св. Т4. Врач-педиатр участковый выполняет полный стандарт наблюдения на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, определения сроков вакцинации.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	09
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка Б. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учёте в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэклампсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребёнка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела 3100 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребёнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.</p> <p>На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама 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 36,5 °С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребёнок активный. Находится на грудном вскармливании, сосёт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв – 186 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – $288 \times 10^9/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.</p> <p>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.</p>
В	1	Опишите возникшее состояние у ребёнка.
Э	-	Транзиторное состояние новорожденного: половой криз.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Обоснуйте транзиторное состояние.
Э	-	Физиологическое транзиторное состояние установлено на основании жалоб матери на симметричное увеличение молочных желез, слегка гиперемированную кожу над ними, скудные выделения беловато-молочного цвета, отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета из половой щели, характерных

		сроков возникновения симптомов, отсутствия признаков интоксикации, отсутствия патологических изменений в лабораторных исследованиях.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорождённого.
Э	-	Лечение не требуется, но при выраженном нагрубании молочной железы накладывают тёплую стерильную повязку для предотвращения трения одеждой, гигиенические мероприятия.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте питание ребёнку, обоснуйте свой выбор
Э	-	Грудное вскармливание по требованию, на основании удовлетворительного состояния ребёнка и матери, достаточной лактации.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Определите прогноз данного состояния.
Э	-	Прогноз благоприятный.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз частично верный.
P0	-	Прогноз неверный.
Н	-	10
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребёнок погиб на 2 сутки жизни. В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода – 4 часа 20 минут, 2 периода – 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 31 неделя беременности с массой тела 1700 г, длиной 41 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в

		<p>палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювез, продолжена СРАР воздухом, начата в родильном зале. Сурфактант не вводился. При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлексы орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу. «Квадратное окно» запястья около 45°. Ответная реакция руки в виде сгибания в локтевом суставе на 90°. Подколенный угол составляет около 140°. Симптом «шарфа» – локоть находится между средней линией тела и противоположной подмышечной линией. При попытке приведения стопы к голове нет сгибания в коленном суставе, но и привести полностью ножку не удалось.</p> <p>Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом, легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосистой покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошёл в родильном зале.</p> <p>Через 18 часов: сатурация 82–88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрёберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов апноэ за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO2 до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 110–120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч. Общий анализ крови: Hb – 192 г/л; эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$; средний объём эритроцитов – 99 фемтолитров; лейкоциты – $11,4 \times 10^9/л$, формула: эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 10%; тромбоциты – $189 \times 10^9/л$, ретикулоциты – 35%.</p> <p>Уровень С-реактивного белка – норма.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами.</p> <p>Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH – 7,27, BE – 9,3, pCO2 – 68 мм рт. ст., pO2 – 37 мм рт. ст.</p> <p>Глюкоза сыворотки крови – 2,1 ммоль/л.</p>

В	1	Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
Э	-	Отягощённый акушерско–гинекологический анамнез может привести к преждевременным родам, задержке внутриутробного развития. Угроза прерывания, хроническая внутриутробная гипоксия, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия могут привести к преждевременным родам, утяжелению гипоксии плода, и острой асфиксии в родах. Обвитие пуповиной шеи плода может привести к усугублению острой асфиксии в родах. Быстрые роды – риск травматизации в родах.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	2	Проведите оценку состояния по шкале Сильвермана в возрасте 18 часов жизни. Проведите оценку нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду. Перечислите патологические состояния, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов, что говорит о тяжёлом синдроме дыхательных расстройств: отсутствие синхронности грудной полости и живота при дыхании – 1 балл; заметное втяжение межрёберных промежутков на вдохе – 2 балла; небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе - 1 балл; опускание подбородка на вдохе, рот открыт - 2 балла; экспираторные шумы – 2 балла. Оценка нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду составила 17 баллов, что говорит о зрелости на 30-32 недели (что соответствует гестационному возрасту ребёнка): кожа – 1 балл; лануго – 2 балла; поверхность подошв – 2 балла; грудь – 3 балла, глаза/уши – 1 балл; гениталии – 1 балл; поза – 1 балл; «квадратное окно» - 2 балла; возвращение рук – 1 балл; подколенный угол – 1 балл; признак «шарфа» - 1 балл; приведение стопы к голове – 1 балл. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими состояниями: <ul style="list-style-type: none"> • ранний неонатальный сепсис; • врождённая пневмония; • синдром утечки воздуха; • врождённые пороки развития лёгких (аплазия/гипоплазия); • врождённая диафрагмальная грыжа; • врождённые пороки сердца «синего типа».
P2	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена верно.
P1	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена не полностью
P0	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена неверно
В	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: респираторный дистресс–синдром, тяжёлый. Осложнение: транзиторная гипогликемия. Фон: недоношенность 31 неделя.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Общий анализ крови – норма (отсутствие гуморальной активности, анемии); уровень С-реактивного белка– норма; кислотно-основное состояние – компенсированный дыхательный ацидоз; биохимический анализ крови -гипогликемия; ультразвуковое исследование головного и спинного мозга - признаки отёка головного мозга; ультразвуковое исследование органов брюшной полости - норма; рентген органов грудной клетки - диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами, отсутствуют признаки аспирации и инфильтрации, нет признаков дислокации органов брюшной полости в грудную полость); электрокардиография - ритм синусовый, частота сердечных сокращений в норме или синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации; эхокардиография - анатомически правильно сформированы сердце и крупные сосуды, возможно функционирование артериального протока без изменения внутрисердечной гемодинамики, открытое овальное окно.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	5	Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Первичная реанимационная помощь в родильном зале оказана в полном объёме. При переводе ребёнка в ПИТ было показано введение Сурактатна 200 мг/кг, неинвазивным методом или методом INSURE. Показано было назначение энтерального питания сразу после поступления в ПИТ. Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, усугубление синдрома дыхательных расстройств (нарастание оценки до 8 баллов по шкале Сильвермана, дыхательная недостаточность III степени), показано интубация трахеи, повторное (в данном случае, первое) введение Сурфактанта 200 мг/кг. Режим – охранительный, кювез с температурой 32-35 °С, влажностью воздуха 80%; Начало неинвазивной искусственной вентиляции лёгких в режиме «нормовентиляции». Инфузионная терапия из расчёта физиологической потребности (80 мл/кг/с – суточный объём энтерального питания= (136 - 20 мл):24 часа = 4,8 мл/ч – скорость инфузии (раствор глюкоза 5%).

		<p>Энтеральное питание сцеженным грудным молоком через зонд (капельное введение, за 1 час).</p> <p>Тактика ведения ребёнка с гипогликемией: определение уровня глюкозы сыворотки крови через 1 час и перед следующим кормлением. Если концентрация глюкозы менее 2,6 ммоль/л, то в/в введение глюкозы 10% 8 мл/кг (0,4-0,8 г/кг), затем вновь перейти на постоянную в/в инфузию глюкозы 10% 4-8 мг/кг/мин, то есть 2,4-4,6 мл/кг/час. Определить уровень глюкозы через 30 минут инфузии.</p> <p>Медикаментозная терапия: Викасол 0,1 мг/кг (0,17 мл) – однократно, Сурфактант 200 мг/кг (340 мг, эндотрахеально).</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
H	-	11
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка М. родилась с массой 3400 г, длиной 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре в возрасте 30 минут состояние средней тяжести. Поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлексы спинального автоматизма быстро истощаются. Кожные покровы чистые, ярко-жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища. Пуповинный остаток в скобе. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, частота дыхания 38 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка – на +0,5 см. Меконий отошёл, мочится свободно.</p> <p>Анамнез: беременность вторая, первая беременность закончилась медицинским абортom. Настоящая беременность осложнилась изосенсибилизацией по системе резус-фактор. Группа крови матери A(II) Rh–(отрицательная).</p> <p>Данные обследования.</p> <p>Группа крови девочки - A(II) Rh+(положительная), уровень билирубина в пуповинной крови - 72 мкмоль/л, непрямая фракция - 68 мкмоль/л. Проба Кумбса - положительная.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 45%.</p>
В	1	Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
Э	-	<p>Резус-фактор матери отрицательный - риск развития гемолитической болезни новорожденного.</p> <p>Первая беременность закончилась медицинским абортom, при наличии отрицательного резус-фактора повышает риск развития гемолитической болезни новорожденного.</p>

P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	2	Выделите клинические синдромы. Определите ведущие. Дайте заключение по лабораторным данным.
Э	-	Желтушный синдром (кожные покровы чистые, ярко жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища.) – ведущий синдром. Гепатоспленомегалия (печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, селезёнка – на 0,5 см). Синдром угнетения центральной нервной системы (поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлекс спинального автоматизма быстро истощаются). Резус конфликт (у мамы отрицательный резус-фактор, у девочки – положительный). Непрямая гипербилирубинемия при рождении (из пуповинной крови). Положительная прямая проба Кумбса говорит о наличии антител на поверхности эритроцитов (что наблюдается при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору). В общем анализе крови нормохромная анемия, гиперрегенераторная, средней степени тяжести.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: Гемолитическая болезнь новорожденного. Несовместимость по резус – фактору. Желтушная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Морфология эритроцитов: полихромазия, анизоцитоз. Сахар крови – норма. В возрасте 4 часов жизни – общий билирубин и фракции (почасовое нарастание общего билирубина более 6,8 ммоль/л), непрямая гипербилирубинемия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – гепатоспленомегалия.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая непрямую гипербилирубинемия и желтушный синдром с рождения показан перевод ребёнка в палату интенсивной терапии. Режим – охранительный, под источником лучистого тепла.

		<p>Фототерапия в непрерывном режиме.</p> <p>Голод, так как планируется операция заменного переливания крови.</p> <p>Очистительная клизма.</p> <p>Медикаментозная терапия: внутривенное введение Иммуноглобулина 0,8 гр/кг (2,7 гр в/в, медленно в течении двух часов); Викасол 0,1 мг/кг (0,35 мл) – однократно.</p> <p>Подготовка к операции заменного переливания крови:</p> <ul style="list-style-type: none"> - установка пупочного катетера, - заменяемый объём $170 \text{ мл/кг} = 3,4 \times 170 = 578 \text{ мл}$. Из них $\frac{2}{3}$ - эритроцитарная масса, обеднённая лейкоцитами и тромбоцитами А (II) Rh – отрицательный, 385 мл; свежезамороженная плазма А (II) Rh – отрицательный, 193 мл. <p>Из первой порции забранной крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.</p> <p>Объём одного замещения до 5 мл/кг ($5 \times 3,4 = 17 \text{ мл}$).</p> <p>На два шприца эритроцитов вводится один шприц плазмы.</p> <p>После каждых 100 мл замещённого объёма вводится 2,0 мл 10% раствора глюконата кальция + 5,0 мл 5% раствора глюкоза, между шприцами с эритроцитами.</p> <p>Длительность операции два часа.</p> <p>Из последнего объёма замещаемой крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.</p> <p>Об эффективности операции говорит снижение общего билирубина в два и более раз.</p> <p>После операции обменного переливания крови продолжить фототерапию.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
Н	-	12
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребёнок первых суток жизни находится в детском отделении родильного дома. Родился у женщины 23 лет, имеющей III(B) Rh-отрицательную группу крови; от второй беременности (первая беременность закончилась два года назад медицинским абортom при гестационном сроке 8 недель), протекавшей с токсикозом I половины и тяжёлым гестозом II половины.</p> <p>Роды первые, в 39 недель гестации, самостоятельные. Безводный промежуток 4 часа, околоплодные воды желтушной окраски. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении отмечена бледно-желтушная окраска кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена.</p>

		<p>Мышечный тонус снижен. Физиологические рефлексы быстро истощаются.</p> <p>ЧД – 44 в минуту. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС – 140 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: правая – правая парастернальная линия, левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – II ребро. При аускультации сердечные тоны умеренно звучные, чистые. Живот мягкий. Пальпаторно край печени определяется на 3,5 см ниже рёберной дуги, край селезёнки – на 1,5 см ниже рёберной дуги. Стул – меконий.</p> <p>При рождении билирубин пуповинной крови – 120 мкмоль/л, уровень гемоглобина в периферической крови – 105 г/л. Группа крови ребёнка III(B) Rh-положительная.</p> <p>В возрасте 2 часов: в полном анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 75 г/л, ретикулоциты – 120%, Ht – 28%, MCV – 98 fl, MNC – 31 pg, MCHC – 32 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий билирубин – 208 мкмоль/л, непрямой билирубин – 200 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжёлая.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте сформулированный диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «гемолитическая болезнь новорожденного» установлен</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Рекомендовано динамическое исследование уровня билирубина по фракциям, контроль почасового прироста билирубина, уровня гемоглобина и эритроцитов, проведение пробы Кумбса.

P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Наследственные гемолитические анемии, приобретённые гемолитические анемии (при внутриутробных инфекциях, ДВС-синдроме), фетальный гепатит.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Определите тактику лечения и обоснуйте её.
Э	-	Для предотвращения токсико-метаболического поражения ЦНС непрямым билирубином (билирубиновой энцефалопатии) - проведение операции обменного переливания крови. Для снижения высоких концентраций непрямого билирубина - фототерапия. Для связывания антиэритроцитарных антител - введение стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и/или манипуляций, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и/или манипуляций, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
Н	-	13
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок у матери 25 лет с осложнённым соматическим анамнезом: сахарный диабет I типа с 18 лет, получает интенсифицированную инсулинотерапию (Новорапид и Левемир), самоконтроль заболевания неудовлетворительный, подготовка к беременности не проведена. От первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I и III триместрах, первых оперативных родов на 29 неделе. При рождении: масса тела 1600 г (между 75 и 90 перцентилями), длина 38 см (между 50 и 25 перцентилями), оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Через 15 минут после рождения отмечалось нарастание дыхательной недостаточности: частота дыхания до 85 в минуту, западение мечевидного отростка, межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, при дыхании комнатным воздухом отмечается цианоз носогубного треугольника. При аускультации – ослабленное дыхание, слышны экспираторные шумы. Ребёнок переведён в отделение реанимации. На момент осмотра возраст составляет 1,5 суток. При объективном обследовании выражен синдром угнетения. Кожа бледно-розовая. ЧД

		<p>– 84 в минуту. При перкуссии над лёгкими определяется притупление перкуторного звука в задненижних отделах. Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются проводные и крепитирующие хрипы. ЧСС – 160 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке. Живот правильной формы, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено, диурез 2 мл/кг/час. Полный анализ крови: $E_r - 5,1 \times 10^{12}/л$, $H_b - 162 г/л$, $MCV - 98 fl$, $MHC - 31 pg$, $MCHC - 33 г/л$, $Le - 10,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, тромбоциты – $240 \times 10^9/л$. Глюкоза крови – 1,6 ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, воздушная бронхограмма.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Респираторный дистресс синдром, ДН III. Диабетическая фетопатия. Недоношенность 29 недель.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте сформулированный диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «респираторный дистресс синдром» установлен</p> <ul style="list-style-type: none"> • на основании данных анамнеза (гестационный возраст ребёнка, сахарный диабет у матери, дыхательные нарушения в первый час жизни); • клинических данных (синдром дыхательной недостаточности, экспираторные шумы, данные перкуссии лёгких и аускультативные изменения над лёгкими); • параклинических данных (отсутствие воспалительных изменений в полном анализе крови, характерная рентгенологическая картина). <p>Диагноз «диабетическая фетопатия» установлен на основании данных анамнеза; клинических данных (макросомия); параклинических данных (гипогликемия).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Рекомендовано исследование кислотно-основного состояния, электролитного состава крови, уровня общего белка и альбумина, мочевины, креатинина в крови, контроль уровня сатурации.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно

В	4	Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Пневмония, транзиторное тахипноэ новорожденных, синдром аспирации мекония, пороки развития лёгких, ВПС.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	5	Определите тактику лечения и обоснуйте её.
Э	-	Создание оптимальных условий выхаживания и обеспечение полноценного питания. Респираторная терапия. Заместительная терапия Сурфактантом. Антибактериальная терапия. Ликвидация метаболических нарушений.
Р2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
Р1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
Р0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
Н	-	14
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте – 5 баллов, на 5 минуте – 7 баллов.</p> <p>После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС – 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот.</p> <p>Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.</p>

		<p>При обследовании получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \times 10^9/л$, лейкоциты – $28 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.</p> <p>Сатурация кислорода – 84 %, рН – 7,14.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз заболевания.
Э	-	Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
Э	-	В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
Э	-	Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия. Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР - агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы - пневмонии.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
Э	-	Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно

В	5	Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.
Э	-	Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорожденного в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
Н	-	15
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Беременность у матери протекала с угрозой прерывания на сроке 32–34 недели, в связи с чем находилась на стационарном лечении. Роды на 38 неделе, масса ребёнка при рождении – 2950 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. К груди приложен в первые 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 и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не пальпируется, стул – мелена.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 180 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}$/л, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты – 310×10^9/л, лейкоциты – $5,9 \times 10^9$/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>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 мкмоль/л, непрямой билирубин – 188 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, АСТ – 38 ед., АЛТ – 42 ед.</p> <p>НСГ: рисунок борозд и извилин сглажен, гидрофильность тканей мозга, эхогенность подкорковых ганглиев повышена.</p>

В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, желудочно-кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимися геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?
Э	-	Синдром «заглоченой крови», ДВС- синдром, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, гемофилия.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Обозначьте план обследования.
Э	-	Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Назначьте лечение данному ребёнку.
Э	-	Отменить энтеральное питание, поить раствором тромбина в эписилон-аминокапроновой кислоте, ввести Викасол в/м. При продолжении кровотечения или его усилении- переливание одногруппной свежезамороженной плазмы или препаратов протромбинового комплекса (протромбоплекс и др.).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	5	Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.
Э	-	Динамический контроль клинического крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, профилактика развития анемии, консультация невропатолога с проведением повторной НСГ.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью

P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
H	-	16
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик 1 суток жизни находится в родильном доме. Матери 25 лет, имеет группу крови А (II) Rh-, настоящая беременность вторая, первая – закончилась абортom при сроке 9 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно. Роды срочные. Масса тела ребёнка – 3500 г, длина – 51 см, по шкале Апгар оценён на 7/8 баллов. Сразу при рождении отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины, околоплодных вод. При первом осмотре врачом-педиатром выявлено увеличение печени до 3 см, селезёнки +1,5 см.</p> <p>Дополнительное обследование пуповинной крови определило содержание билирубина 105 мкмоль/л, через 4 часа после рождения – 175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определённый по cito – 149 г/л.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	В данном случае следует думать о врождённой желтушной форме гемолитической болезни новорожденного, обусловленной резус-конфликтом.
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
B	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	17
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка Р. 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей с лёгким токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричала сразу, к груди приложена в течение 10 минут после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни оценивалось удовлетворительным. Масса тела на 4 сутки составила 2951 г. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желёз, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость.</p> <p>Состояние ребёнка удовлетворительное, сосёт хорошо, активна, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. В лёгких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчётливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезёнка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи, примесью жидкости, учащён до 7–8 раз.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты – $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 42%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 4–5 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты, белок – отрицателен.</p>
B	1	Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребёнка?
Э	-	Физиологическая убыль массы тела, милиа, половой криз в форме нагрубания молочных желез, транзиторный катар кишечника, транзиторное шелушение кожных покровов, мочекислый инфаркт.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	2	С чем связана физиологическая убыль массы тела ребёнка?

Э	-	Физиологическая потеря массы тела связана с недостаточным поступлением молока в первые дни жизни, что обусловлено становлением лактации на 3-4 день после родов и связано с гормональной активностью гипофизарной системы, потерей жидкости, с переходом на аэробный тип дыхания и потерей жидкости через кожу. Физиологическая убыль массы тела не должна превышать 6 – 8 % от первоначальной массы при рождении.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?
Э	-	В анализе крови отмечается транзиторная полицитемия (повышенное содержание гемоглобина и эритроцитов), характерная для новорожденных детей. Формула крови отражает перекрест с равным количеством нейтрофилов и лимфоцитов, который отмечается на 4-5 день жизни. Изменения в анализах мочи характерны для мочекишечного инфаркта и связаны с катаболической направленностью обменных процессов у новорожденных в первые дни жизни. Эти изменения проходят к концу 1 недели жизни и не требуют консультации врача-нефролога, так как являются парафизиологическим состоянием.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
Э	-	Изменение стула характеризует транзиторный катар кишечника, который связан с изменением характера питания, переходом на лактотрофный тип питания и раздражение кишечника жирами и белками молозива, заселением кишечника условно патогенной флорой, низкой кислотность желудочно-кишечного тракта. Данное состояние коррекции не требует. Стул становится гомогенным и однородным к концу 1-2 недели жизни.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Чем объяснить увеличение молочных желёз? Необходима ли консультация хирурга?
Э	-	Увеличение молочных желез отражает половой криз как у девочек, так и у мальчиков. Появление полового криза связано с освобождением организма новорожденного ребёнка от материнских эстрогенов. Обратное развитие наступает спустя 1-2 недели, специального лечения данное состояние не требует. Запрещается выдавливание секрета из молочных желез и обработка дезинфицирующими средствами. Дополнительной консультации врача-хирурга не требуется.

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	18
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Доношенный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась спонтанным абортom на сроке 20 недель. Роды вторые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.
В	1	Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар. Укажите степень тяжести асфиксии.
Э	-	Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии.
Э	-	<p>Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:</p> <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.
В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорожденного ребёнка.
Э	-	Общими принципами лечения асфиксии новорожденного ребёнка является проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.

P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. 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.
Э	-	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.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. 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.
Э	-	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.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	19
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Недоношенный ребёнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью. Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 148 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 – 0,3 мл/кг/час. Данные КОС: рН крови – 7,2, рО ₂ – 45 мм рт. ст., рСО ₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 28 недель гестации.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систоло-диастолический шум слева от грудины, срока гестации 28 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения. Недостаточность кровообращения II a 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 - 75 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Сильвермана 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз. Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 28 недель.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
Э	-	Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	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.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?
Э	-	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.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	20
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке. Фактическая масса ребёнка 4000 г. Масса при рождении 3400 гр., длина 52 см. Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании. Клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, Л – 10,0 x 10 ⁹ /л, п 5%, с 48%, лимф. 40%, мон 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО ₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут.
B	1	Рассчитайте долженствующую массу (Мд) для данного ребёнка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
Э	-	Мд в 1 мес. = 3400 + 600 = 4000 гр. (прибавка за первый месяц - 600 гр.); Мд в 2 мес. = 3400 + 600 + 800 = 4800 гр. (прибавка за второй месяц, в среднем-800 гр.). Таким образом, на момент осмотра ребёнка в возрасте 1 месяца фактическая масса тела соответствует долженствующей.

		Ожидаемая масса тела ребёнка при следующем профилактическом осмотре врачом-педиатром участковым в 2 месяца должна составлять, в среднем, - 4800 гр., с учётом прибавки в массе – в среднем, 800 гр.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока.
Э	-	Суточный объём пищи рассчитывается, исходя из потребности ребёнка в энергии и содержания калорий в продуктах питания. Метод удобен для расчёта объёма питания в первые 6 месяцев жизни, когда ребёнок получает грудное молоко. Потребность в энергии (ккал) в 1 месяц - 115 ккал на 1 кг массы тела. В сутки ребёнок должен получить $115 \text{ ккал} \times 4 \text{ кг} = 460 \text{ ккал}$. Зная, что 1 литр получаемого грудного молока в среднем содержит 750 ккал, можно рассчитать, сколько ребёнок должен получить питания в сутки. Составляем пропорцию: $1000 \text{ мл} - 750 \text{ ккал}$ $x \text{ мл} - 460 \text{ ккал}$ $x = 1000 \times 460 / 750 = 613 \text{ мл}$. Таким образом, необходимое количество молока в сутки для ребёнка 1 месяца с учётом потребности в калориях, составляет 613 мл. Дополнительными методами определения суточного объёма пищи являются белковый и объёмный методы.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года.
Э	-	До 1 месяца режим кормления ребёнка - по требованию. С 1 месяца до 5 месяцев рекомендуется кормление 6 раз через 3,5 часа с 6 часовым ночным перерывом. С 5 месяцев до 12 месяцев - 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
Э	-	С 5 мес. – овощное пюре в 14.00 (начинаем с кабачкового, капуста брокколи, цветная капуста). С 5,5 мес. – фруктовое пюре в 10.00. С 6 месяцев: 1).10% молочная каша (начинаем с безглютеновых – рисовой, гречневой,

		<p>кукурузной) в 10.00. (с 9 мес. – глютенсодержащие каши – пшеничная, овсяная).</p> <p>2). Фруктовые соки в 14.00, начинаем с монокомпонентных осветлённых.</p> <p>3). Мясное пюре в 14.00 (мясо кролика, говядина, телятина, нежирная свинина).</p> <p>С 6,5 мес. – детский творожок в 18.00.</p> <p>С 7 мес. – желток в 14.00.</p> <p>С 8 месяцев:</p> <p>1. Кисломолочный продукт в 18.00.</p> <p>2. Детское печенье в 18.00.</p> <p>3. Рыбное пюре в 14.00 (вместо мясного пюре) различные сорта морской рыбы – треску, камбалу, хек, лосось, минтай; из жирных сортов допускается использование лосося и форели.</p> <p>С 10 месяцев вместо мясного пюре можно рекомендовать паровые котлеты.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.
Э	-	<p>Для профилактики гипогалактии необходимо выполнять следующие правила кормления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кормить малыша в тихом, спокойном, удобном месте. Внешние раздражители -телевизор, яркий свет, посторонние рядом, - всё это отвлекает от общения с ребёнком; - прикладывать малыша в периоды недостатка молока к груди ещё чаще, чем раньше; - не ограничивать время пребывания малыша у груди; - ребёнок не должен сосать ничего, кроме груди - ни бутылку, ни пустышку; - не допаивать ребёнка водой и чаями; - очень важно, чтобы ребёнок правильно захватывал грудь. Он должен захватывать не только сосок, но и весь околососковый кружок; - непосредственно перед кормлением пить горячий свежесваренный зелёный чай с молоком, любой гипоаллергенный сок, кисломолочные напитки. <p>Эффективным является применение специализированных белково-витаминных продуктов для кормящих женщин.</p> <p>После кормления, грудь обмыть водой с температурой 44-45 °С, разминать её круговыми движениями от центра к периферии и сверху вниз.</p> <p>Эта процедура должна проводиться не менее 4 раз в день по 10 минут.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>

P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	21
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На патронаже новорождённая девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребёнка жалоб не предъявляет.</p> <p>Из анамнеза: матери ребёнка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии лёгкой степени (отёчная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребёнка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребёнок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров.</p> <p>При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, конъюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костно-суставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, жёлтого цвета.</p> <p>По данным обследования из выписки из родильного дома: ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - $9,0 \times 10^9$/л, эритроциты - $5,0 \times 10^{12}$/л, гемоглобин - 180 g/L, тромбоциты - 220×10^9/л; эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, лимфоциты - 41%, моноциты - 5%, СОЭ - 3 мм/час.</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок - 54 г/л, общий билирубин -180 ммоль/л за счёт непрямого, непрямой билирубин - 145 ммоль/л, АЛТ - 20 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.</p> <p>Ребёнок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Период новорождённости. Физиологическая желтуха. Группа здоровья II.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Обоснование диагноза: - манифестация желтухи на 3 сутки жизни, - удовлетворительное состояние ребёнка, - отсутствие гепатомегалии, - физиологическая окраска мочи и стула, - преобладание непрямого билирубина, - группа здоровья II: физиологическая желтуха, отягощённый антенатальный период – у матери анемия, преэклампсия.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Дальнейшее наблюдение данного ребёнка на амбулаторном этапе.
Э	-	Патронажи врачом на 14, 21 сутки. Оценка течения данного состояния - оценка степени выраженности, нарастания или угасания желтухи. Если с конца первой недели и к началу второго патронажа желтуха не будет угасать, необходимо сделать контроль билирубина крови, не прямой его фракции, трансаминаз, ЩФ и принять решение о госпитализации ребёнка. Если исследуемые показатели не нарастают и/или снижаются, ребёнок продолжает наблюдаться на участке. Необходимо сохранять грудное вскармливание. Назначаются препараты УДХК из расчёта 10-15 мг/кг/сутки, энтеросорбенты до нормализации уровня билирубина. Если исследуемые показатели нарастают, ребёнок должен быть госпитализирован в отделение патологии новорожденных стационара.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
В	4	Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
Э	-	Вялость, снижение активности при сосании, снижение спонтанной двигательной активности, отсутствие прибавки в массе тела ежедневно, появление зеленоватого оттенка желтухи, нарастание гепатомегалии, увеличение селезёнки, появление тёмной мочи, светлого или обесцвеченного стула, сохранение желтухи после 14 дня жизни.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребёнка на первые 3 месяца.
Э	-	При нормализации уровня билирубина в 1 месяц - первая вакцинация против гепатита В, затем в 2 месяца и в 7 месяцев. В 2 и 3 месяца вакцинация против пневмококковой инфекции. В 3 месяца вакцинация АКДС+полиомиелит.

		В 3 месяца вакцинация против гемофильной палочки.
P2	-	План вакцинации составлен и обоснован верно
P1	-	План вакцинации составлен и обоснован не полностью
P0	-	План вакцинации составлен и обоснован неверно
H	-	22
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик Артём Р. 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра.</p> <p>Анамнез: маме 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM "+" и IgG "+" к токсоплазме. Срочные 1-е роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении 2900 г, рост 51 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, эритроцитов - $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоцитов - $18 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3, палочкоядерные нейтрофилы - 4, сегментоядерные нейтрофилы - 68, Л - 17, моноциты - 8, тромбоциты - $112 \times 10^9/л$, общий билирубин - 156 мкмоль/л, прямой - 63 мкмоль/л. СРБ - 60 мг/л, АЛТ - 230 МЕ/л, АСТ - 180 МЕ/л.</p> <p>Нейросонография - повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S - 14 мм, D - 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне.</p> <p>При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела 37,6 °С. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Трemor рук и подбородка. Вес 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность - 39 см, большой родничок 4×4 см, напряжен. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 138 ударов в минуту, АД - 76/43 мм рт. ст. Живот слегка подвздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1,0 см. Стул желтый, кашицеобразный. Мочевыделение не нарушено.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Гепатит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Серологическое обследование крови матери и ребёнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции. Спинальная 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.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии.
Э	-	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.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.

P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Цитомегаловирусная инфекция, врожденная краснуха, листериоз.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	23
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок М., родился от матери 30 лет. Из анамнеза известно: данная беременность - I, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3420 г, ростом 53 см с тугим двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стонет; сердцебиение - 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи - гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.
B	1	1. Поставьте диагноз.
Э	-	Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	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).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Окажите неотложную помощь новорождённому.
Э	-	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.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и/или манипуляций.

P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и/или лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и/или лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутрочерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутрочерепной родовой и спинальными травмами.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Какова тактика ведения новорождённого?
Э	-	После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	24
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка В., 9 дней, поступила в экстренном порядке в отделение патологии новорождённых с участка по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно: беременность - II, гестоз I и II половины, обострение хронического гнойного риносинусита в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3350 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. К груди приложена на первые сутки, сосала активно. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались переходные состояния - физиологическая желтуха, токсическая эритема. Выписана домой на 3-и сутки жизни в удовлетворительном состоянии. На 7-й день при активном патронаже педиатр выявил на туловище и конечностях пузыри с серозным содержимым, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар - состояние средней тяжести, девочка вялая, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые, мраморность. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри, диаметром до 2,5 см, с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая, пупочные сосуды не пальпируются. Зев спокойный. В лёгких дыхание пуэрильное, ЧД – 38 в 1 мин.</p>

		<p>Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 140 в 1 мин. Живот мягкий, печень + 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтый, кашицеобразный, без патологических примесей.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb - 170 г/л, Эр - 5,4·10¹²/л, Ц.п. – 0,99, тромб–240·10⁹/л, Лейк - 22,2·10⁹/л, метамиелоциты – 4 %, п/я – 13 %, с – 54%, л–24 %, м – 3 %, СОЭ – 13 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1014, белок отсутствует, эпителий плоский –1-2 в п/з, лейкоциты –2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 62,4 г/л, билирубин общий - 155 мкмоль/л, непрямой – 135 мкмоль/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л, фосфор – 2,1 ммоль/л.</p>
В	1	Ваш предварительный диагноз и какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
Э	-	<p>Предварительный диагноз: Стафилодермия. Пузырчатка новорождённых (пемфигус), доброкачественная форма.</p> <p>Дополнительные исследования: Бактериологическое исследование (бак. посев) и бактериоскопия содержимого пузырей (выявление стафилококков).</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	<p>А. С другими видами стафилококковых пиодермий:</p> <p>1)Эксфолиативный дерматит Риттера – септический вариант течения пемфигуса, который вызывается госпитальными штаммами золотистого стафилококка, продуцирующими экзотоксин – эксфолиатин. Болезнь начинается в конце 1-й или начале 2-й нед. жизни. С появления гиперемии, мокнутия кожи и образования трещин в области пупка, паховых складок, вокруг рта. Раннее начало заболевания имеет тяжёлое течение. За несколько часов яркая эритема распространяется на кожу живота, туловища, конечностей. Затем на разных участках тела появляются вялые пузыри, трещины, десквамация эпидермиса, оставляющая большие эрозии. Симптом Никольского часто положительный. Тело ребёнка имеет вид обожжённого кипятком. Возникают другие очаги гнойной инфекции: омфалит, отит, конъюнктивит, пневмония, энтероколит и др., т.е. развивается сепсис. Выражены симптомы интоксикации, отказ детей от груди, беспокойство, фебрильная температура. В анализе крови резкие воспалительные изменения. Через 1-2 нед. от начала болезни вся кожа гиперемирована, большие эрозии из-за отслойки эпидермиса. Развивается дегидратация с выраженными симптомами эксикоза. При благоприятном исходе вслед за эритематозной и эксфолиативной стадиями наступает эпителизация эрозий без образования рубцов или пигментации.</p> <p>2)Стафилококковый синдром обожжённой кожи (ССОК) также вызывает стафилококк II фаговой группы, продуцирующий</p>

		<p>эксфолиатин. Клиническая картина подобна проявлениям эксфолиативного дерматита Риттера. Однако у больных нет выраженной интоксикации, нормальная температура тела, дети хорошо сосут. Через 2-3 дня после эксфолиации (скарлатиноподобной десквамации по типу «перчаток», «носков») обнажённые участки кожи подсыхают и заживают без дефектов.</p> <p>Б. Врождённый сифилис проявляется в виде триады: ринит с серозно-гнойным геморрагическим отделяемым, пузырчатка, гепатоспленомегалия. Эритематозная сыпь, которая становится макулярной и папулёзной. Пузырчатка на подошвах, ладонях в виде дряблых пузырей медно-красного цвета на инфильтративном фоне размером 3-10 мм. Могут быть периоститы и остеохондриты трубчатых костей, пневмония, гемолитическая анемия, трещины вокруг рта и ануса, лихорадка, хориоретинит, поражение ЦНС (в 60-85% случаев). Для дифференциальной диагностики проводят специфические серологические исследования у матери и ребёнка (слизь из носа, содержимое пузырей) в динамике (бактериоскопия, ПЦР, ИФА, РМП и др.).</p> <p>В. «Белая рожа» - стрептодермия, при которой отсутствует гиперемия поражённых участков кожи (локальная бледность), иногда возникают пузыри, подкожные абсцессы и некрозы. Состояние детей тяжёлое, быстро ухудшается, выражена интоксикация, появляются диспепсия, миокардит, менингит и поражение почек.</p> <p>Г. Врождённые и наследственные заболевания кожи.</p> <p>1) Врождённый буллёзный эпидермолиз (БЭ). Описано 20 вариантов болезни. Это группа наследственных заболеваний с образованием пузырей на коже и слизистых в месте давления или минимальной травмы, при нагревании или спонтанно. У новорождённых в основном встречаются 4-е формы: простой БЭ (варианты Кебнера, Вебера Коккайна), гиперпластический дистрофический БЭ, летальный злокачественный БЭ, рецессивная дистрофическая форма БЭ.</p> <p>2) Буллёзная ихтиозиформная эритродермия.</p> <p>3) Десквамативная эритродермия Лейнера.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	<p>Ребёнка с пемфигусом госпитализируют в специализированное отделение детской больницы. Продолжают грудное вскармливание материнским молоком, если оно стерильно. Консультация большого хирургом.</p> <p>Местная терапия:</p> <p>1) Кожу вокруг пузырей обрабатывают 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зелёного. Пузыри прокалывают в асептических условиях, здоровые участки обкладывают стерильными салфетками. Содержимое пузырей отправляют на бактериоскопию и посев.</p> <p>2) Эрозии подвергают УФ-облучению с последующей обработкой мазями и пастами, содержащими антибиотики: бактробан (2% мазь</p>

		<p>мупипроцина – антибиотика широкого спектра действия для местного применения), ируксол, левомиколь, левосин, диоксиколь, диоксифен, гелиомициновая, эритромициновая, линкомициновая мази.</p> <p>3) Гигиенические ванны с применением дезинфицирующих средств: раствор калия перманганата 1:10 000, отвары чистотела, ромашки.</p> <p>Общая терапия злокачественной формы пузырчатки:</p> <p>1) Антибиотикотерапия (защищённые пенициллины – амоксиклав, аугментин; цефалоспорины I поколения – цефазолин, цефалотин в комбинации с аминогликозидами – амикацин, гентамицин).</p> <p>2) Специфическая иммунотерапия – антистафилококковый иммуноглобулин.</p> <p>3) Инфузионная в режиме физиологической потребности и симптоматическая терапия по показаниям.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме?
Э	-	Ребёнка немедленно переводят в специализированное отделение детской больницы, где проводится бактериологическое исследование содержимого пузырей и антибиотикограмма, так как стафилококки устойчивы ко многим антибиотикам. Прекращают приём детей в палату, где находился больной с пемфигусом. Всем контактным новорождённым детям проводят смену пелёнок и одеял, назначают бифидумбактерин. Кожу детей осматривают при каждом пеленании. Проводится тщательная текущая санитарная обработка детских палат. В СЭС отправляют экстренное извещение о данном заболевании. Контроль за состоянием кожи у контактных детей в течение недели.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Возможные исходы и прогноз?
Э	-	Доброкачественная форма пемфигуса при своевременно начатом активном лечении заканчивается выздоровлением через 2-3 нед. от начала заболевания. На месте пузырей не остается рубцов и пигментации. Злокачественная форма пузырчатки часто заканчивается сепсисом.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
H	-	25

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик Д., матери 17 лет, беременность - I, роды в 38 нед. На учете в женской консультации состояла с 22-х недель. По УЗИ поставлен диагноз врожденная диафрагмальная грыжа. Родился живой доношенный мальчик с массой тела 2350 г, длиной тела 50 см. околоплодные воды грязные с запахом. Оценка по шкале Апгар 2 балла. Объективно: ребенок вялый, крика нет, разлитой цианоз, адинамия, старт-рефлексы угнетены, сердечные тоны приглушены, брадикардия - ЧСС 60 в мин. Дыхание нерегулярное с повторными кратковременными апноэ. Живот ладьевидной формы.
В	1	1.Поставьте диагноз и обоснуйте.
Э	-	Учитывая юный возраст матери, позднюю постановку на учет по беременности, данные УЗИ (врожденная диафрагмальная грыжа), состояние ребенка (вялый, крика нет, цианоз кожи, адинамия, физиологические рефлексы угнетены, брадикардия ЧСС 60 в мин, нерегулярное с повторными кратковременными апноэ дыхание, ладьевидной формы живот), можно поставить диагноз: Патология внутриутробного развития. Врожденная диафрагмальная грыжа. Асфиксия новорожденного тяжелой степени. ЗВУР 3 степени, диспластический вариант.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Окажите неотложную помощь.
Э	-	Отделяем ребенка от матери, помещаем под лучистое тепло. Проводим интубацию трахеи (ЭТ диаметром 3,5 мм) на глубину = m + 6 = 8 см, санацию дыхательных путей с помощью электроотсоса через интубационную трубку, ИВЛ подогретым, увлажненным кислородом концентрацией 21-60%. Через 30 секунд начинаем непрямой массаж сердца. Контроль эффективности через каждые 30 сек. Введение адреналина 0,01% в вену пуповины через катетер 0,6 мл. Восполнение ОЦК 0,9% раствором натрия хлорида (10 мл/кг) 22 мл в течение 10 минут.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Определите тактику ведения.
Э	-	После проведения реанимационных мероприятий – перевод в хирургическое отделения. Транспортировка с приподнятым головным концом на больном боку.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите показания к ИВЛ и интубации трахеи.
Э	-	Показания к проведению ИВЛ: Отсутствие дыхания Нерегулярное дыхание ЧСС<100 ударов в минуту

		<p>Немедленная интубация трахеи показана: Детям с подозрением на диафрагмальную грыжу Детям, родившимся с примесью мекония в околоплодных водах с угнетенным самостоятельным дыханием или его отсутствием и сниженным мышечным тонусом Детям, родившимся ранее 27 недели беременности с целью профилактического введения сурфактанта При неэффективной масочной ИВЛ (ЧСС<60 ударов в минуту через 30 секунд ИВЛ) При необходимости проведения непрямого массажа сердца</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Назначьте питание.
Э	-	Полное парентеральное питание
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	26
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок К., из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, кольпитом, острым гестационным пиелонефритом. Роды -1-е, в 30 недель беременности путем экстренной операции кесарева сечения двойней. Безводный промежуток 12 часов. Вод не было, гнилостный запах. Матери 22 года, страдает гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, аднекситом, в анамнезе невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности). Акушерский диагноз: Преждевременные роды 1 в 30 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Дородовое излитие околоплодных вод. Монохориальная диамниотическая двойня. Неиммунная водянка 1 плода, антенатальная смерть. Ангидроамнион 2 плода. Невынашивание. Гипертоническая болезнь. Острый гестационный пиелонефрит. ВУИ. Многоводие 1 плода. Девочка К., вторая из двойни, масса при рождении - 1200 г, рост – 38 см, окружностью головы – 28,5 см, груди – 24,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет синдрома угнетения. В родовом зале проведена санация верхних дыхательных путей, желудка, ИВЛ мешком Амбу через маску в течение 4-х минут. После реанимационных мероприятий появился слабый крик. При осмотре выявлены некрозы тканей головы, ног, поясничной области. Дыхание ослабленное, единичные крепитирующие хрипы, участие вспомогательной мускулатуры в</p>

		<p>дыхании, ЧД 64 в 1 мин. Получала комплексную интенсивную терапию – ранний назальный СРАР, антибактериальную, инфузионную, минимальное энтеральное питание. Через 6 часов после рождения отмечен эпизод артериальной гипотонии.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв 145 г/л, Эр. $3,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 0,99, Тромб. $85 \cdot 10^9/л$, Лейк. $5,5 \cdot 10^9/л$, миелоциты 5%, п/я 10 %, с 43 %, л 34 %, м– 8 %, СОЭ – 6 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов +++.</p> <p>НСГ – незначительный перивентрикулярный отек.</p>
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	<p>Учитывая, что новорожденная девочка от матери с хронической соматической патологией (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит), высоким инфекционным индексом (аднексит, кольпит, пиелонефрит), репродуктивными потерями в анамнезе (выкидыши, смерть 1-го новорожденного из двойни), осложненным течением беременности двойней с угрозой прерывания, родилась в 30 недель гестации путем экстренной операции кесарева сечения с длительным безводным промежутком, практически без околоплодных вод, с гнилостным запахом, внутриутробно инфицированной, с задержкой внутриутробного развития, с множественными гемангиомами, в асфиксии средней тяжести, с респираторными расстройствами, синдромом угнетения; явления артериальной гипотонии через 6 часов после рождения, выявленный анемический синдром, лейкопению со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопенией, данные НСГ, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Респираторный дистресс-синдром новорожденного Конкурирующий: Ранний неонатальный сепсис. Септический шок. Сопутствующие: 1. Церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения ЦНС. 2. Анемия средней тяжести.</p> <p>Фон: Недоношенность 30 нед. ЗВУР 1 ст., диспластический вариант. Вторая из двойни. Асфиксия средней тяжести.</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Какова тактика ведения новорожденного?
Э	-	<p>АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, Tin 0,3-0,35с, РЕЕР 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, PIP 16-30см вод. ст., поток 2-3л/мин/кг. Провести восполнение ОЦК. Тест с разовой объемной нагрузкой 0,9% раствором натрия хлорида в дозе 12 мл (10 мл/кг) в течение 10 минут, затем продолжить введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 12 мл в течение 20 минут до достижения объема 20 мл/кг. Включить в комплексную терапию постоянную инфузию добутамина 8 мкг/мин (2-10кг/кг/мин). Согревание в кувезе с t 36,6°С.</p>

		Проводить инфузионную терапию в объеме 80 мл/кг/сут – 4 мл/час. Проводить коррекцию ацидоза, гипогликемии, гипомагниемии. Антибактериальная терапия. Минимальное энтеральное питание. В лечении добавить пентоглобин 5 мл/кг/сут в течение 3-х дней или через день со скоростью 1,7 мл/кг/час. Поставить на учет в ОРИТ.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Проведите дифференциально-диагностические мероприятия.
Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах рентгенологического исследования. Следует дифференцировать с сепсисом пневмонией, транзиторным тахипноэ новорожденных, синдромом аспирации мекония.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите противопоказания для терапии сурфактантом.
Э	-	Легочное кровотечение Отек легких Артериальная гипотензия или шок Гипотермия Декомпенстрированный ацидоз
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте питание ребёнку.
Э	-	Полное парентеральное питание. Потребность в энергии в 1-ые сутки – 20 ккал/кг/сут. (24 ккал). В 100 мл 10% глюкозы содержится 34 ккал, 24 ккал – в 71 мл. Поэтому в составе инфузионной терапии должно быть не менее 71 мл 10% глюкозы. Подключить белок и липиды по физ.потребности.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	27
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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.

		<p>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. 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. Клинический анализ крови: Hb – 175 г/л; Эр. – $5,3 \cdot 10^{12}/л$; ЦП – 0,9; Тромб. – $235,0 \cdot 10^9/л$; Лейк. – $30,1 \cdot 10^9/л$; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2%, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: pO₂ – 49 mm Hg, pCO₂ – 70 mm Hg, pH – 7,21, BE = – 18 ммоль/л; АВ = 9 ммоль/л; SB = 8 ммоль/л; BB = 19 ммоль/л.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку, обоснуйте.
Э	-	<p>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: Основной: Врожденная пневмония неуточненная, тяжелая. (Врожденная трансплацентарная пневмония). ДН III степени Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. ЗВУР 2 ст., гипотрофический вариант</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Перечислите предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данного заболевания.
Э	-	Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных являются:

		<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.
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 ведения иммуноглобулина. Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 500-800мг/кг 1 раз в1-2сут.</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</p>

		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.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	28
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорожденная девочка Л., возраст - 15 суток, из анамнеза известно: данная беременность II, протекала нормально, роды II. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 3-есутки жизни. Дома имела контакт с родственником больным ОРВИ.</p> <p>На 12 день жизни родители отметили у ребенка затрудненное носовое дыхание, обильное слизисто-гнойное отделяемое из обоих носовых ходов, подъем t° до $37,5^{\circ}\text{C}$. Был вызван участковый педиатр, поставлен диагноз ОРВИ, назначены сосудосуживающие капли в нос. Через 2 дня отмечено резкое ухудшение состояния за счет подъема t° до 38°C и выше, девочка стала беспокойной, отказывалась от груди, появились срыгивания, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован в экстренном порядке.</p> <p>При осмотре в стационаре: ребенок беспокоен, мышечный тонус и старт-рефлексы новорожденного снижены, кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, необильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено, в зеве-гиперемия. ЧД - 70 в минуту, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука – ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС - 160 в 1 минуту. Живот несколько вздут, печень + 1 см, селезенка не пальпируется. Клинический анализ крови: Hb – 168 г/л, Эр – $5,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; ЦП – 0,9; тромб.– $240,0 \cdot 10^9/\text{л}$; Лейк. – $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 12%, с – 59%, э – 1%, л – 19%, м – 9%, СОЭ – 14 мм/час.</p> <p>Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального</p>

		рисунка выявляются очаги с понижением прозрачности и перифокальной воспалительной реакцией.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: Постнатальная пневмония смешанной вирусно-бактериальной этиологии, правосторонняя, очаговая, нетяжелая, неосложненная, ДН II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных.
Э	-	<p>Нос новорожденного относительно мал и короток. Носовые ходы и верхние дыхательные пути очень узки, полости носа недоразвиты. Нижний носовой ход у новорожденных и у детей первых месяцев жизни отсутствует, Слизистая оболочка, выстилающая носовые ходы, нежна, богата кровеносными и лимфатическими сосудами, часто наблюдается физиологическое набухание слизистых оболочек, что затрудняет носовое дыхание. Здоровый ребенок дышит только через нос, ртом он дышать не умеет.</p> <p>Евстахиева труба, которая соединяет носоглотку со средним ухом, относительно коротка и широка. Это создает благоприятные условия для заноса инфекции из носоглотки в полость среднего уха.</p> <p>Придаточные пазухи в раннем возрасте недоразвиты. Гайморовы и лобные пазухи развиваются лишь к 2 годам, а окончательного развития достигают к 12—15 годам.</p> <p>Глотка у новорожденного узкая, покрыта нежной слизистой оболочкой, богатой кровеносными сосудами. Глоточное лимфатическое (вальдейровское) кольцо у новорожденного развито слабо, миндалины очень маленькие, при осмотре они не выступают из-за дужек.</p> <p>Гортань, трахея и бронхи у ребенка уже, чем у взрослого. Слизистая, выстилающая эти отделы, богата кровеносными сосудами, при воспалении легко набухает, что вызывает сужение просвета.</p> <p>Голосовая щель в гортани расположена между голосовыми связками, она узка и коротка. Поэтому даже при умеренных воспалениях гортани легко возникает сужение голосовой щели (стеноз), что приводит к затруднению дыхания и даже удушью. При поражении голосовой щели появляется сиплый голос, лающий кашель, свистящее затрудненное дыхание. При осмотре отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков.</p> <p>Легкие богаты кровеносными сосудами, но в отличие от легких взрослого менее воздушны и бедны эластичной тканью.</p> <p>Грудная клетка ребенка ограничена в подвижности. Это объясняется: 1) горизонтальным расположением ребер, что препятствует расширению грудной клетки при вдохе, а тем самым и расширению легких; 2) слабостью дыхательной мускулатуры в силу ее недоразвития. Легкие расширяются в основном в сторону податливой диафрагмы. Все условия, затрудняющие движение</p>

		диафрагмы (метеоризм кишечника, увеличение печени и т. д.), уменьшают вентиляцию легких. Возрастные особенности строения грудной клетки и легких обуславливают некоторые особенности дыхания — это поверхностный его характер и более частое дыхание.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	План обследования новорожденного с подозрением на пневмонию.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> •рентгенография грудной клетки в двух проекциях; •клинический анализ крови с подсчетом количества эритроцитов, гематокритного числа, тромбоцитов, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы; •биохимический анализ крови (С-реактивный белок, белки и белковые фракции, иммуноглобулины сыворотки крови); •газовый состав крови (напряжение кислорода и углекислого газа, показатели КОС); •вирусологические (мазок из соскоба конъюнктив, слизи носа и зева на обнаружение вирусов, хламидий при помощи иммунофлюоресцентных сывороток, определение титра антител к вирусам в динамике через 10—14 дней путем РТНГА, РСК и др.) и бактериологические обследования (посевы и бактериоскопия слизи из носа, зева, содержимого бронхов, крови до назначения антибиотиков); •анализ мочи; •иммуноферментные и ДНК-полимеразные тесты для выявления антигенов микробов в крови и других биологических материалах; •микроскопия окрашенных по Грамму мазков из содержимого трахеи и бронхов.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	4	Особенности течения пневмоний у недоношенных детей.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Доминирование в клинике общих симптомов, дыхательной недостаточности и токсикоза. Типично наличие признаков угнетения ЦНС. Характерны нарушение ритма дыхания, приступы апноэ, периодическое дыхание типа Чейна—Стокса и др. 2. Лихорадка у недоношенных бывает не всегда, возможна гипотермия. 3. Гораздо большая частота осложнений, как легочных (пневмоторакс, ателектазы, плеврит и др.), так и внелегочных (отит, парез кишечника, гемодинамические расстройства, ДВС-синдром, гипотрофия, недостаточность надпочечников, метаболические нарушения – смешанный ацидоз, гипогликемия, гипербилирубинемия, гипокальциемия, гипонатриемия, гипокалиемия). 4. Выше частота развития при пневмонии застойных явлений в легких (крепитирующие хрипы).

		<p>5. У недоношенных гораздо чаще пневмония осложняется синдромом персистирующего фетального кровообращения, а после длительной ИВЛ - синдромом открытого артериального протока.</p> <p>6. Более часты нарушения периферического кровообращения — отечный синдром, периорбитальный и акроцианоз, мраморный рисунок кожи, сероватый ее колорит, похолодание кистей и стоп.</p> <p>7. Перенесенная пневмония — предрасполагающий фактор для развития ранней анемии недоношенных и рахита.</p> <p>8. У недоношенных чаще, чем у доношенных, встречаются аспирационные пневмонии из-за склонности их к срыгиваниям.</p> <p>9. Нередка и даже типична такая последовательность событий: РДСН - пневмония - сепсис, в отличие от доношенных, у которых легкие исключительно редко являются входными воротами инфекции при сепсисе.</p> <p>10. Высокая частота сочетания пневмонии с другими заболеваниями (внутричерепные гемorragии, кишечная колиинфекция, гемолитическая болезнь новорожденных и др.).</p> <p>11. Большая, чем у доношенных, длительность неустойчивого клинического состояния больных и течения болезни, частота отдаленных последствий - бронхолегочных дисплазий, приводящих к рецидивирующим бронхолегочным заболеваниям.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Нативное грудное молоко или грудь матери.</p> <p>3. Кислородная поддержка (увлажненный теплый кислород каждые 2 часа по 20 минут).</p> <p>4. Антибактериальная терапия. 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 Альтернативно при отсутствии эффекта через 48 часов - цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммунотерапия: Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 400 мг/кг 1 раз в день 3 дня.</p> <p>6. Виферон 1 (150 000 МЕ) по 1 свече x 2 раза в день ректально 5 дней.</p> <p>7. Симптоматическая терапия: Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2р/сут, 7/10 сут.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.

Н	-	29
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорожденный мальчик П., из анамнеза известно: беременность – II, роды – I в 38 недель. I-я беременность закончилась медицинским абортom. Мать страдает хроническим пиелонефритом. Настоящая беременность протекала с гестозом первой половины беременности, анемией, в 29-31 нед. наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, лечилась стационарно. Ребенок родился в тяжелой асфиксии (оценка по шкале Апгар 2 балла, в родовом зале проведена интубация трахеи, начата АИВЛ). Масса тела при рождении - 1980г, рост 51 см. При наблюдении в первые 3 часа жизни – состояние ребенка тяжелое, на осмотр не реагирует. Температура тела 38,7⁰С. По внутренним органам без особенностей. К концу вторых суток – приступ клонико-тонических судорог. Большой родничок напряжен, выбухает, расхождение по сагиттальному шву до 1,0 см. Температура тела 38,8⁰С. Кожа с сероватым оттенком, мраморность. Тоны сердца приглушены, ЧСС 166 в минуту. Дыхание аппаратное, хрипов нет. Живот вздут, безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb – 175 г/л, Эр – 4,1·10¹²/л; ЦП – 0,9; тромб.– 210,0·10⁹/л; Лейк – 19,1·10⁹/л, п/я – 12%, с – 59%, э – 1%, л – 19%, м – 9%, СОЭ–34 мм/час.</p> <p>Анализ спинно-мозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок - 2900 мг/л, реакция Панди - +++++, цитоз - 9300 в 3 мкл: нейтрофилы - 87%, лимфоциты – 13%.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Основной: Острый внутриутробный гнойный менингит (ранний бактериальный менингит новорожденного).</p> <p>Фон: Асфиксия тяжелая. Задержка внутриутробного развития 3 ст., гипотрофический вариант.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Основной метод диагностики данного состояния, показания к нему?
Э	-	<p>Во всех ситуациях решающая роль в диагностике принадлежит исследованию СМЖ, поэтому спинномозговую пункцию следует проводить во всех сомнительных случаях, при малейшем подозрении на менингит.</p> <p>Показания к спинномозговой пункции: Судорожный синдром неясной этиологии; Гипертермия неясной этиологии; Ригидность затылочных мышц, гиперестезия; Кома неясной этиологии; Прогрессирующие угнетение или возбуждение; Быстро нарастающая внутричерепная гипертензия (выбухание и напряжение большого родничка, расхождение черепных швов, экстензорная гипертония в ногах).</p>
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Что лежит в основе классификации данной патологии?
Э	-	Внутриутробные менингиты, как правило, клинически проявляются в первые 48-72 часа после рождения (ранние), постнатальные менингиты могут появиться в любом возрасте, но чаще всего после 3-4 суток жизни (поздние). Менингиты, развивающиеся при отсутствии явных очагов инфекции, рассматриваются как первичные (изолированные), а развивающиеся на фоне инфекционных процессов иной локализации – вторичные.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Предрасполагающие факторы?
Э	-	бактериальные вагинозы и вообще инфекции мочеполовых путей у матери; хориоамнионит у матери; малый гестационный возраст; кровоизлияния в мозг и его оболочки, пороки развития мозга; ГИЭ; эзофагиты нижней трети пищевода; СДР и любая патология ребенка, потребовавшая инвазивных методов лечения и мониторинга (длительная ИВЛ, сосудистые катетеры и др.; спинномозговые грыжи и дермальный синус; скученность больных и дефекты санитарно-эпидемиологического режима в отделении. Следует подчеркнуть, что менингиты, как правило, развиваются у недоношенных, перенесших разные варианты перинатальной гипоксии.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	5	Назначьте лечение.
Э	-	Новорожденные, больные гнойным менингитом, должны находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Антибиотикотерапия — основной вид лечения при менингите. Путь введения антибиотиков — внутривенный в комбинации с внутримышечным. При раннем начале стартовая антибактериальная терапия – ампициллин 200 мг/(кг*сут.) + аминогликозид. Иммунотерапия (пассивная). Инфузионная терапия Противосудорожная терапия
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.

P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	30
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: «родовая травма: перелом правой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
Э	-	Рентгенография правой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	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.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
Э	-	После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.

P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Укажите методы лечения болевого синдрома.
Э	-	Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S. Glucosi 40%, Парацетамол-анальгетик I степени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
У	-	<p>Мальчик Н. от 7 беременности. Первая – пятая беременности - медицинские аборт. На учет в женскую консультацию встала в 27 нед. При обследовании выявлен Lues, лечилась стационарно - получила специфическую терапию. Роды преждевременные в 29 недель. Околоплодные воды зеленые, с запахом. Родился мальчик в состоянии асфиксии средней степени тяжести, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов, масса 1620, рост 43 см. Состояние на момент рождения средней тяжести за счет асфиксии, синдрома угнетения ЦНС, ВУИ, на фоне недоношенности. В раннем неонатальном периоде состояние тяжелое. На осмотр реагирует вяло, крик болезненный, глаза практически не открывает, физиологические рефлексы снижены, гиподинамия. Кожа бледно-мраморная, акроцианоз, шелушение. Слизистые чистые. Тургор кожи снижен. Подкожно-жировой слой развит слабо. В легких дыхание проводится по всем полям, дополнительных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Пупочная ранка под корочкой. Стул переходный. Диурез 2 мл/кг/час.</p> <p>Серологический анализ пуповинной крови: МРП ++, РПГА 1:1280, IgM 1:160, IgG 1: 1280.</p> <p>Ребенок на 10 сутки переведен в отделение патологии новорожденного инфекционного стационара.</p> <p>Серологический анализ крови (в стационаре): РПГА 1:5120, IgM 1:80, IgG 1: 2560.</p> <p>Рентгенография трубчатых костей: без патологии.</p>
B	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Осн: Ранний врожденный сифилис скрытый. Соп: Церебральная ишемия 2 ст, с-м угнетения.

		Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. Недоношенность 29 недель.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Назначьте лечение.
Э	-	Бензилпенициллина натриевая соль в/м 40 000 ЕД x 6 раз в день 14 суток
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	3	Укажите классификацию сифилиса в зависимости от сроков манифестации, особенностей клинических проявлений и характера течения.
Э	-	сифилис плода ранний врожденный сифилис (РВС) (от момента рождения до двух лет): манифестный РВС (с клиническими проявлениями); скрытый РВС (без клинических проявлений); поздний ВС (у детей старше двух лет): манифестный РВС (с клиническими проявлениями); скрытый РВС (без клинических проявлений);
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Назовите признаки раннего врожденного сифилиса.
Э	-	сифилитическая пузырьчатка, существующая уже при рождении либо появляющаяся в первые дни жизни специфический ринит, часто возникает внутриутробно и проявляется с первых дней жизни остеохондрит длинных трубчатых костей, возникающий еще внутриутробно, поражение расположено между эпифизом и диафизом трубчатых костей, в зоне пролиферации хряща.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите показание к профилактическому лечению новорожденного.
Э	-	Определите показание к профилактическому лечению новорожденного. Отсутствие специфического лечения матери во время беременности. Недостаточное и неполное специфическое лечение матери во время беременности. Поздно начатое лечение матери (после 32 недели беременности). Специфическое лечение матери эритромицином.

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
B	2	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза, предположите результаты.
Э	-	<p>Серологическое обследование для выявления специфических антител (IgG, IgM) к возбудителю сифилиса у матери и ребёнка (парные сыворотки) в динамике через 10-14 дней: РМП; РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – даёт меньшее число ложноположительных результатов, чем РСК; ИФА (иммуоферментный анализ на специфические IgM, IgG), тест IgM-ИФА; РИФ в разных модификациях (реакция иммунофлюоресценции на специфические антитела) РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем); реакция иммунного блота (определение специфические IgM, IgG), иммуноблотинг; 3). Обнаружение ДНК или антигенов возбудителя: полимеразная цепная реакция (ПЦР), энзимный иммуносорбентный анализ антигенов в биологическом материале от больного (кровь, ликвор, амниотическая жидкость). 4). Патоморфологическое исследование плаценты на сифилис. 5). Гинекологическое обследование матери на сифилис. 6). Исследование глаз офтальмологом (выявление хориоретинита, иридоциклита). 7). Рентгенография трубчатых костей (периоститы, остеохондриты в зонах усиленного роста). 8). Микроскопическая идентификация трепонем в ликворе.</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Какова тактика неонатолога родильного дома?
Э	-	<p>Ребёнка и мать изолировать. В СЭС отправить экстренное извещение о случае врождённого сифилиса в родильном доме. Вызвать на консультацию дерматовенеролога. Решить вопрос о переводе ребёнка в специализированное отделение детской больницы.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
Э	-	<p>1) Стафилококковая пузырчатка (пемфигус). 2) Церебральная ишемия.</p>

		3) TORCH-инфекция. 4) Пневмония новорождённых. 5) ОРВИ.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Составьте план лечения, диспансерного наблюдения, вакцинации на 1-м году жизни.
Э	-	С момента рождения начать специфическое лечение новорождённого ребёнка (и соответственно мать). Бензилпенициллина натриевая соль 100 000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 6 инъекций (14 дней); Бензилпенициллина прокаиновая соль 50 000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 1-2 инъекции с интервалом в 12 ч (14 дней); Бензатин-бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен) 50000 ЕД/кг/сут в мышцу в 1 инъекцию трижды с интервалом в 7 дней; Альтернативно: цефтриаксон (роцефин) 50 мг/кг/сут 1 раз в сутки в вену или в мышцу (14 дней). Повторные курсы в зависимости от результатов обследования в 1, 2, 4, 6 и 12 мес. жизни. Нетрепонемные серологические тесты угасают в 3 мес. и становятся отрицательными в 6 мес. После выписки относится ко II группе здоровья. Рекомендовано наблюдение дерматовенеролога, детского хирурга, оториноларинголога, офтальмолога, невропатолога. В перечне медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (Приказ МЗ РФ № 375 от 18.12.1997 г.) врождённый сифилис не значится. Поэтому вакцинация данного ребёнка при выздоровлении должна проводиться соответственно календарю профилактических прививок.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Неонатология»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Организация перинатальной помощи в России. Основные определения и статистические понятия, характеризующие антенатальный, перинатальный и неонатальный периоды.	УК-1 УК-2 УК-3 УК-4

<p>2. Табачный синдром плода. Причины. Патогенез. Клиника. Профилактика.</p> <p>3. Синдромы утечки воздуха: пневмоторакс, пневмомедиастинум, пневмоперикард, пневмоперитонеум.</p> <p>4. Перинатальное воспитание (перинатальная психология). Перинатальный импринтинг.</p> <p>5. Новорожденные групп высокого риска. Факторы риска. План ведения новорожденных основных групп риска. Особенности ранней адаптации новорожденных групп высокого риска.</p> <p>6. Заболевания сердечно-сосудистой системы у новорожденных. Заболевания миокарда Кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая кардиомиопатия). Миокардиты.</p> <p>7. Новорожденные дети матерей с токсикоманиями и наркоманиями. Синдром абстиненции.</p> <p>8. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся преимущественно сердечной недостаточностью (ОАП, ДМЖП, АВК, аортальный стеноз, коарктация аорты). Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика неонатолога при критических пороках сердца.</p> <p>9. Инфекции мочевыводящих путей у новорожденных. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.</p> <p>10. Влияние лекарств, назначаемых матери на развитие плода и новорожденного. Лекарственные эмбриофетопатии.</p> <p>11. Некротический энтероколит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Стадии НЭК. Формы НЭК по течению и локализации. Диагностика НЭК. Лечение. Нутритивная поддержка. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Прогноз.</p> <p>12. Заболевания печени и гепатобилиарной системы новорожденных. Внутрпеченочный неонатальный холестаз. Неонатальный холестаз, обусловленный внепеченочной перинатальной патологией. Атрезия внепеченочных желчных протоков. Фетальные и неонатальные гепатиты. Галактоземия. Синдром Алажилия. Диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей. Лечение.</p> <p>13. Питание беременной и кормящей матери. Значение естественного вскармливания для развития ребенка. Гипогалактия.</p> <p>14. Функциональные особенности почек в периоде новорожденности. Клинические и лабораторные синдромы поражения почек. Постгипоксическая нефропатия. Тромбоз почечных сосудов и инфаркт почки.</p> <p>15. Диареи у новорожденных. Классификация диарейных заболеваний. Инфекционные диареи. Антибиотик - ассоциированные диареи. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.</p> <p>16. Задержка внутриутробного роста и развития. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Особенности адаптации и развития детей с ЗВУР. Клиника. Оценка зрелости новорожденного. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные последствия ЗВУР.</p>	<p>УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6</p>
---	--

- | | |
|---|--|
| <p>17. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Осложнения рвотного синдрома. Лечебная тактика.</p> <p>18. ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>19. Адаптация детей к внеутробной жизни. Понятие и сущность родового стресса. Фазовый характер адаптации. Переходное кровообращение. Механизм возникновения первого вдоха и транзиторные нарушения внешнего дыхания.</p> <p>20. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся артериальной гипоксемией и сердечной недостаточностью (критический легочный стеноз, ТМА с ДМЖП, общий артериальный ствол, тотальный аномальный дренаж легочных вен, аномалия Эбштейна, синдром гипоплазии левого сердца, единственный желудочек и трикуспидальная атрезия без стеноза ЛА). Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика неонатолога при критических пороках сердца.</p> <p>21. Токсоплазмоз. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>22. Парафизиологические (пограничные с нормой) состояния. Клинические особенности парафизиологических состояний у новорожденных.</p> <p>23. Заболевания, сопровождающиеся геморрагическим синдромом. Гемофилии. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Этиология. Клиника. Диагностика нарушений гемостаза. Лечение.</p> <p>24. Герпетические инфекции плода и новорожденного. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>25. Болезни кожи, подкожной клетчатки, пуповинного остатка.</p> <p>26. Синдром аспирации мекония. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Особенности реанимации детей с синдромом аспирации мекония. Лечение. Профилактика</p> <p>27. Висцеральные кандидозы у новорожденных детей. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Клинические симптомы. Кандидозный менингит. Кандидозный сепсис. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p> <p>28. Дыхательные расстройства у новорожденных. Этиология и патогенез дыхательных расстройств у новорожденных. Классификация. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>29. Гемолитическая болезнь (ГБ) плода и новорожденного. Этиология и патогенез. Иммунологические механизмы развития гемолитической болезни плода и новорожденного. Классификация. Клинические проявления. Билирубиновая энцефалопатия. Антенатальная и постнатальная диагностика ГБ плода и новорожденного. Стандарт медицинской помощи больным при гемолитической болезни плода и новорожденного.</p> <p>30. Микоплазменная инфекция плода и новорожденного. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода.</p> | |
|---|--|

<p>Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>31. Перинатальная патология мочевыделительной системы у новорожденных. Наиболее распространенные пороки развития почек и мочевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>32. Особенности билирубинового обмена у новорожденных. Желтухи новорожденных. Классификация. Дифференциальный диагноз желтушного синдрома. Лечение.</p> <p>33. Особенности иммунитета новорожденных различного гестационного возраста в периоде ранней постнатальной адаптации. Классификация иммунодефицитов. Клинические особенности врожденных и приобретенных ИДС. Диагностика. Принципы иммунотерапии в неонатологии.</p> <p>34. Особенности неонатального гемопоэза. Анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение</p> <p>35. Врожденные и перинатальные инфекции. Эпидемиология. Этиология и патогенез внутриутробных инфекций (ВУИ). Основные пути инфицирования плода. Группы риска по ВУИ. Классификация. Клинические проявления врожденных и перинатальных инфекций. TORCH-синдром. Диагностика ВУИ. Лечение.</p> <p>36. Заболевания глаз у новорожденных. Врожденные аномалии органа зрения. Патология органа зрения при перинатальных поражениях ЦНС. Патология органа зрения при внутриутробных инфекциях. Патология органа зрения при наследственных нарушениях обмена веществ. Бактериальные конъюнктивиты. Гонобленорея. Диагностика. Лечение. Профилактика</p> <p>37. Особенности гемостаза у новорожденных. Заболевания сопровождающиеся геморрагическим синдромом. Классификация геморрагических расстройств. Геморрагическая болезнь новорожденных.</p> <p>38. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся преимущественно артериальной гипоксемией (ТМА, атрезия легочной артерии с ДМЖП, тетрада Фалло, единственный желудочек и трикуспидальная атрезия со стенозом ЛА). Особенности гемодинамики. Клиника. Тактика неонатолога.</p> <p>39. Хламидийная инфекция плода и новорожденного. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>40. Сепсис новорожденных. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация сепсиса. Клинические симптомы. Варианты течения сепсиса у новорожденных. Осложнения. Диагностика сепсиса. Стандарт медицинской помощи больным при бактериальном сепсисе новорожденного.</p> <p>41. Вскармливание недоношенного ребенка. Особенности нутритивного статуса детей с экстремально низкой массой тела. Потребности недоношенного в основных пищевых нутриентах. Методы расчета питания. Минимальное трофическое питание. Парентеральное питание.</p> <p>42. Синдром дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных. Причины СДР. Патогенез дыхательных нарушений.</p>	
--	--

<p>Ателектазы легких. Синдром (болезнь) гиалиновых мембран. Отечно-геморрагический синдром. Кровоизлияния в легкие.</p> <p>43. Фетальные и неонатальные аритмии. Регулярный ритм. Нерегулярный ритм. Тахиаритмии. Брадиаритмии. Атриавентрикулярная блокада. Нарушения ритма, связанные с удлинением Q-T. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>44. Заболевания, протекающие с синдромом мальабсорбции. Классификация. Муковисцидоз. Лактазная недостаточность. Нарушение всасывания электролитов. Клиническая характеристика. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>45. Ретинопатия недоношенных. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Классификация. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p> <p>46. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Особенности процессов адаптации к внеутробной жизни у недоношенных детей. Особенности выхаживания детей с экстремально низкой массой тела</p> <p>47. Внутриутробные и неонатальные пневмонии. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Клинические особенности. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p> <p>48. Травматические повреждения ЦНС у новорожденных. Механизм повреждения. Клиника. Диагноз. Лечение. Прогноз.</p> <p>49. Гипоксически-ишемические поражения ЦНС. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение. Особенности гипоксически-ишемических поражений ЦНС у недоношенных.</p> <p>50. Алгоритмы первичной реанимации недоношенных различного гестационного возраста в соответствии с рекомендациями Минздрава России. Особенности оказания первичной реанимационной помощи глубоко недоношенным детям.</p> <p>51. Нарушения обмена глюкозы у новорожденных. Гипогликемии. Гипергликемии. Причины. Клинические симптомы. Неотложная терапия. Профилактика.</p> <p>52. Дисбактериоз. Формирование кишечной микрофлоры у новорожденного. Причины нарушений микробиоты. Клинические проявления дисбактериоза. Диагностика.</p> <p>53. Клиника, диагностика и лечение острой сосудистой недостаточности (шок). Гиповолемический шок. Кардиогенный шок. Инфекционно-токсический шок. Травматический шок. Анафилактический шок. Причины. Патогенез. Клиника. Лечение.</p> <p>54. Искусственная вентиляция легких. Показания. Ручная ИВЛ саморасправляющимся мешком. Механическая ИВЛ. Методы и режимы механической ИВЛ. Общие принципы подбора оптимальных параметров ИВЛ у новорожденных. Подготовка к переводу на самостоятельное дыхание. Экстубация и перевод на самостоятельное дыхание. Осложнения ИВЛ.</p> <p>55. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ГЗФАП). Группы риска ГЗФАП. Диагностика ГЗФАП. Критерии гемодинамической значимости ОАП. Особенности ведения новорожденных ГЗФАП. Медикаментозная терапия ГЗФАП. Показания к хирургической коррекции. Противопоказания к хирургической коррекции ГЗФАП. Послеоперационные осложнения.</p>	
--	--

<p>56. Нарушения слуха у новорожденных. Причины нарушения слуха у новорожденных. Группа риска по снижению слуха и тугоухости. Ототоксические препараты. Алгоритм аудиологического обследования новорожденных. Профилактика врожденной и ранней тугоухости.</p> <p>57. Родовая травма. Внутричерепная родовая травма. Интранатальная спинальная травма. Родовая травма внутренних органов. Клиника, диагностика и лечение родовой травмы.</p> <p>58. Асфиксия новорожденных. Антенатальные факторы риска развития асфиксии. Интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных. Патофизиология асфиксии. Критерии постановки диагноза. Классификация. Клинические проявления. Лечение. Профилактика</p> <p>59. Бронхолегочная дисплазия. Этиология БЛД. Патогенез и клиника классической БЛД и «новой» БЛД. Клинические особенности. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p> <p>60. Операция обменного переливания крови. (ОПК). Показания. Техника проведения ОПК. Осложнения.</p> <p>61. Заболевания надпочечников у новорожденных. Врожденная гиперплазия надпочечников. Адреногенитальный синдром. Клинические симптомы. Диагностика. Лечение. Неонатальный скрининг.</p> <p>62. Менингиты и менингоэнцефалиты. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз.</p> <p>63. ВИЧ - инфекция. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода.</p> <p>64. Врожденный гипотиреоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика. Неонатальный скрининг.</p> <p>65. Неонатальные судороги. Классификация судорог у новорожденных. Причины судорог у новорожденных. Предрасполагающие факторы. Патогенез судорожного синдрома. Диагностика. Интенсивная терапия судорожного синдрома.</p> <p>66. Острое повреждение почек. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.</p>	
---	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	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 Екатерина Геннадьевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии;

Козлова Елена Михайловна д.м.н., профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии.

Дата «19» мая 2022 г.